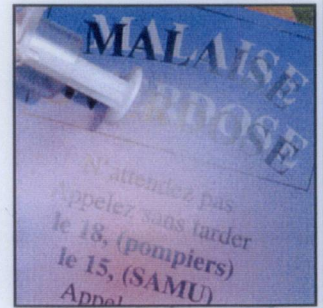
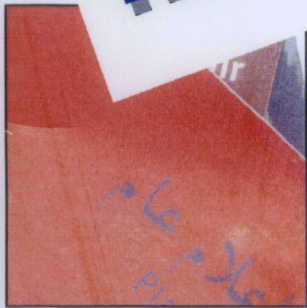
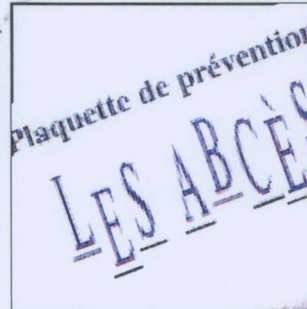


Programme d'Echange de Seringues RAPPORT D'EVALUATION STEP 1999



**Espoir
Goutte
d'or**



SALLE SAINT BRUNO

ASSOCIATION (Loi de 1901)

9, rue Saint-Bruno - 75018 PARIS

Tél. 01 53 09 99 22 - Fax 01 42 52 22 01

Sommaire

En guise de Préambule

A propos de la démarche d'évaluation	p 3
A propos de la spécificité du programme	p 11
Un territoire particulier : La Goutte d'Or	p 15

Premier chapitre : Les obstacles à la réduction des risques

L'exclusion sociale, premier facteur de vulnérabilité	p 19
Un état de santé précaire, mais en évolution	p 27
Une diversification des produits et des modes d'usage	p 31
Des pratiques à risques persistantes...	p 35
Des groupes plus exposés aux risques ?	p 37

Deuxième chapitre : De la prévention des risques à la réduction des dommages

De la prévention des risques à STEP

Le concept de prévention des risques	p 45
Les conditions nécessaires pour faciliter l'accès à la prévention	p 47
La construction d'une relation sociale et citoyenne avec les usagers	p 51

De la réduction des dommages à STEP

Du concept de réduction des dommages	p 57
La fréquentation du local	p 59
Les outils de la prévention	p 61

De l'impact du programme sur les pratiques des usagers

Comparaison entre les nouveaux et les habitués du programme	p 69
---	------

Troisième chapitre : les enjeux actuels...

Les enjeux actuels pour la réduction des risques

Adapter la loi et son application	p 75
Diversifier les stratégies de substitution	p 76
Développer de nouvelles formes de médiation sociale	p 77
Créer de la transversalité pour décloisonner des dispositifs publics	p 78

Les enjeux actuels pour le programme STEP

Poser un regard critique sur notre pratique	p 79
Réaliser une prévention au féminin	p 80
Intégrer l'alcool et le tabac dans nos stratégies de prévention	p 80
Développer de nouveaux outils de prévention	p 81
Renforcer la participation des usagers	p 81
Développer de nouveaux partenariats	p 82

En guise de conclusion

En guise de préambule

A propos de la démarche d'évaluation

➤ Evaluer : c'est quoi ?

On entend aujourd'hui beaucoup parler d'évaluation, soit pour nommer des procédures d'intervention en situation de crise (l'évaluation prend ici le rôle d'audit), soit pour faire référence à des procédures « de luxe » très complexes et difficiles à mettre en œuvre.

Et pourtant, l'évaluation est bien **au cœur du processus de mise en œuvre d'une action**. Ainsi, quel acteur ne s'est jamais interrogé sur les effets de sa propre activité ?

L'évaluation est donc un moyen systématique de tirer partie de l'expérience menée et de mettre à profit ses enseignements pour améliorer les réponses possibles. Ce faisant, **il s'agit de construire un regard et un jugement objectivants sur la qualité et l'efficacité d'une action mais aussi de nourrir celle-ci par un retour d'informations indispensable à la confrontation de sa pratique.**

Depuis l'initialisation de notre programme d'échange de seringues, une démarche d'évaluation en continu a été mise en œuvre. En effet, elle permet de suivre étape par étape l'évolution des situations de terrain, de réajuster nos **objectifs** de travail, de déterminer les **pistes** et **priorités** d'actions. L'évaluation permet également de poser le **sens de notre pratique**, qui, pour nous, va bien au delà du seul fait de donner des seringues, mais rejoint la promotion de la citoyenneté des UD¹, de la politique de prévention des risques et réduction des dommages, etc.

Bien sûr, nous avons conscience de la valeur toute relative de l'évaluation. Celle-ci n'est que le résultat de choix multiples, concernant les objectifs de travail, les présupposés théoriques, la détermination d'hypothèses de travail, les principes éthiques et le rapport aux personnes investies dans l'action. Il n'y a donc pas une seule « bonne » façon d'évaluer mais toujours la possibilité de poser plusieurs regards éclairants, au nom de critères spécifiques, sur une situation particulière.

¹ UD signifie usagers de drogues.

Selon V. GUIENNE-BOSSAVIT², l'évaluation nous permet néanmoins d'appréhender différents niveaux d'analyse :

◆ L'analyse du processus

Le programme mis en place est porté par des individus particuliers avec des caractéristiques et des parcours différents, et qui, à travers l'action, ont à construire une pratique sociale et sanitaire en adéquation avec ses objectifs de prévention. A ce niveau, il s'agit d'analyser le déroulement de l'action et de comprendre comment chaque personne investit son rôle, ce qui motive la détermination de ses choix, sa façon de vivre la situation... On peut ainsi repérer des grands principes qui caractérisent les fondements d'une pratique, comme identifier des éléments faisant obstacle au développement de celle-ci. Ce niveau d'analyse est très important pour la compréhension des enjeux qui découlent des pratiques des acteurs. Elle permet également de mettre en parallèle les résultats obtenus au regard des moyens ou des méthodes mises en œuvre.

◆ L'analyse des effets recherchés

Pour tout acteur de terrain, il importe de savoir et de déterminer où l'on veut aller et ce que l'on cherche à atteindre en mettant en place une telle action. C'est donc à travers l'évaluation des objectifs de travail que l'on va pouvoir mesurer les écarts entre le résultat produit et le résultat attendu. Ainsi, pour chaque objectif, il convient de mettre en place un ensemble d'indicateurs qui permettent d'observer s'il a été atteint ou non, mais également, ses variations dans le temps.

◆ L'identification des effets non prévus

Il est difficile de réduire une pratique sociale à ses seuls effets prévus. Ainsi, il ne faut pas focaliser son attention uniquement sur les résultats attendus mais au contraire être suffisamment attentif pour repérer l'apparition de phénomènes imprévus, qui peuvent se révéler plus graves ou importants. Ces effets non prévus peuvent être positifs, c'est-à-dire aller dans le sens de l'action ; mais d'autres, au contraire, peuvent invalider ou faire obstacle aux objectifs souhaités. C'est pourquoi il importe de prendre en compte ces effets au fur et à mesure du processus, soit en les intégrant dans l'action, soit en les éliminant, ou encore, en transformant la vision originale du projet.

◆ L'élucidation de l'impact

Une action produit nécessairement des effets sur son environnement. Il s'agit de mettre en regard ces éléments avec la question du sens plus large de ce que l'on fait, de prendre de la distance avec l'action pour se référer à un système plus global, de se situer dans une perspective historique d'évolution à plus long terme. Ainsi, il est très important de mettre en évidence comment une action peut modifier les représentations sociales, les pratiques courantes dans un domaine spécifique, les conceptions du travail social, etc. Ce niveau d'élucidation permet d'avoir une vision plus globale que celle liée aux seuls objectifs de l'action.

◆ La mise en relation des moyens au regard des objectifs

Pour mettre en place une action, il est nécessaire de mobiliser des ressources, humaines et financières, mais prévoir également du temps, voire des perturbations. C'est pourquoi un objectif atteint doit toujours se mesurer par rapport à un investissement donné. Bien sûr, ce n'est pas parce qu'une pratique sociale est la plus rapide et la moins chère qu'elle est forcément bonne. La relation coût / bénéfices permet non seulement de penser la question de l'adaptation des moyens au regard des objectifs mais également celle de la qualité des objectifs au regard des moyens disponibles ou préconisés.

L'ensemble de ces questionnements et niveaux d'analyse seront repris tout au long de ce rapport concernant l'évaluation de l'activité de notre programme d'échange de seringues.

² Etre consultant d'orientation psychosociologique, GUIENNE-BOSSAVIT V., L'harmattan, Paris, 1996.

➤ **Evaluer : pourquoi ?**

Aider à la mise en œuvre de politiques adaptées

En France, la mise en œuvre de PES³ représente une préoccupation relativement récente des pouvoirs publics et constitue le résultat d'un long processus d'évolution des politiques publiques menées dans le champ des drogues.

Ainsi, c'est la loi du 31 décembre 1970 qui officialise et légitime l'intervention de l'état dans le champ des drogues, dans un contexte où les premiers incidents liés à l'usage de drogues font croire à une éventuelle épidémie. La loi confère alors à l'usager de drogues un statut de délinquant, mais lui accorde également une opportunité de soins. Dans ce cadre, la toxicomanie se retrouve ainsi au carrefour entre la maladie et la déviance. En effet, la drogue apparaît comme un produit dangereux aux pouvoirs d'intoxication et d'addiction et ce sont ses caractéristiques intrinsèques qui génèrent la toxicomanie et asservissent l'individu. Dès lors, l'abstinence et le renoncement au produit apparaissent comme les seules alternatives thérapeutiques susceptibles de guérir la personne et lui rendre ainsi « sa liberté ».

Face à la réticence du secteur sanitaire traditionnel à accueillir ce type de malades, un dispositif de soins spécialisés s'est alors constitué, porté par une idéologie libérale de protection et d'anonymat des personnes concernées. A cette époque, qui aurait pu penser que le développement d'un secteur spécialisé, coupé du système sanitaire de droit commun, aurait pu porter préjudice aux usagers de drogues ?

Et, pourtant, à la fin des années 80, un décalage croissant est observé entre **l'offre de soins du dispositif spécialisé et les besoins réels des usagers de drogues**. Ainsi, en partant du pré-requis d'une volonté nécessaire de la personne à s'en sortir, ce dispositif met alors de côté **tous les usagers qui ne sont pas prêts à arrêter leur consommation**, et néglige **les besoins sanitaires et sociaux** de cette population, à un moment où l'épidémie de SIDA se développe dramatiquement. Il devient alors urgent de proposer **d'autres types de réponses, plus pragmatiques, prenant en compte chaque étape du parcours des usagers et visant à réduire les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage ou l'abus de drogues**.

La première mesure mise en place par les pouvoirs publics dans ce sens est le « Décret Barzach » de 1987 qui libéralise la vente des seringues en pharmacie. Malheureusement, il faut attendre le début des années 1990 pour qu'une politique de réduction des risques officielle s'initie, avec la mise en place de programmes de substitution, de lieux d'accueil à seuil adapté, et de programmes d'échange de seringues.

En 1999, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie publie un plan triennal qui donne de nouvelles orientations aux politiques publiques dans ce domaine. Elles concernent principalement l'élargissement du champ des drogues à l'ensemble des substances licites et illicites, l'évolution des approches fondées sur les produits vers celles basées sur les comportements d'usage, d'usage nocif, de dépendance, et le renforcement de la politique de réduction des risques à travers une meilleure articulation avec les autres champs d'action répressifs, préventifs, éducatifs, sociaux et sanitaires. Pour la première fois en France, une volonté des pouvoirs publics émerge pour tenter de mettre en place une politique pragmatique, cohérente, basée sur les connaissances scientifiques les plus récentes et se donnant les moyens de sa propre évaluation.

³ Programme d'échange de seringues

Si le contexte d'urgence dû aux épidémies de SIDA et d'hépatites a permis le développement d'une telle politique, sa mise en œuvre n'a pas été, en revanche, sans susciter de nombreux débats et d'oppositions parmi les intervenants spécialisés et les autorités publiques dont certains continuent de voir en elle « une démission » face à ce problème complexe.

Il est vrai que cette démarche implique **une autre compréhension des phénomènes de consommation et s'inscrit, non plus dans une perspective d'éradication des drogues, mais dans celle d'une gestion et d'un contrôle social de leurs usages.** C'est pourquoi elle suppose **l'acceptation de l'usage de substances comme un comportement « humain »** et la mise en place de mécanismes de **prévention des risques et de réduction des dommages**, pour les usagers de drogues comme pour l'ensemble de la société.

Face à une problématique aussi sensible, qui renvoie à des questions d'ordre éthique, politique, moral, social, éducatif, sanitaire et répressif, l'évaluation est une démarche pertinente pour objectiver les connaissances et les débats, repérer les enjeux et les priorités, et ainsi contribuer à l'élaboration de politiques publiques adaptées.

Etre un observatoire en première ligne des pratiques de consommation des usagers de drogues

Les phénomènes de consommation de drogues sont actuellement en pleine évolution. En effet, on assiste aujourd'hui à une **augmentation du nombre de consommateurs**, notamment parmi les jeunes, dont l'âge de première consommation tend à baisser. Les **produits consommés se diversifient** avec le développement de la cocaïne, la progression des drogues de synthèse (ecstasy, LSD, amphétamines,...), l'arrivée de nouvelles drogues (kétamine, GHB, crack...), etc.. Les **formes d'usages** sont elles aussi en évolution, marquées par des associations fréquentes entre les drogues licites (médicaments, alcool, tabac) et celles illicites, faisant apparaître de nouvelles formes de polytoxicomanies.

Dans ce contexte en mouvement, il importe **d'être vigilant aux tendances en cours**, aux pratiques de consommation, aux risques inhérents ; ceci afin d'avoir une meilleure compréhension de ces phénomènes.

Si, de plus en plus, la mise en place de sentinelles d'observation des pratiques s'impose comme une nécessité, il reste que la consommation de substances, de par leur statut souvent illégal, constitue une activité clandestine et marginale. C'est pourquoi il est très difficile d'avoir une vision objective sur l'ampleur et les caractéristiques de ce phénomène.

Les principales données disponibles proviennent généralement des statistiques des services de police (nombre d'interpellations, saisies de produits, etc.), des institutions de soins (nombre de sevrages, de suivis médicaux, etc.) ou d'études ponctuelles sur des populations particulières. Malheureusement, il est souvent difficile de comparer ces différentes données, car elles se réfèrent, en général, à des populations particulières, ou encore, se rapportent plutôt à des pratiques spécifiques qui ne rendent pas compte de l'ensemble du phénomène drogues.

L'avantage d'évaluer un programme d'échange de seringues, tel que STEP, est de produire de l'information concernant une population, sur une période de temps assez longue (une année), pour pouvoir dégager des évolutions et des tendances ; et ce, même si nous avons conscience que notre public n'est pas représentatif de l'ensemble des consommateurs de produits.

Ainsi, cette année, nous avons été sollicités par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies pour participer, en tant que sentinelle d'observation, au projet TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues). Ce dispositif a pour objectif de détecter les phénomènes émergents, comprendre leurs contextes et modalités d'usage, et suivre dans le temps les évolutions des consommations pour en dégager des tendances.

De par leur situation en première ligne, les PES et autres structures bas seuil sont souvent les premiers témoins des changements à venir et de ce fait, il importe qu'ils soient en capacité de faire remonter leurs observations et leurs constats.

Favoriser une gestion collective du programme

A un moment où les relations entre les structures d'aide aux usagers de drogues et les habitants sont particulièrement tendues, avec notamment de nouvelles formes d'oppositions pouvant aller jusqu'à des procès devant les tribunaux civils, il s'avère très important de mettre en place des procédures de médiation sociale et de gestion participative sur le fonctionnement de ces programmes.

L'évaluation permanente et participative est un moyen d'impliquer les acteurs locaux (habitants, commerçants, associations, police, etc.) dans le suivi des activités en appréciant, au fur et à mesure de leur déroulement, les facteurs positifs, les dysfonctionnements éventuels, les problèmes ou nuisances pouvant émerger, les partenariats à développer, etc..

Pour ce faire, nous avons créé des instances de participation à travers la mise en place d'un groupe de suivi du programme comprenant des acteurs locaux, la réalisation d'une étude d'impact par une association partenaire de la Goutte d'Or, des contacts permanents avec les habitants et commerçants résidant près du local, et enfin, un partenariat avec la Coordination 18 (dispositif toxicomanie 18è) qui réalise un travail de rue dans une nouvelle forme de médiation sociale dans le quartier.

Ces différentes procédures permettent de repérer les problèmes rapidement et d'apporter des réponses avant que des conflits ou des crises ne viennent se cristalliser autour de ces difficultés. En étant plus attentives au contexte dans lequel elles s'implantent, les structures sont également plus aptes à s'adapter rapidement aux changements ou aux évolutions nécessaires.

L'évaluation est donc un outil qui participe à une plus grande transparence et une meilleure lisibilité des actions mises en œuvre, et ainsi, aide à une meilleure compréhension de la politique de réduction des risques par les acteurs locaux.

➤ **Evaluer : comment ?**

Les objectifs, les acteurs, les outils...

1. Une évaluation interne réalisée par l'équipe de STEP et d'EGO

Plus spécifiquement axée sur la connaissance des pratiques des UD, elle a pour objectif de :

- Connaître la situation sociale et sanitaire du public fréquentant notre local
- Repérer les pratiques de consommation, les risques inhérents, et les conduites sexuelles
- Appréhender l'impact du programme et/ ou les évolutions des comportements à moyen terme

Pour ce faire, des outils à la fois quantitatifs et qualitatifs ont été mis en place :

- **Une fiche de bord** Utilisée quotidiennement, elle précise pour chaque passage : l'identification de la personne, les seringues retournées, le matériel délivré, les demandes sociales ou sanitaires exprimées et les orientations réalisées
- **Une feuille de liaison** Chaque soir, y sont consignés les événements de la soirée, la relation avec les usagers, les visites de partenaires, les contacts ou les plaintes des habitants, etc.
- **Un questionnaire de « contact »** Proposé à chaque usager de drogues, nouveau ou non, il porte sur leur situation sociale et sanitaire, leurs pratiques de consommation, et, pour les habitués de STEP, leur utilisation du programme
- **La réunion d'équipe** Tous les lundis de 15h00 à 17h00, elle permet de réfléchir ensemble sur le déroulement du programme et ses modalités de fonctionnement.
- **La réunion du « collectif d'EGO »** Tous les mercredis soir à partir de 20h00, toute l'équipe d'EGO se réunit avec les usagers de drogues, les bénévoles, et autres partenaires, pour discuter des activités de l'association, du fonctionnement, des difficultés rencontrées, et des réponses à mettre en place. Elle constitue le temps fort de la vie d'EGO.
- **La réunion des salariés d'EGO** Elle se déroule le mercredi de 11h00 à 14h00 et a pour objet le fonctionnement de l'association et l'articulation des différents projets d'EGO.

Cette année, nous avons essayé de simplifier notre mode de recueil de données en réunissant dans un seul et même questionnaire « de contact » les questions relatives aux personnes nouvelles et celles destinées aux habitués du programme.

2. Une évaluation externe pilotée par l'Observatoire de la Vie Sociale du quartier de la Goutte d'Or (Association de La Salle Saint Bruno)

Sous forme d'étude d'impact du programme sur le quartier, cette démarche consiste à :

- Repérer et anticiper les incidences et/ ou nuisances provoquées par l'implantation et la présence du PES
- Appréhender les rumeurs, les réactions et les informations circulant par rapport au programme

Pour ce faire , il convient de réaliser tous les six mois :

- Des entretiens semi-directifs avec des personnes « sources d'information » sur le quartier par rapport aux problèmes liés aux drogues (police, gardiens de square, services de propreté, groupe 1^{ère} ligne de la Coordination Toxicomanie 18^e, etc.)
- Des entretiens semi-directifs avec des personnes « relais d'opinion » dans le quartier (commerçants, gardiens d'immeubles, habitants des alentours, etc.)

Le compte-rendu de ces observations est présenté et discuté au cours de chaque réunion du groupe de suivi qui a lieu tous les six mois environ.

3. Un groupe d'acteurs locaux constitué en groupe de suivi du programme STEP

Dès l'ouverture du local, un groupe de suivi du programme a été constitué. Celui-ci se compose d'acteurs locaux, aux compétences et savoir faire volontairement différents :

- Mme Rivka BERCOVICI, experte en questions sociales
- Mme Véra BOUHNIC, habitant le voisinage
- M. Alain GAUBERT, pharmacien des alentours
- M. Pierre-Marie LASBLEIS, coordinateur de l'Observatoire de la Vie Sociale (association de la Salle Saint Bruno)
- M. Alex MAIRE, médecin généraliste du quartier
- M. Roland MAUCOURANT, Commissaire Divisionnaire du 18^e arrondissement de Paris
- M. Michel NEYRENEUF, représentant l'association Paris Goutte d'Or
- Mme Barbara BERTINI, coordinatrice Goutte d'Or, Dispositif Toxicomanie 18^e
- Une représentante de l'ECIMUD de l'hôpital Lariboisière
- Eddy C. et Rémi D., usagers du programme
- M. Dominique TARDIVEL, président d'EGO
- L'équipe de STEP

Ce comité se réunit tous les six mois afin de faire le point sur le fonctionnement du programme, sur les difficultés rencontrées, sur les pistes de travail à développer. Il a un rôle de conseil et de propositions qui sont alors validées par le « collectif d'EGO ». Ce groupe a également permis de mettre en place des partenariats cohérents, notamment avec la police.

La présence d'UD dans ce groupe relève d'une volonté de mieux inscrire leur participation dans les instances décisionnelles du programme, non seulement en tant que personnes ressources détentrices d'un savoir pragmatique indispensable, mais également comme citoyens à part entière.

La méthode de recueil de données à STEP

Si la nécessité de mettre en place **une méthode de recueil de données** s'est imposée comme une exigence inhérente au processus d'évaluation, il s'est avéré dans la réalité qu'il n'était pas toujours facile de faire passer des questionnaires dans de bonnes conditions.

En effet, dans un lieu d'accueil que nous avons souhaité rendre le plus informel possible, faire passer des questionnaires aux UD pouvait paraître comme une formalité un peu trop « institutionnelle » pour certains. Ceci d'autant plus que le lieu a été conçu comme un lieu de passage, sous forme de comptoir, où les personnes ne peuvent ni s'asseoir, ni s'installer.

Il nous fallait donc créer l'espace et les conditions nécessaires pour faciliter la passation des questionnaires. Si au début, nous faisons remplir les questionnaires au comptoir, nous nous sommes vite rendus compte que certains d'entre eux se trouvaient gênés par la présence d'autres personnes et hésitaient à répondre aux questions d'ordre plus intime telles que leur situation sérologique, leurs conduites sexuelles, etc. Nous avons donc décidé de faire passer les personnes de l'autre côté du comptoir afin de **permettre une confidentialité** suffisante et nécessaire à la fiabilité des réponses.

Le choix de faire remplir les questionnaires par la personne, seule ou accompagnée d'un accueillant s'est également posé. Ainsi, le fait de poser des questions aux usagers alors que l'équipe est porteuse de messages de prévention ne risquait-il pas d'influencer ces personnes et de biaiser les réponses ? Après mûres réflexions, et en nous appuyant sur notre expérience, nous avons pensé que si les usagers remplissaient seuls le questionnaire le nombre d'erreurs dans les réponses pourrait augmenter, et ce, pour des raisons variées (mauvaise compréhension des questions, difficultés à lire ou à écrire, état de conscience altéré par les produits, etc.).

Il reste néanmoins qu'il est **particulièrement difficile de trouver le moment propice** où les UD acceptent de se poser un peu, pour répondre au questionnaire. En effet, ceux-ci sont souvent très pressés, soit parce qu'ils ont leur produit sur eux et qu'ils ont hâte de faire leur shoot, soit parce qu'ils doivent courir après le dealer et n'ont pas le temps de s'arrêter. Cependant, nous avons aussi observé un certain désinvestissement de la part de l'équipe à rappeler, de façon constante aux usagers, l'importance de cet outil. Ainsi, nous avons pu constater que **plus les membres de l'équipe étaient convaincus de l'intérêt de l'évaluation plus ils étaient capables de négocier la passation du questionnaire auprès de notre public.**

En 1999, avec toutes les difficultés précédemment citées, nous n'avons réussi à faire passer **que 306 questionnaires, dont 134 auprès de nouveaux usagers du programme et 172 auprès des habitués.**

Si l'on compare ce chiffre avec notre file active de cette année (1928 personnes), on peut alors constater qu'il ne représente que **16% de notre public.** Ceci pose donc un problème de représentativité de notre échantillon par rapport à l'ensemble de notre population. Plus particulièrement, dans la pratique, on remarque que les personnes les plus réfractaires aux questionnaires sont, soit celles qui viennent pour la première fois, soit celles qui sont très fortement marginalisées. Il se peut donc que ces deux groupes soient sous-représentés dans notre échantillon. Malgré toutes ces réserves, nous affirmons **l'intérêt essentiel de cette évaluation dans l'éclairage qu'elle nous apporte pour favoriser une meilleure compréhension de notre public et objectiver notre pratique.**

Concernant le traitement statistique de nos données, les informations recueillies sont d'abord codifiées puis rentrées sous forme de base de données dans notre ordinateur. Nous travaillons à partir du logiciel EPI INFO version 6, logiciel de traitement épidémiologique de l'Ecole Nationale de Santé Publique et du CDC d'Atlanta.

Il s'agira donc de présenter dans ce rapport d'évaluation, non pas une étude exhaustive sur l'ensemble de notre population, mais plutôt de dégager des tendances et des évolutions susceptibles d'interroger et faire évoluer nos stratégies de prévention.

A propos de la spécificité du programme STEP

➤ Aux sources historiques du projet

L'association Espoir Goutte d'Or, née de la mobilisation des habitants, des professionnels et des usagers de drogues du quartier de la Goutte d'Or, s'est constituée en réseau d'entraide communautaire autour des problèmes posés par l'usage et le trafic de drogues.

Très vite confrontée à l'épidémie de SIDA, EGO élargit son activité à la prévention du VIH, des hépatites et à l'accompagnement des personnes séropositives.

En 1990, désireuse de promouvoir la prévention du Sida à la Goutte d'Or, une recherche-action est réalisée afin de repérer les besoins émergents et réfléchir à des pistes de travail éventuelles.

Parmi les constats, il ressort que **les pharmaciens occupent une place tout à fait stratégique** puisqu'ils sont les seuls agents de santé à être régulièrement en contact avec les usagers de drogues. Cependant, bon nombre d'entre eux font part de leurs relations tendues avec ce public et d'une difficulté particulière à assumer leur rôle d'agent de santé, renforcé depuis la libéralisation de la vente de seringues.

En 1991, reprenant une initiative d'une association partenaire, l'opération « pochette pharmacie » est mise en place en collaboration avec 18 officines du quartier. Celle-ci consiste pour chaque pharmacien, à glisser les seringues vendues aux usagers dans une pochette en papier contenant un tampon d'alcool et un préservatif. Il s'agit alors de transformer la vente de seringues en acte de prévention et de faciliter ainsi l'accès au matériel d'injection pour les UD.

Une démarche d'accompagnement des pharmaciens est mise en place dès 1992, et aboutit en 1993 à expérimenter auprès des officines du quartier un nouvel outil de prévention du Sida : le STERIBOX. En collaboration avec l'association Apothicom (créateur du stéribox), EGO diffuse cet outil auprès des pharmaciens, pendant plusieurs mois, afin de sensibiliser ceux-ci à la politique de réduction des risques.

En 1994, une nouvelle recherche-action visant à développer les actions de réduction des risques est réalisée par l'association. Celle-ci met en évidence que les usagers de drogues ont du mal à se procurer du matériel d'injection, tout particulièrement le soir, au moment où les pharmacies sont fermées. Or, dans le même temps, le soir est précisément un temps qui se caractérise par une intense activité de consommation pour les usagers. La question de l'ouverture d'un programme d'échange de seringues est alors posée, de façon beaucoup plus claire et pertinente.

➤ La méthode d'implantation du local

Une fois consensuée la nécessité d'ouvrir un programme d'échange de seringues au sein de l'équipe d'EGO, **un travail d'explicitation et de négociation auprès de l'ensemble des acteurs du quartier** s'est avéré nécessaire, pour recueillir non seulement les réactions et opinions par rapport au projet mais aussi les propositions éventuelles quant au fonctionnement et au lieu d'implantation.

Pendant 6 six mois, nous avons ainsi rencontré l'ensemble des associations du quartier, des médecins, des pharmaciens, des représentants de l'hôpital Lariboisière, la police locale, les partenaires spécialisés en toxicomanie, les habitants, et les commerçants du quartier..., soit en tout plus de 80

rendez-vous. **Cette démarche de négociation et de médiation s'est avérée indispensable pour la réussite d'un ancrage physique et social sur un territoire donné.**

Plusieurs constats ont émergé de ce processus :

- **Les pharmaciens ont des difficultés à assumer pleinement leur rôle de prévention** parce que leurs relations avec les usagers de drogues sont tendues et furtives, et ne permettent que très rarement un dialogue autour des messages de réduction des risques. La fréquentation des officines par les UD coïncide souvent avec les heures de pointe de leur clientèle, avec un pic entre 18h00 et 20h00.
- **Les associations sont favorables à l'ouverture d'un programme d'échange de seringues** mais souhaitent qu'il s'installe, non pas au cœur du quartier, mais **plutôt en périphérie**, ceci afin d'éviter la cristallisation des zones de trafic et de consommation.
- **Les habitants nous ont fait part de leurs difficultés et de leurs craintes**, notamment par rapport à la présence de seringues usagées sur la voie publique, dans les jardins, ou encore dans leurs cages d'escaliers. Pour eux, la présence d'un local d'échange de seringues constitue un facteur de risques importants, non seulement parce qu'il peut engendrer des phénomènes de deal aux alentours, mais aussi parce que des usagers peuvent s'introduire dans les immeubles environnants pour faire leur injection.
- **La police**, surprise par le fait qu'une association vienne les consulter sur l'ouverture d'un PES, s'accorde sur l'intérêt de notre démarche et nos objectifs de santé publique, et accepte de **mettre en place un partenariat respectueux des prérogatives de chacun**, en s'engageant principalement à ne pas importuner les UD à la sortie du local.

C'est à partir de ces différentes observations qu'ont alors été déterminées les modalités de fonctionnement du programme et son lieu d'implantation :

- Le local sera ouvert de 19h30 à 23h30, afin de prendre le relais avec les pharmaciens et les structures, et ceci de façon continue 7 jours sur 7.
- Le programme s'installera au 56 bd de la Chapelle, boulevard délimitant le quartier de la Goutte d'Or avec le 10^e arrondissement de Paris.
- Un travail de rue et de médiation sera réalisé aux alentours du local afin d'éviter la constitution de groupes à l'extérieur et veiller sur l'accès aux immeubles environnants
- L'accent sera mis sur la récupération des seringues usagées, avec un système de distribution axé sur l'échange de seringues
- Il s'agira d'un lieu de passage pour faciliter la régulation de la fréquentation des UD et intégrer ainsi le mieux vivre des habitants en évitant leur cristallisation.

Et c'est ainsi que le 2 novembre 1995, notre programme baptisé STEP, en référence concrète au matériel distribué (Seringues, Tampons, Eau, Préservatifs) et en référence symbolique au « step by step » de la réduction des risques, a ouvert ses portes.

Si nous avons souhaité rappeler, quatre ans plus tard, le déroulement de la mise en place de notre local, c'est qu'aujourd'hui **la question de l'implantation des structures « bas seuil » apparaît comme une problématique sensible et incontournable pour les politiques publiques**. En effet, pendant longtemps les préoccupations des habitants n'étaient pas prises en compte dans la mise en place des structures et ce n'est que récemment, avec la succession de mise en accusation des structures devant les tribunaux, que **la négociation avec l'environnement est devenue une condition sine qua non du développement de la politique de réduction des risques**.

Il s'agit donc, à travers notre expérience, de comprendre que toute implantation nécessite :

- Une négociation préalable avec les acteurs locaux
- La prise en compte des besoins et problématiques locaux
- Une médiation sociale entre les habitants et les UD

➤ **Un bref rappel du fonctionnement de STEP**

Tous les soirs, même le week-end et jours fériés, STEP ouvre ses portes de 19h30 à 23h30 au 56, bd de La Chapelle – 75 018 Paris.

A peine le rideau levé, des usagers arrivent pour chercher leur matériel : échange de poignées de mains cordiales, échange de paroles ou d'attentions, échange de matériel d'injection, échange de messages de prévention informels ou d'information sur la réduction des risques, échange de bons procédés entre usagers. **Ici, l'échange social est tout aussi important que celui du matériel pour favoriser la réduction des risques.**

Il s'agit, à travers cet accueil informel, de permettre un accès continu au matériel d'injection, de recréer du lien social avec une population, souvent très marginalisée, de diffuser de l'information sur la prévention et la réduction des risques, d'orienter, en fonction des besoins repérés, vers l'accueil d'EGO ou le dispositif socio-sanitaire existant.

Là, est prise en compte **l'urgence de la précarité sociale**, l'urgence de la consommation de produits, l'adaptation aux rythmes et aux possibilités de chacun, les dommages inhérents aux pratiques d'usage, mais également la capacité des personnes à faire évoluer leurs comportements.

Le principe est celui d'un accueil « bas seuil », c'est-à-dire sans exigences préalables, ni conditions d'accès. Ceci ne signifie pas pour autant qu'il n'existe pas de règles mais celles-ci sont construites et consensuées avec eux.

Chaque permanence est tenue par deux accueillants aux compétences différentes, sociales et sanitaires, car, il faut pouvoir répondre aux différentes demandes d'infos sociales, aux problèmes de santé, mais aussi aux situations d'urgence qui peuvent se présenter (malaise, overdoses, etc.).

Entre la rue et l'espace d'accueil, entre la consommation de produits et la réduction des pratiques à risques, entre l'exclusion sociale et l'accès aux structures, entre les usagers de drogues et les habitants du quartier, STEP construit du lien, pas à pas, dans une perspective de prévention des risques et de réduction des dommages.

➤ **Les spécificités d'une construction communautaire**

La construction communautaire s'appuie sur l'affirmation selon laquelle les communautés confrontées à des problèmes sociaux ou sanitaires doivent être acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de réponses aux problèmes qui les concernent. En effet, **les problèmes sociaux (et/ou sanitaires) sont de nature collective et doivent faire, à ce titre, l'objet de réponses collectives.** Dans ce cadre, les stratégies d'actions palliatives, individuelles, et ponctuelles, apparaissent comme insuffisantes pour prendre en compte l'ensemble des facteurs inhérents aux problèmes rencontrés. Au contraire, c'est en favorisant la mobilisation de la communauté à s'organiser et à trouver ses propres ressources que l'on peut agir, non seulement sur les problèmes posés, mais également sur les facteurs qui les génèrent. La communauté est alors un ensemble qui se construit autour de l'élaboration d'un projet commun.

Selon DOUCET et FAVREAU⁴, la construction communautaire se définit comme une intervention qui :

- agit principalement au sein de **communautés locales**
- mise sur le **potentiel de changement social** de celles-ci à partir de l'identification de besoins
- possède une visée de **transformation sociale** et de démocratisation permanente
- a une préoccupation centrale d'organisation de **nouveaux pouvoirs** au sein de ces communautés
- se démarque du travail social traditionnel, en mettant l'accent sur **les forces, talents, habilités des gens, et non pas sur leurs insuffisances et leurs manques**

Dans le champ des drogues, cette démarche trouve une alliance nouvelle entre habitants, professionnels et usagers de drogues. Il s'agit de **construire une nouvelle professionnalité à partir des différents savoirs et savoir-faire de chacun**. Ceci suppose la reconnaissance de nouvelles compétences, non seulement techniques, mais aussi liées, d'un côté, à la connaissance de l'usage de produits et des modes de consommation (le vécu de l'usage), et de l'autre, à l'appréhension des facteurs micro- sociaux et micro- culturels d'un territoire.

La démarche communautaire s'inscrit dans un contexte local dont les déterminants sont en mouvement et en évolution. C'est pourquoi elle n'est pas réalisée « une fois pour toutes », **mais fait l'objet d'une construction permanente** pour pouvoir s'adapter aux transformations de son environnement et aux nouveaux besoins émergents.

Pour ce faire, elle utilise différentes méthodologies :

- le **diagnostic communautaire**, pour identifier une situation, un territoire, des besoins, des ressources
- l'**assemblée générale**, qui a une fonction de participation, de débat, de confrontation des visions et de prise de décision collective
- la **conduite de projet**, pour structurer les étapes d'une action, les différentes responsabilités, les partenariats à développer
- l'**évaluation permanente et participative**, afin d'élucider, la compréhension, l'analyse, la décision, l'adaptation des actions et des projets mise en œuvre.

STEP est un programme d'échange de seringues construit dans une dynamique communautaire. C'est pourquoi il n'échappe pas à l'ensemble de ces caractéristiques. **A ce titre, il apparaît comme unique et expérimental.**

⁴ *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Sous la direction de Laval DOUCET et Louis FAVREAU Presses de l'Université du Québec, 464 p, 1997

Un territoire particulier : la Goutte d'Or

➤ Les caractéristiques du quartier

La Goutte d'Or est un des derniers quartiers populaires de Paris...

Quartier stigmatisé ou quartier attrayant, la Goutte d'Or laisse rarement indifférent. Délimité par le boulevard Barbès, la rue Ordener, la rue Marx Dormoy et le boulevard de La Chapelle, ce quartier compte **22 046 habitants au dernier recensement de 1999**, avec une forte proportion de jeunes (23% au recensement de 1990). Quartier **multiculturel et pluriethnique**, il compte parmi sa population 38% de personnes ayant une nationalité étrangère.

Le Tableau de Bord de la Vie sociale à la Goutte d'Or⁵ édité par l'association de la Salle Saint Bruno montre que la population active du quartier présente un niveau socioprofessionnel inférieur au reste de Paris (33% sont des ouvriers), que le taux de **chômage** est important (20% en 97) et que le nombre de demandeurs d'emploi s'est accru entre 95 et 98 (+ 6%). Une **rénovation du quartier** est actuellement en cours, réglant en partie la question du logement, souvent insalubre et sans confort. Concernant les revenus, 54% des foyers de la Goutte d'Or sont non imposables et un **accroissement des disparités** est observé entre les foyers « les plus riches » et ceux « les plus pauvres ».

Malgré tout, la Goutte d'Or a su s'organiser pour **apporter des réponses à ses propres difficultés** et compte plus d'une vingtaine d'associations qui agissent dans des domaines variés tels que le logement, la promotion scolaire, l'alphabétisation, l'aide sociale, les activités auprès des jeunes enfants, etc..

➤ Le marché et l'offre de produits

Avec une réputation de haut lieu de trafic et de consommation, la Goutte d'Or apparaît comme un quartier où tout peut se vendre à n'importe quelle heure du jour et de la nuit.

Si aujourd'hui la drogue constitue un des principaux problèmes auxquels se trouvent confrontés ses habitants, le marché du sexe, symbolisé par la présence de « bordels », a pendant longtemps masqué, par une visibilité plus grande, le trafic et la consommation de substances. Ce n'est qu'à partir des années 70 qu'**un trafic va véritablement s'installer et se structurer**, suite notamment à la fermeture dans Paris de certains lieux de ventes importants (Îlot Chalon, rue de l'Ouest, etc.). Au début, ce sont donc essentiellement des dealers venus de l'extérieur du quartier qui viennent vendre leurs produits, trouvant **une partie de leur clientèle chez les jeunes**, dont beaucoup deviennent toxicomanes puis revendeurs à leur tour. Aujourd'hui, ce trafic attire également une importante clientèle, venue d'autres quartiers du 18^e, de Paris, mais aussi de banlieue, parmi laquelle un bon nombre investit la Goutte d'Or comme territoire de survie, de consommation et de business.

Concernant les produits disponibles, là encore, la Goutte d'Or fait figure de quartier précurseur, avec le développement du marché de l'héroïne dans les années 70, celui de la cocaïne dans les années 80, et l'explosion du crack à partir des années 90.

⁵ Tableau de bord de la vie sociale à la Goutte d'Or, Quatrième édition : année 1998, coordonné par l'Observatoire de la Vie Sociale, Association de la Salle Saint Bruno.

A partir de l'état des lieux réalisé en 1999 pour le projet TREND, on peut présenter plus en détail les caractéristiques de l'offre de substances disponibles dans le quartier :

- **L'héroïne**

Si le marché de l'héroïne a largement diminué avec la progression du trafic de crack, qui lui est plus rentable, elle reste toujours très disponible dans le quartier. Il s'agit essentiellement de l'héroïne brune, la « blanche » n'étant pas présente sur ce territoire. Le prix du gramme varie entre 200F et 500F mais la qualité du produit tend à diminuer. Le marché de l'héroïne brune est plutôt visible et se fait essentiellement dans la rue et autres lieux publics (square, cafés). Il se concentre au cœur de la Goutte d'Or mais également au métro Château Rouge et dans la rue Marx Dormoy.

- **La cocaïne**

L'offre de cocaïne tend à se stabiliser dans le quartier. Ses prix varient beaucoup (entre 350F et 800F pour un gramme) mais sa qualité également. Il faut parfois « bien connaître » pour trouver une « bonne cc ». Elle est également utilisée pour la fabrication du crack, ce qui lui assure un bon débouché. La cocaïne a longtemps été vendue dans des lieux fermés (appartement, réseau de connaissances, etc.) mais de plus en plus elle descend dans la rue et se généralise, même auprès des personnes très marginalisées.

- **Le crack**

Site particulièrement marqué par la vente de crack, ce marché ne cesse de progresser dans le quartier, non seulement parce que la demande a augmenté, mais aussi parce qu'il s'agit d'un marché plus rentable que celui de l'héroïne. Les prix pratiqués oscillent, en fonction de l'offre disponible, entre 200F et 500F pour une galette (5 ou 6 doses) mais là encore, la qualité tend à se dégrader, notamment à cause du développement des produits de coupage. Ce marché a pour particularité de se déplacer rapidement et souvent, en fonction de la présence policière, et touche de nombreux sites du quartier. Le trafic se fait directement dans la rue et semble afficher une visibilité plus grande que celui des autres produits.

- **Le cannabis**

Produit très ancien sur le quartier, le cannabis reste très disponible sur le marché, mais seulement sous forme de résine. Si le prix se maintient autour de 100F pour une « barrette », en revanche le nombre de grammes par « barrette » peut varier (entre 2 et 3 grammes). La consommation de ce produit s'étant généralisée à tout type de personnes, le marché du cannabis est très ouvert et se fait dans les lieux publics (cafés, rue, square).

- **L'ecstasy**

Comparativement aux substances précédentes, le marché de l'ecstasy est beaucoup moins visible et moins développé sur ce territoire. Néanmoins, cette substance est présente sur le quartier mais elle se vend plus par réseau de connaissances. Le prix de vente courant d'un comprimé est de 100F. Il n'y a donc pas de marché, physiquement implanté dans la rue, mais plutôt un trafic fermé. Le « troc », c'est-à-dire l'échange de substances entre usagers, est également une pratique courante parmi ses adeptes.

- **Les médicaments**

On peut trouver différents types de médicaments dans le quartier. Certains sont très disponibles comme le rohypnol, le subutex, ou le skénan ; d'autres sont plus rares comme le valium, le survector, l'artane, et l'orténal. Les prix sont variables en fonction du produit et de l'offre disponible sur le moment. D'une façon générale, il faut compter environ 5F pour un comprimé de rohypnol, 10F pour un subutex de 8 mg, et 50F pour du skénan ou du moscontin. Bien évidemment, il s'agit d'un marché ouvert sur la rue et les espaces publics et concentré sur le centre du quartier et le métro Château Rouge.

Si ce panel offre un large aperçu des substances accessibles sur le quartier, on n'y trouve pas, en revanche, d'amphétamines, ni de méthadone « de rue », et le LSD, quant à lui, se fait très rare.

Premier chapitre

Les obstacles

à la

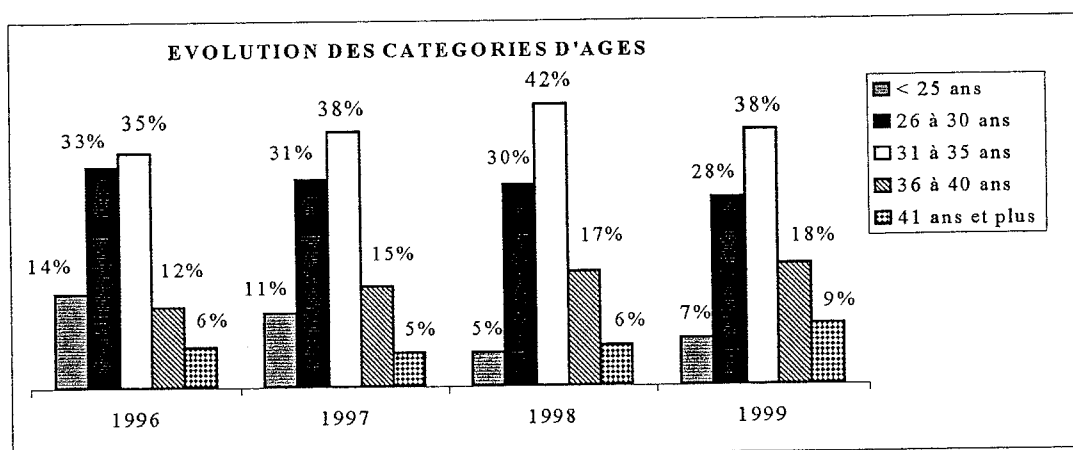
réduction des risques

L'exclusion sociale, premier facteur de vulnérabilité

I. Evolution des caractéristiques socio-démographiques des usagers

◆ Un vieillissement confirmé de notre population

Tendance confirmée depuis quelques années, l'âge de notre public ne cesse d'augmenter et notre population vieillit. Ainsi, depuis 1996, la proportion de jeunes de moins de 25 ans a diminué de moitié, tandis que les plus de 36 ans progressent de façon continue. La catégorie d'âge la plus importante est celle des 31 – 35 ans avec 38% d'usagers représentés. La moyenne d'âge illustre bien cette tendance puisqu'elle atteint cette année 34 ans.



◆ Une plus faible fréquentation des femmes

Depuis l'ouverture du local, les hommes ont toujours été très largement majoritaires parmi notre public. Ainsi, les femmes ne représentent que 12% de notre file active, et ce même si elles se sont stabilisées par rapport à l'année dernière.

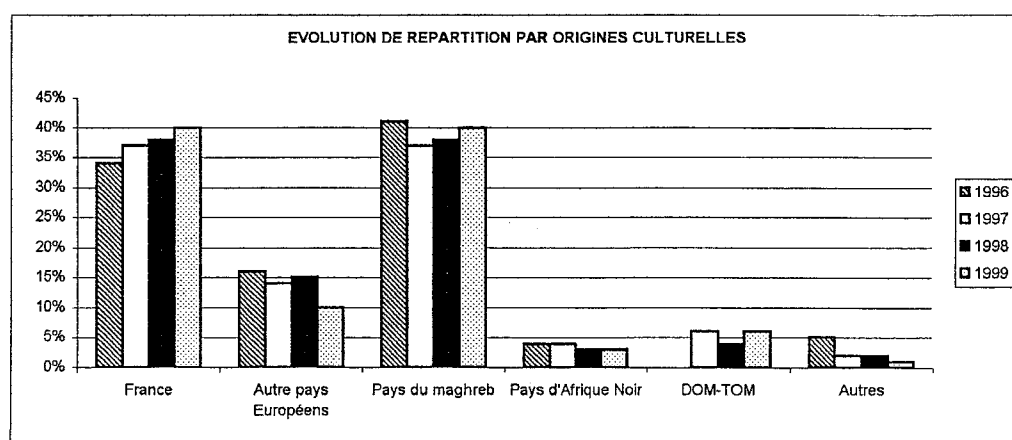
Evolution de la répartition par sexe de notre public								
Répartition par sexe	1996		1997		1998		1999	
File active par sexe	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	480	105	1 358	311	1 397	233	1698	232
Répartition par passage	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	85%	15%	83%	17%	89%	11%	89%	11%

Cette faible fréquentation des femmes, que l'on retrouve d'ailleurs dans de nombreuses autres structures, ne signifie pas pour autant que les femmes ont des moindres besoins par rapport aux hommes, mais plutôt que leurs besoins sont mal connus et insuffisamment pris en compte. La question des femmes sera soulevée plus loin dans ce rapport.

◆ Une plus grande homogénéité culturelle

Au fil des années, les différences culturelles caractérisant notre public s'avèrent moins marquées. Le nombre de personnes ayant une nationalité étrangère semble diminuer, et proportionnellement, celles qui ont une **nationalité française** atteint **82%** cette année. Au regard des origines culturelles, on distingue toujours les deux mêmes populations également représentées, **l'une d'origine française (40%)**, **l'autre originaire des pays du Maghreb (40%)**. Si les personnes originaires des pays d'Afrique noire et des DOM – TOM constituent toujours une minorité parmi notre public, c'est souvent parce qu'elles adoptent d'autres modes de consommation que celle par voie intraveineuse.

Evolution de la répartition par nationalité				
Nationalité	1996	1997	1998	1999
Française	70%	80%	81%	82%
CEE	8%	7%	5%	7%
Hors CEE	22%	13%	14%	11%



A travers la description des origines culturelles de notre public il s'agit pour nous, non pas de stigmatiser des populations, mais tout au contraire de rappeler que **l'immigration est souvent un facteur de vulnérabilité important en terme d'exclusion sociale**, ce qui expose doublement ces populations aux risques liés au trafic ou à l'usage de drogues.

◆ Des situations familiales témoignant d'une instabilité

La situation familiale de notre public montre que **les ¾ sont célibataires** et 17% séparés ou divorcés. Ce statut de célibataire est souvent révélateur des rythmes de vie des usagers qui ne laissent que **peu de place à des relations autres que celles liées à la consommation de produits**. Si 36% des personnes disent avoir un ou des enfants, ils ne sont que 26% à vivre en couple depuis plus de six mois. Là encore, ceci témoigne d'une certaine instabilité des relations affectives des usagers qui sont elles-mêmes fonction des aléas de leur survie quotidienne. Cependant, pour ceux qui vivent en couple, on remarque que cette cellule affective joue sûrement un rôle important et favorable à une régulation de leur usage de substances.

Evolution de la situation familiale de notre public			
	1997	1998	1999
Célibataire	67%	75%	75%
Marié(e)	NC	8%	8%
Séparé(e)/divorcé(e)	NC	17%	17%
Vivent en couple	NC	33%	26%
Ont des enfants	NC	38%	36%

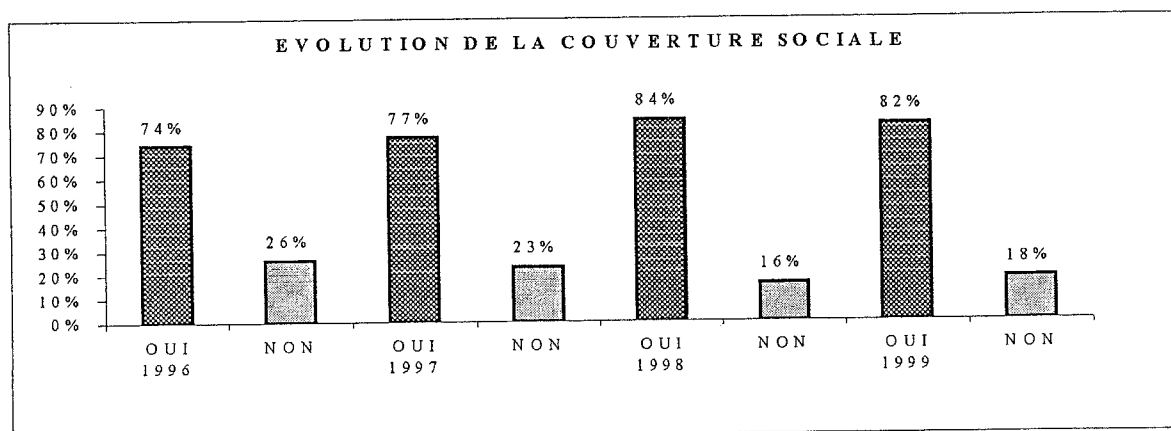
II. Evolution de la situation sociale des UD

Ce qui semble s'améliorer...

◆ Une meilleure couverture sociale

Comparativement à 1996, le nombre de personnes ayant une couverture sociale a progressé pour finalement se stabiliser cette année autour de 82%.

Si l'on peut se réjouir d'une telle évolution, il faut néanmoins nuancer ce chiffre, car même si les usagers sont de plus en plus nombreux à avoir une protection sociale, cela ne signifie pas pour autant



qu'ils accèdent tous aux services sanitaires et sociaux auxquels ils ont droit. L'étiquette de « toxicomane », et les préjugés qu'elle renvoie, constitue toujours un obstacle non négligeable à l'accès aux soins. Pour les plus exclus d'entre eux, il reste toujours compliqué de constituer un dossier ou de réunir l'ensemble des papiers nécessaires lorsqu'on vit dans la rue ou au jour le jour. C'est pourquoi 18% de notre public n'a toujours aucune couverture sociale et reste souvent coupé des dispositifs d'aide et de soins.

◆ Un accès plus significatif aux ressources

Comparativement aux années précédentes, on remarque que les UD accèdent plus souvent aux prestations sociales. Le RMI est bien évidemment la première roue de secours pour 34% d'entre eux. Cela permet aux personnes de garder un minimum de dignité et d'attention à soi, même si bien souvent, cela ne dure que peu de temps. Le recours à la COTOREP est également un moyen d'assurer sa survie, tout particulièrement pour les personnes séropositives. Elle permet parfois de retrouver une certaine stabilité des rythmes de vie, souvent nécessaire lorsque ces personnes sont sous traitement.

Evolution de l'accès aux autres ressources (personnes sans travail)				
Types de ressources	1996	1997	1998	1999
Allocation chômage	NC	7%	4%	5%
R.M.I	NC	35%	39%	34%
COTOREP	NC	7%	7%	9%
Allocations logement	NC	1%	1%	2%
Autres ressources	NC	1%	1%	0%
Sans ressources	NC	31%	23%	22%

Le nombre de personnes sans ressources a légèrement reculé, et nous ne pouvons que nous satisfaire de cette évolution. Néanmoins, des nuances doivent, là encore, être apportées car même si

les UD ont plus souvent des ressources, celles-ci restent insuffisantes pour assurer l'ensemble de leurs besoins et le recours à la « débrouille » (manche, vols, deal, prostitution) reste un passage obligé pour bon nombre d'entre eux. Enfin, un quart de notre public reste sans ressources et pour cette population la question de la survie se pose tous les jours pour trouver de quoi subvenir à ses besoins vitaux.

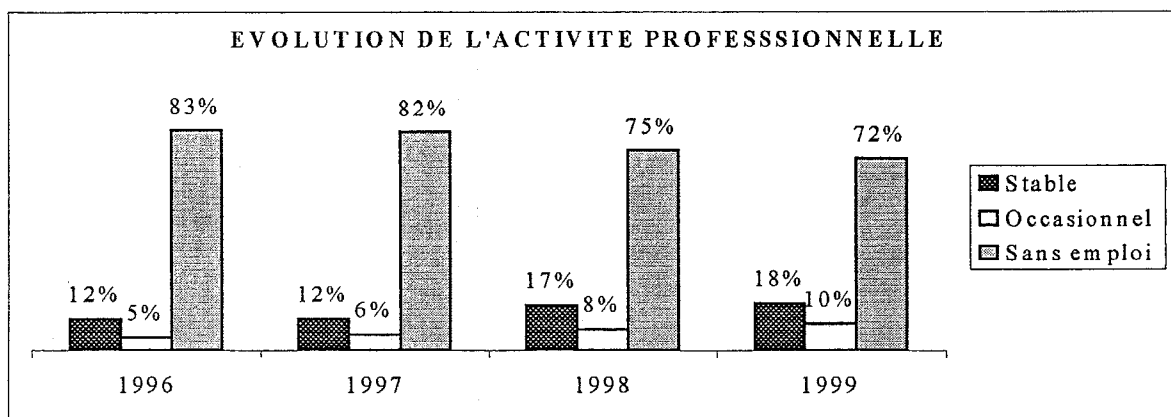
◆ Des contacts plus marqués avec les structures

Il ressort de nos données que 46% des personnes interrogées déclarent être en contact avec un centre d'accueil pour usagers de drogues cette année. Ce chiffre se répartit, presque pour moitié, entre les structures « bas seuil » d'aide aux usagers (21%) et les centres de soins (25%). Ces indicateurs sont légèrement en augmentation par rapport à l'année dernière et laissent supposer un renforcement des liens avec les structures. On peut penser que la substitution a pu influencer sur cette évolution en permettant de toucher un plus grand nombre d'UD et de favoriser un suivi à plus long terme. La répartition, quasi équivalente entre les deux types de structures souligne également l'importance des centres d'accueil « bas seuil » qui restent bien souvent le premier pas minimum et nécessaire à l'élaboration de passerelles vers d'autres lieux. Malgré tout, 53% de notre public n'est pas en contact avec le réseau spécialisé, soit parce qu'il s'agit de personnes socialement insérées qui accèdent au réseau de droit commun, soit parce qu'il s'agit de personnes très marginalisées dont les besoins sont mal pris en compte par les structures. Il est à noter enfin, que la disparité dans la répartition géographique des centres d'accueil, et tout particulièrement pour les personnes de banlieue, est aussi un facteur qui joue sur cette situation.

Ce qui reste problématique

◆ Le travail, une activité plutôt rare

Le fait d'avoir une activité professionnelle est relativement peu fréquent chez notre public. Même si le nombre de personnes qui travaillent a légèrement augmenté par rapport aux années précédentes, on constate que cette évolution porte essentiellement sur les emplois occasionnels plus précaires. Globalement, c'est près des ¾ de notre public qui déclarent être sans travail. Bien évidemment, le fait

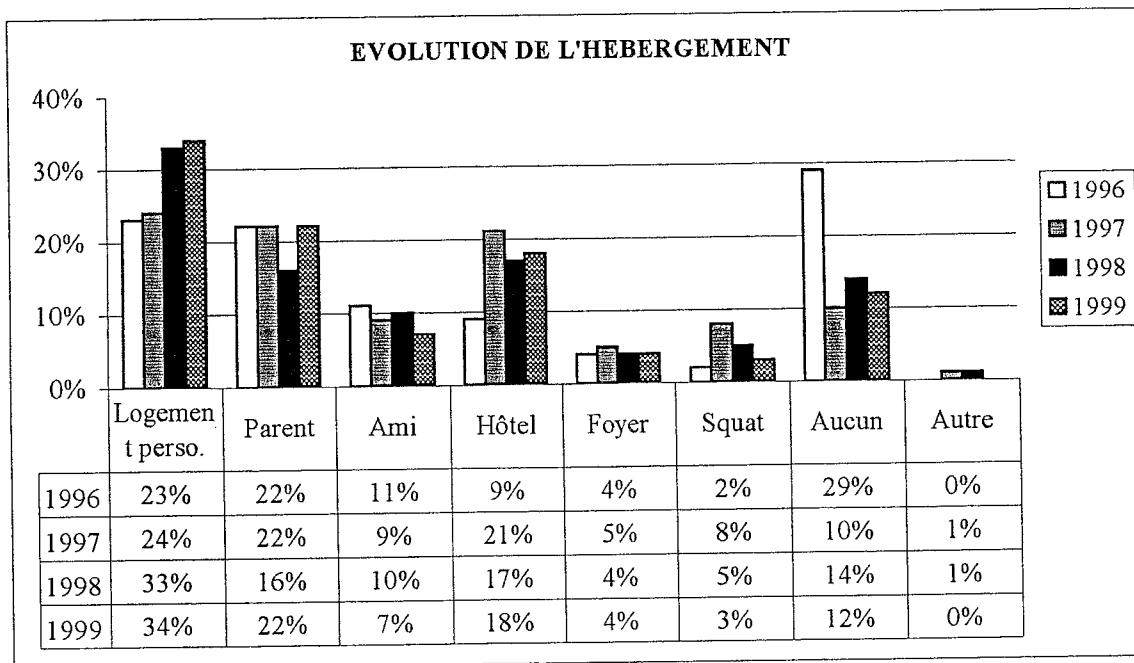


d'avoir un emploi est un facteur très important de socialisation, de maintien dans un réseau de relations autres que celles liées à l'usage de drogues, de reconnaissance et d'identité sociale.

Il est également une source non négligeable de revenus qui permet de subvenir à ses besoins, d'avoir un logement stable, et de conserver un rythme de vie « normal ». Malheureusement l'accès à l'emploi reste difficile pour un grand nombre et certains n'ont même jamais travaillé.

◆ L'hébergement, une préoccupation permanente

Si différentes tendances à la hausse sont observées, l'hébergement reste une préoccupation permanente pour de nombreux usagers. Ainsi, ils sont 44% à être dans des situations d'hébergement précaire clairement identifiées s'organisant à partir de dépannages ponctuels chez des amis, à l'hôtel, en foyer, dans des squats, ou bien pire encore, sans aucune autre possibilité que celle de la rue . Si une partie non négligeable semble habiter encore chez leurs parents (22%), les relations avec la



famille sont tellement souvent compliquées, tendues et entrecoupées de périodes de ruptures, qu'il paraît difficile de considérer cette situation comme stable en matière d'hébergement.

Comparativement aux années précédentes, on peut remarquer toutefois que le nombre de personnes sans aucun hébergement a tendance à diminuer au profit des situations négociées à court terme. De même, le nombre de personnes ayant un logement personnel a progressé par rapport à 1996 et se stabilise à 34% cette année.

◆ Des situations juridiques attestant d'une lourde pénalisation des UD

La loi de 1970 pose l'interdit légal de consommer des produits stupéfiants et place l'utilisateur de drogues comme un délinquant, avec une option de soins possible. C'est pourquoi la situation juridique de notre public laisse apparaître une lourde pénalisation des usagers de drogues. Ainsi, en 1999, 72% d'entre eux déclarent avoir déjà été incarcérés, et parmi eux, 15% une seule fois, 70% jusqu'à 10 fois et 15% plus de 10 fois. A travers ces chiffres, on constate que la plupart d'entre eux sont des récidivistes, et beaucoup sont dans des processus d'incarcération à répétition. Bien sûr, le fait de vivre dans une précarité sociale importante, et d'être obligés pour survivre d'avoir recours à des moyens en marge de la légalité (prostitution, « manche », rabattage, trafic, vols, etc.) renforce nettement cette situation. Les passages répétés en prison contribuent à maintenir cette population hors la société et constituent un facteur de marginalisation supplémentaire des UD.

Situation juridique de notre public en 1999		
Ont été incarcérés 72% dont :		
1 seule fois	2 à 10 fois	Plus de 10 fois
15%	70%	15%

III. Des mécanismes d'exclusion à l'œuvre...

A propos de l'exclusion sociale

Si la description des indicateurs de précarité concernant notre population est nécessaire pour appréhender leur situation sociale, ces chiffres ne permettent pas, en revanche, de comprendre quelles sont les **dynamiques individuelles et collectives** sous-jacentes au développement de ces situations d'exclusion. Comment vit-on l'exclusion sociale au quotidien ? Par quoi se caractérise l'exclusion sociale ? Est-elle un processus individuel ou collectif ?

L'approche sociologique apporte des éléments d'analyse intéressants pour décrire les différents positionnements sociaux existants dans une société donnée. Dans leur livre « Construire des actions collectives », B. DUMAS et M. SEGUIER⁶ définissent les groupes exclus *par l'absence de référence aux normes sociétales et la perte de valeurs et de repères collectifs, par un défaut d'ajustement des comportements aux situations*. Ce n'est pas ici que les personnes n'auraient pas intériorisé les normes sociales en vigueur mais au contraire, **qu'elles sont dans l'incapacité à instaurer des relations sociales et à s'inscrire dans des modes adéquats de régulation des rapports sociaux**. Si les groupes exclus s'identifient généralement aux collectivités assimilées, ils se différencient d'elles par l'absence de moyens à s'intégrer dans la société. Pour autant, ils ne se rapprochent pas non plus des minorités dissidentes car contrairement à ces dernières, **les groupes exclus sont souvent dans l'incapacité à s'affirmer dans leur différence**. Il en résulte un isolement des personnes « exclues », une relégation en marge, et pire une perte d'identité par le fait de ne plus avoir d'image suffisamment valorisée de soi-même. Ce processus de rejet et de repli se renforce doublement par le fait que les groupes exclus font souvent l'objet de « bouc émissaires » par le reste de la société qui leur attribue la responsabilité d'un mal social qu'elles ne font que subir. Enfin, l'exclusion se caractérise par un rapport au temps différent et une logique de survie basée sur l'immédiateté et l'urgence pour assurer la subsistance quotidienne.

La lutte contre l'exclusion sociale est au cœur de notre travail de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. En effet, on ne peut mettre en place des réponses à des problèmes sanitaires sans agir également sur les facteurs et les mécanismes sociaux qui les génèrent.

Des mécanismes collectifs sous-jacents

La marginalité résulte de mécanismes d'exclusion par le jeu cumulatif des dimensions économiques, culturelles, politiques et sociales. La faible insertion économique, marquée par l'absence ou l'irrégularité du travail, induit une perte d'identification sociale, une non reconnaissance mutuelle, et **une mise à l'écart du jeu des rapports sociaux**. A défaut d'une insertion stable dans la production économique, les personnes marginalisées se réfugient souvent dans la consommation qui constitue l'illusion d'une appartenance sociale.

En même temps que ces facteurs économiques, se joue également une survalorisation de la culture et de l'idéologie dominante par les groupes exclus. Enfermées dans un univers qu'elles nient, tout en s'y

⁶ Bernard DUMAS et Michel SEGUIER, Construire des actions collectives, développer des solidarités. Chroniques sociales, Lyon, 1999.

réfugiant, les personnes marginalisées se fabriquent des conduites de compensation et de rêve, en puisant dans les représentations que leur fournit la société qui les exclut. L'impossibilité objective à se définir par l'appartenance sociale traduit un vide que vient combler la référence aux valeurs et normes sociales dominantes. Or, c'est aussi précisément cette survalorisation de ce qui est compris comme un « ordre des choses » naturel qui freine l'émergence d'une conscience spécifique, positive et valorisante des groupes exclus. Il en résulte **l'absence de pratique politique par l'incapacité à se définir comme ayant des intérêts spécifiques à défendre**, à affirmer son existence sociale, à exercer un pouvoir social, à se situer dans le champ des rapports sociaux.

Dans un contexte d'une crise générale du lien social et d'une difficulté des institutions d'intégration (école, justice, protection sociale, etc.) à intégrer les citoyens, **les personnes marginalisées se voient exclues des lieux de citoyenneté, de participation, d'organisation collectives**. Le vide créé par cette absence instaure alors un clivage entre **les dimensions collectives et privées de l'existence qui se caractérise par une régression de la vie publique et un repli sur les seuls aspects individuels de la personne**. La diminution des espaces de participation et de vie collective réduit énormément l'expérience de cette dimension et contribue à la perte des repères et des normes régissant les rapports sociaux, favorisant ainsi le renforcement des conduites marginales.

La prévention des risques et réduction des dommages, au sens où nous l'entendons, doivent donc s'attacher à prendre en compte **la complexité du phénomène d'exclusion et réfléchir à l'élaboration de réponses à la fois sociales et sanitaires, individuelles et collectives**.

Un état de santé précaire, mais en évolution...

I. Les premiers effets d'une politique de réduction des risques ?

● Un contact médical plus fréquent

La progression du nombre de personnes déclarant avoir vu un médecin depuis moins de 3 mois est une tendance observée depuis quelque temps. Ainsi, elles représentent aujourd'hui 80% de notre public contre seulement 51% en 1996. Dans le même temps, on remarque une nette diminution du nombre d'usagers n'ayant pas ou peu de contact médical (9% en 1999).

Evolution du suivi médical parmi notre public				
Suivi médical	1996	1997	1998	1999
Moins de 3 mois	51%	62%	79%	80%
6 mois à 1 an	37%	21%	13%	11%
Plus d'un an	12%	17%	8%	9%

Le développement des traitements de substitution a, bien évidemment, largement contribué à cette évolution favorable. Ainsi, elle apparaît comme la principale raison avancée lors de leur dernière visite médicale. Si l'on ne peut que se réjouir d'une telle situation, il faut toutefois nuancer notre propos car, là encore, **le fait d'avoir un contact médical ne signifie pas toujours être suivi médicalement pour l'ensemble de ses problèmes de santé**. Ainsi, les problèmes somatiques, pourtant très fréquents chez les usagers étant donné leurs modes de vie, apparaissent loin derrière la substitution et ne représentent que 24% des consultations. Le suivi médical lié au VIH (11%) et aux hépatites (11%) apparaît également comme secondaire si l'on considère qu'un nombre important d'usagers sont touchés par le VHB ou le VHC.

● Une progression constante de l'accès à la substitution

Le nombre de personnes sous substitution ne cesse d'augmenter, passant de 47% en 1997 à 72% en 1999. La substitution apparaît comme **un outil tout à fait fondamental dans la chaîne thérapeutique** car elle permet de recréer un contact avec une population fortement marginalisée et longtemps coupée du réseau spécialisé. Pour les usagers de drogues les plus insérés, la substitution constitue une aide précieuse **dans le maintien d'un équilibre**, souvent précaire, entre une activité professionnelle, une vie de couple et une consommation de produits que le traitement permet de réguler.

Pour les plus marginalisés d'entre eux, il s'agit, là encore, d'une roue de secours essentielle qui permet **de gérer les aléas d'une survie quotidienne**, marquée par l'instabilité des moyens de subsistance et les difficultés à accéder aux produits, qui varient souvent en fonction de l'offre disponible sur le moment. A STEP, on constate une nette prédominance de l'usage de Subutex (49%), par rapport à la méthadone (12%), au skénan (10%) et au moscontin (1%), en sachant que pour ces deux derniers les prescriptions tendent à disparaître. Il est clair qu'en France la méthadone fait figure de substitution à « haut seuil » avec des conditions d'accès très précises (excepté le programme « bas seuil » de

Médecins du Monde) et que le Subutex offre une plus grande facilité d'accès ; ce qui a permis à un grand nombre d'usagers, même les plus marginalisés, de profiter de cette alternative.

Evolution de l'accès aux traitements de substitution				
Type de produits	1996	1997	1998	1999
Subutex	NC*	29%	42%	49%
Méthadone	NC*	9%	12%	12%
Skénan	NC*	7%	10%	10%
Moscontin	NC*	2%	1%	1%
Non substitués	NC*	53%	35%	28%

Là encore, certaines situations continuent de poser problème, notamment du fait d'un usage détourné de ces produits et de la persistance de la voie intraveineuse qui entraîne de graves complications sanitaires.

● Le VIH : une stabilisation à confirmer?

On observe que la pratique du dépistage est tout à fait intégrée par les UD puisqu'ils sont 95% parmi notre population à déclarer avoir fait un dépistage du VIH. Longtemps considérés comme un groupe particulièrement exposé aux risques, les UD ont fait l'objet d'une sensibilisation importante à la réalisation des tests de dépistage. On peut penser que ce travail a porté ses fruits puisque nous pouvons constater que le nombre de personnes n'ayant pas connaissance de leur situation sérologique a largement diminué par rapport à 1996. Il ne concerne plus que 7% de notre public (selon leur déclaration) cette année. Cette tendance semble avoir influé sur la prévalence du VIH parmi notre population puisqu'elle atteint aujourd'hui 18%, soit une légère augmentation par rapport aux années précédentes. On peut penser que cette progression résulterait moins de nouvelles contaminations que du fait qu'un certain nombre de personnes ignoraient jusque-là leur séropositivité au VIH.

Evolution de la sérologie au VIH								
Dépistage	1996		1997		1998		1999	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	91%	9%	92%	8%	92%	8%	95%	5%
Séropositifs au VIH	13%	71%	16%	74%	14%	75%	18%	75%
Inconnue	16%		10%		11%		7%	

Si l'on compare nos données avec d'autres sources d'information, il ressort du rapport « Indicateurs et tendances »⁷ de l'OFDT que pour l'ensemble des usagers la prévalence du VIH se situe entre 12,1% et 15,8% pour l'année 1997. Celle-ci s'avère plus élevée chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et oscille entre 15% et 18%. Dans une enquête nationale plus récente, réalisée en 1999 par l'INSERM auprès de l'ensemble des programmes d'échange de seringues⁸, le nombre de personnes déclarant une sérologie positive au VIH atteint 19,2%. Des disparités géographiques importantes sont constatées, la prévalence la plus élevée se situant en Aquitaine avec 36,8%. Pour ce qui est de l'Ile de France, ce chiffre concerne 21,4% des UD, tout en sachant que la Banlieue présente une prévalence bien supérieure à celle de Paris.

Finalement, on peut dire que nos chiffres, longtemps sous-évalués par rapport aux données nationales, semblent aujourd'hui donner une image plus réaliste de l'épidémie de Sida parmi notre population. Ils attestent aujourd'hui d'une certaine stabilisation de la prévalence au VIH mais qui mérite tout de même une confirmation l'année prochaine.

⁷ Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances. Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, édition 1999.

⁸ Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, INSERM / IVS, rapport pour l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Juillet 1999.

● L'hépatite B : pas de progression ?

La première tendance qui apparaît est celle d'une généralisation de la pratique du test de dépistage concernant les hépatites. En 1996, on comptait 73% de personnes ayant déjà réalisé un test de dépistage, cette année, ce chiffre culmine à 85%. Là encore, la diminution du nombre de personnes n'ayant pas connaissance de leur sérologie est un signe positif, témoignant d'une meilleure connaissance de l'évolution de cette maladie.

Evolution de la sérologie au V.H.B								
	1996		1997		1998		1999	
Dépistage	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	73%	27%	78%	22%	79%	21%	85%	15%
Séropositifs au VHB	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
	14%	53%	18%	57%	14%	61%	13%	69%
Sérologie inconnue	33%		25%		25%		18%	

Contrairement à la situation précédente, cette évolution ne s'est pas traduite par une augmentation du nombre de personnes séropositives au VHB. Ainsi, **la prévalence au virus de l'hépatite B se stabilise à 13% parmi notre population** cette année. Ce chiffre mérite une explication et doit être compris comme représentatif des personnes déclarant être séropositives **au moment où elles ont rempli notre questionnaire**. Il ne comprend donc pas les personnes qui ont déjà eu une hépatite B mais qui sont à ce jour immunisées.

Si l'on compare nos données avec celles de l'étude précitée sur les PES, il apparaît clairement que ce chiffre reste largement sous-estimé puisque cette étude met en évidence une prévalence de 20,8% pour l'hépatite B parmi les utilisateurs des PES. Une autre recherche, cette fois menée par l'IREP⁹ sur la consommation de crack à Paris, fait état de 23% de personnes séropositives au VHB en 1997. Il semblerait, à travers ces différentes sources d'information, **que l'hépatite B tendrait à ne plus progresser et se stabiliser chez les UD**. Il est clair que l'existence d'un vaccin a largement permis d'éviter la propagation de ce virus. Ainsi, parmi notre public 37% affirment être vaccinés contre l'hépatite B. Quant à nos chiffres, nous restons attentifs sur les différences observées, et, d'ores et déjà, nous avons inclus dans nos prochains questionnaires des items portant sur l'immunisation des personnes.

⁹ La consommation de crack à Paris. Etat des lieux, tendances en cours – IREP - 1997

II. Ce qui reste problématique

● L'évolution croissante de l'épidémie d'hépatite C

Année après année, l'hépatite C confirme une progression dramatique parmi les UD pour constituer aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. On remarque que la connaissance du statut sérologique au VHC continue de s'améliorer puisque les UD sont toujours plus nombreux à se faire dépister (84% en 1999 contre 72% en 1996) et que la proportion de sérologie inconnue tend, elle, à diminuer. Ces différentes tendances laissent apparaître une évolution croissante de la prévalence au VHC parmi notre public et elle se situe cette année à 48%, soit une augmentation de presque 20% par rapport à 1996.

Evolution de la sérologie au V.H.C								
Sérologie au V.H.C	1996		1997		1998		1999	
Dépistage	OUI 72%	NON 28%	OUI 79%	NON 21%	OUI 79%	NON 21%	OUI 84%	NON 16%
Séropositifs au VHC	OUI 29%	NON 38%	OUI 41%	NON 36%	OUI 43%	NON 33%	OUI 48%	NON 33%
Sérologie inconnue	33%		23%		24%		19%	

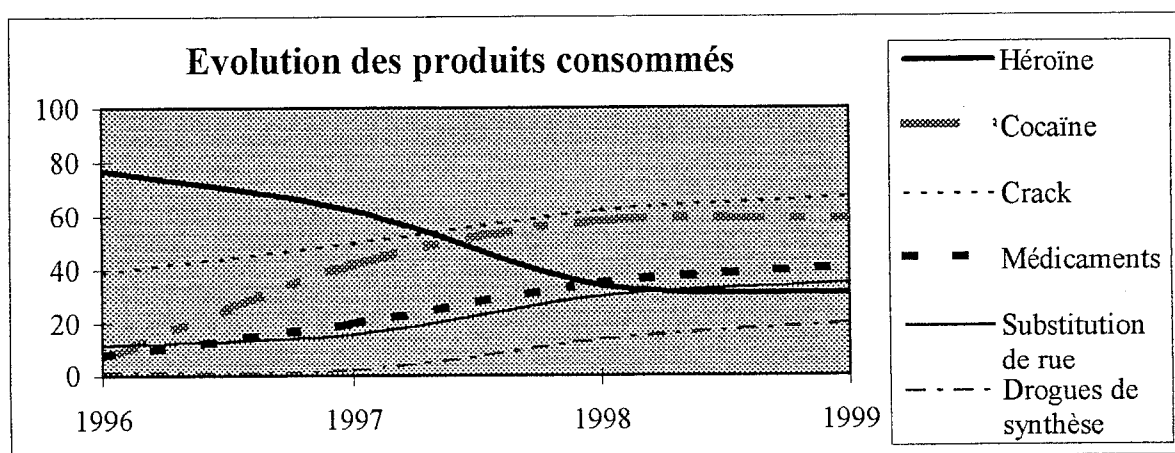
Si l'on compare nos chiffres avec d'autres données, le rapport de l'OFDT, précédemment cité, montre que la prévalence déclarée au VHC chez les usagers pris en charge dans les centres spécialisés au mois de novembre 1997 oscille entre 52% et 66%. Il semble que le recours à la voie injectable soit un facteur majeur par rapport à la transmission de ce virus puisque la prévalence de l'infection au VHC est nettement supérieur chez les UDIV et se situe entre 62% et 70% au mois de novembre 97. Des différences géographiques sont également constatées, les régions les plus touchées étant la Corse (63%), le Languedoc-Roussillon (60%) et l'Île-de-France (59%). Plus récemment, l'étude de l'INSERM sur les utilisateurs des PES, fait état d'une prévalence déclarée au VHC de 58,4% pour l'année 1998. Si toutes ces données témoignent d'une évolution croissante du nombre de personnes touchées par le VHC, il reste cependant difficile de savoir si elles sont le reflet fidèle de l'évolution de l'épidémie ou si elles résultent également d'une meilleure connaissance du statut sérologique des usagers.

Une diversification des produits et des modes d'usages

Un produit principal : le crack

Dans un quartier traditionnellement connu pour son trafic de crack, il paraissait logique que ce produit fasse son apparition dans les pratiques de consommation de notre public. Si au cours de notre première année de fonctionnement il est resté secondaire par rapport à l'héroïne ; très vite, **il s'est installé comme produit principal et concerne aujourd'hui 67% de consommateurs** parmi notre public.

Le crack, plus souvent appelé « caillou » ou « galette » par les usagers, résulte d'une préparation consistant à rajouter du bicarbonate de soude (ou de l'ammoniaque) à la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), et de faire chauffer ce mélange pour finalement obtenir une substance sous forme de cristaux qui peut être fumée ou injectée. A STEP, 77% des personnes interrogées disent le consommer par voie injectable, mais il est également très souvent fumé (40%), et beaucoup font les deux à la fois. On constate que le crack attire de plus en plus de consommateurs appartenant à des milieux très différents. Avec la baisse de la qualité de l'héroïne et le développement de la substitution, beaucoup d'héroïnomanes se sont reconvertis à ce produit en privilégiant un usage par voie injectable. D'autres, au contraire, séduits par la possibilité d'avoir des sensations « fortes » sans passer par l'injection, sont devenus des consommateurs, occasionnels ou réguliers, de « galette ». De fait, aujourd'hui, on observe **une certaine généralisation du crack à l'ensemble des personnes de notre programme ; et ce, quelle que soit leur situation sociale, précaire ou insérée**. Il semble que cette tendance se confirme au niveau national car le rapport TREND¹⁰, récemment publié par l'OFDT, fait état d'une plus grande disponibilité de ce produit dans différentes villes de France et souligne l'apparition de nouveaux consommateurs, issus de milieux socioculturels diversifiés.



Le développement de l'usage du crack n'est pas, bien évidemment, **sans poser de multiples problèmes sociaux et sanitaires**. L'effet du crack, s'il est très intense, ne dure que très peu de temps (entre 5 et 10 minutes) et induit chez ses consommateurs une course effrénée au plaisir, qui peut durer **des jours et des nuits successives**. En effet, sous l'effet stimulant du produit, les personnes ne ressentent **ni le sommeil, ni l'appétit**. Elles négligent leur **hygiène corporelle**, la dégradation de leur **état de santé** et peuvent aller ainsi jusqu'à un **épuisement total** d'elles-mêmes. Le crack génère des modes de vie chaotiques, alternant les périodes de fortes consommations avec celles de récupération. Il accélère la précarisation des consommateurs dans un monde de la rue régi par l'urgence de la consommation et la nécessité de faire toujours plus d'argent. Sur un plan sanitaire, les consommateurs

¹⁰ Tendances Récentes, Rapport TREND publié par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, mars 2000.

de crack peuvent se faire une trentaine de « shoots » par jour, **démultipliant ainsi les complications sanitaires liées à l'injection** (VIH, hépatites, abcès, veinites, etc.). Sous l'effet du produit, ils sont moins attentifs aux risques qu'ils prennent, moins réceptifs aux messages sur l'hygiène de shoot, moins sensibles à leur santé.

Une diffusion massive de la cocaïne, loin devant l'héroïne

Pendant longtemps, l'héroïne a constitué le produit principalement consommé par les usagers de drogues de notre programme. La cocaïne était peu présente, peu accessible et circonscrite à des milieux plutôt fermés. A partir de 1997, on assiste à **un bouleversement de cette situation**, avec d'un côté, **un véritable boom de la consommation de cocaïne**, et de l'autre, **une régression constante de l'héroïne** dans l'univers de vie des UD. Aujourd'hui, l'héroïne est reléguée au statut de produit de régulation, occasionnel ou régulier, et le nombre de ses consommateurs chute à **31%** cette année (contre 77% de consommateurs en 96). Bien sûr, le développement de la substitution n'est pas sans conséquences sur cette évolution, et l'on peut penser que de nombreux usagers de drogues, désormais sous traitement, ont abandonné leur consommation d'héroïne. De même, il semble que la cocaïne connaît **une véritable « démocratisation »**, recrutant de nouveaux consommateurs, au delà des cercles d'initiés, et jusque dans la rue, parmi les plus exclus. Ses consommateurs semblent trouver dans cette substance différents attraits : une qualité supérieure à celle de l'héroïne, une baisse de son prix d'achat, un effet garanti même sous traitement de substitution, une image plus positive que celle du crack (« cocaïne du pauvre »). A STEP, nous constatons ainsi une augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne qui culmine cette année à **59%**. Celle-ci est principalement injectée (95%) et beaucoup plus rarement sniffée (12%) ou fumée (9%). La consommation de cocaïne est loin d'être anodine, que ce soit sur un plan social ou sanitaire. En effet, si la cocaïne n'engendre pas de dépendance physique, sa consommation régulière entraîne **une forte dépendance psychique** ainsi que des troubles psychologiques importants (anxiété, paranoïa, dépression, etc.). De même que le crack, elle pose des **problématiques socio-sanitaires importantes** (démultiplication du nombre d'injections, augmentation des risques liés au partage de matériel, précarisation rapide des personnes, etc.).

Médicaments, Alcool et nouvelles formes de polyconsommations

Depuis longtemps, les usagers de drogues consomment **des drogues licites** (médicaments, alcool) et ont appris à détourner ces substances de leur usage initial. Si ce phénomène n'est pas nouveau, il connaît récemment **une très forte progression** qui n'est pas sans lien avec l'évolution et la diversification des produits consommés. Ainsi, à STEP, le nombre de personnes déclarant consommer des médicaments sédatifs ou stimulants atteint **42%** cette année, contre seulement 8% en 1996. De même, **l'alcool** est aussi très présent dans les pratiques de consommation des usagers et concerne **41%** de notre public. Avec le développement de la cocaïne, la configuration des médicaments consommés a radicalement changé et se caractérise par **une très large prédominance des médicaments dits « sédatifs »**, qui permettent d'atténuer la descente des produits stimulants. Ainsi, parmi les médicaments consommés, 41% sont des substances sédatives et seulement 1% sont des substances stimulantes. Là encore, **les benzodiazépines** sont très largement majoritaires (33%) devant le néocodion (6%) et les barbituriques (2%). La très forte progression de cette consommations mérite de porter une attention spéciale aux médicaments utilisés par les usagers. Ainsi, parmi les consommations de Benzodiazépines, c'est le **Rohypnol (68%)** qui arrive très largement en tête, suivi du Lexomil (36%), du Tranxène (25%), du Valium (22%), du Temesta (5%), du Rivotril (2%), de l'Immovan (1%), du Xanax (1%) et du Noctamil (1%). Concernant les barbituriques, ce sont essentiellement le gardénal (2%) et l'orténal (1%) qui sont consommés par les usagers. Ces médicaments sont rarement utilisés seuls mais beaucoup plus souvent associés à **d'autres substances psychoactives**.

Selon le rapport TREND, cette polyconsommation, loin d'être une pratique « sauvage » ou irraisonnée, revêt au contraire **une fonction de régulation de la consommation** et se définit comme « toute modalité d'usage combiné de deux ou plusieurs substances psychoactives, consciemment pratiquée par un consommateur dans le but de modifier les effets d'une ou plusieurs substances déjà consommées ou à consommer. Cet usage peut être concomitant ou différé dans le temps de quelques minutes à plusieurs heures, dans une unité temporelle n'excédant pas, en tous cas, la somme des durées d'effets spécifiques de chacune des substances consommées ».

Produits consommés et modes d'usage en 1999						
Type de produits	% de consommation	Modes d'usage				
		Avalé	Sublingual	Sniffé	Fumé	Injecté
Crack	67%	----	----	1%	40%	77%
Cannabis	61%	----	----	----	100%	----
Cocaïne	59%	----	----	12%	9%	92%
Alcool	41%	100%	----	----	----	----
Médicaments sédatifs	41%	95%	----	1%	----	9%
Héroïne	31%	----	----	13%	3%	93%
Subutex de « rue »	18%	17%	40%	7%	----	54%
Skénan de « rue »	10%	11%	----	----	----	92%
Ecstasy	10%	100%	----	----	----	----
LSD	10%	100%	----	----	----	----
Moscontin	6%	32%	----	----	----	68%
Méthadone de « rue »	1%	98%	----	1%	----	----
Médicaments stimulants	1%	99%	----	1%	----	----

A STEP, 46% de notre public déclarent faire des associations de produits. En s'appuyant sur la classification proposée par l'OFDT, on peut mettre en rapport ces associations avec leur fonction de régulation :

⇒ **Les associations qui maximisent les effets :**

Subutex + benzodiazépines (13%) Benzodiazépines + alcool (11%)
Héroïne + alcool (6%) Héroïne + cannabis (5%) Cocaïne + ecstasy (3%)

⇒ **Les associations qui équilibrent les effets**

Alcool + cocaïne/ crack (11%) Cocaïne + cannabis (7%)

⇒ **Les associations qui contrôlent les effets négatifs**

Cocaïne + Subutex (11%) Crack + substitution (30%)
Crack/cocaïne + héroïne (17%) Cocaïne + Benzodiazépines (12%)

⇒ **Les associations qui assurent une fonction de rechange**

Néocodion + alcool (6%) Subutex + alcool (9%)

Si leur usage est parfaitement légal après prescription, les médicaments, et tout particulièrement le rohypnol, posent des problèmes aussi graves que les substances illicites. En effet, ils provoquent chez leurs utilisateurs **une altération importante de leur état de conscience et les exposent davantage aux situations à risques**, ce qui peut aller jusqu'à mettre en danger leur propre vie. Sous l'effet de ces substances, les usagers sont peu sensibles aux messages de prévention, peu réceptifs à la communication et peu conscients des **complications sanitaires** accrues qu'ils encourent : problèmes cardiaques, intoxications, dépressions respiratoires, overdoses, etc.

Le développement des drogues de synthèse

Les drogues de synthèse (ecstasy, LSD) ont, pendant longtemps, été considérées comme des **substances limitées à certains contextes de consommation**, notamment ceux de la nuit et de la fête (raves, boîtes de nuit, etc.). Il ne s'agissait pas de drogues massivement diffusées dans la rue, mais, au contraire, de substances **bien délimitées à certains types de consommateurs**, des jeunes pour l'essentiel mais aussi d'autres publics « d'initiés », relativement restreints et non discriminés socialement.

De fait, au cours de nos deux premières années d'activités, les consommations de drogues de synthèse ont rarement dépassé les 2% parmi notre public, apparaissant comme des consommations plutôt rares et ponctuelles. Et pourtant, l'année dernière, l'ecstasy a fait une irruption surprenante dans les pratiques de consommation de notre public, avec 12% d'utilisateurs réguliers. L'année 1999 vient également confirmer cette tendance et laisse apparaître une stabilisation de la consommation d'ecstasy (10%) mais aussi une augmentation importante de l'usage de LSD (10%). Nous assistons ainsi à un **développement important des drogues de synthèse qui représentent aujourd'hui 20% des consommations de notre public**. La diffusion de ces substances dans des milieux socio-culturels différents et plus proches de « la rue » montrent **que les frontières, longtemps établies entre les contextes urbains et festifs, s'effritent progressivement**. Il est clair que cette diffusion a sûrement été masquée en partie par nos propres représentations et croyances au fait que nous étions peu concernés par ce type de substances et de consommateurs. Or, il nous faut intégrer aujourd'hui ces nouvelles données et développer des stratégies de prévention et de réduction des risques liés à la consommation de drogues de synthèse.

Les produits de substitution : un usage « de rue » toujours important

Avec le développement des traitements de substitution, s'est mis en place un marché parallèle, dit « de rue », se caractérisant par la vente et la consommation de produits de substitution, hors du cadre médical. Il est vrai que, du point de vue des usagers, ce marché officieux leur apporte de multiples « avantages », car il permet à beaucoup de pouvoir gérer et réguler sur le moment leur consommation de produits et, pour ceux qui n'ont pas accès à un traitement médical, il offre la possibilité de s'initier quand même aux produits de substitution.

A STEP, nous constatons ainsi, depuis quelques années, **une augmentation constante de l'usage détourné de ces produits**, qui est passé de 11% en 1996 à 35% cette année. Il s'agit essentiellement du subutex (18%) et du skénan (10%) ; le moscontin (6%) et la méthadone (1%) étant beaucoup plus rares. Les pratiques des usagers font apparaître que la voie injectable reste le principal mode d'usage de ces produits, et tout particulièrement pour le skénan (92%), le moscontin (68%) et le subutex (54%). Néanmoins de nombreux usagers alternent les différents modes d'usages par voie orale, nasale ou intraveineuse. Le subutex est certainement le produit dont les modes de consommation sont de loin les plus variés puisqu'il est également avalé (17% des cas), pris en sublingual (40%) et sniffé (7%). Cette consommation détournée de produits de substitution n'est pas sans poser des problèmes et le fait qu'un grand nombre d'utilisateurs injectent des médicaments, non destinés à l'injection, pose de graves complications sanitaires. **Il faut ici attirer l'attention sur les conséquences désastreuses de l'injection du subutex dont la forme galénique contient de l'amidon qui se dépose sur les veines des personnes qui le shootent, provoquant ainsi des dommages sanitaires graves**. Abscès, phlébites, œdèmes, scléroses des veines, septicémies, etc. sont de plus en plus fréquents et résultent directement de cet usage. Ces complications sont d'autant plus ravageuses qu'elles touchent une population déjà très vulnérable sur le plan sanitaire.

Des pratiques à risques persistantes...

Une réutilisation fréquente des seringues

On constate que la réutilisation des seringues reste une pratique courante chez les usagers de drogues puisqu'ils sont près de 54% à déclarer utiliser au moins deux fois une même seringue. Si l'on compare nos chiffres avec ceux de l'année passée, on s'aperçoit que le nombre de personnes utilisant leur seringue une seule fois se stabilise. Toutefois, il semble que l'on puisse noter une légère amélioration à travers une plus grande variation du nombre moyen d'utilisation à 2 fois.

Utilisation moyenne d'une même seringue		
Nombre d'utilisation	1998	1999
1 fois	47%	46%
2 fois	29%	35%
3 fois	15%	13%
4 fois	4%	1%
5 fois et plus	5%	5%

En comparant nos données avec celles de l'étude sur les PES déjà mentionnée, il semble que nos chiffres soient plus élevés et les pratiques de réutilisation plus fréquentes parmi notre public. En effet, les résultats de cette étude nationale montrent que 45% des UD déclarent réutiliser leurs seringues, alors que ce chiffre est de 54% à STEP. Cette différence peut s'expliquer, en partie, du fait des modes de consommations particuliers de notre public (crack) mais aussi de la précarité sociale importante qui le caractérise.

Un partage des seringues persistant

Lorsqu'une des premières études sur les modes de consommation des usagers de drogues est réalisée par l'INSERM¹¹ en 1988, on s'aperçoit que les pratiques de partage de seringues sont très élevées et varient entre 70% et 90% parmi cette population, dans un contexte où l'épidémie de SIDA est en plein développement.

10 ans plus tard, il est important de constater que leurs comportements ont largement évolué, montrant par là même que les usagers sont tout à fait capables de se responsabiliser et de réduire les risques liés à leur consommation, pour peu qu'on leur en donne les moyens concrets.

Evolution des pratiques de partage de seringues				
Au cours du dernier mois	1996	1997	1998	1999
Ont emprunté une seringue souillée	6%	6%	17%	16%
Ont prêté leur seringue usagée	7%	9%	18%	9%

Ainsi, aujourd'hui, c'est près des ¼ de notre public qui déclarent ne pas partager leurs seringues au sein de notre programme. Si l'on peut se réjouir de cette évolution, ceci ne signifie pas pour autant que les pratiques de partage de seringues aient complètement disparu. Au contraire, on constate, année après année, qu'une minorité d'usagers persistent dans leurs comportements à partager leurs seringues. A STEP, cette année, 16% de notre public affirment avoir emprunté une seringue souillée

¹¹ Drug Addicts and syringe sharing in France : Epidemiological study 1988, F. FACY, PhD, E. LE HUEDE, MA, DEA, H. D. RAMIREZ, PhD, Unit 302, National Institute of Health and Medical Research, Le Vésinet, France

au cours du dernier mois et 9% disent avoir prêté leur seringue usagée à quelqu'un. Si les pourcentages relatifs au partage de seringues (25%) a diminué par rapport à 1998 (35%), en revanche, le nombre de personnes affichant ces conduites (21%) se maintient largement par rapport à l'année dernière (18%).

Le partage du matériel secondaire

Si les risques liés au partage de seringues sont relativement intégrés par les usagers, il s'avère que **ceux liés au partage du matériel secondaire restent encore trop souvent mal connus et trop présents dans leurs pratiques.**

Partage du matériel secondaire		
Conduites à risques	1998	1999
Partage de la cuillère	49%	46%
Partage du filtre	43%	39%
Partage de l'eau de préparation	NC*	13%
Emprunt d'une cuillère à quelqu'un	NC*	23%
Partage du doseur à crack	42%	42%
Réutilisation de « vieux cotons »	39%	38%

*non comptabilisé en 1998

Les conduites de partage les plus fréquentes concernent **la mise en commun de la cuillère (46%), du filtre (39%) et du doseur à crack (42%)**. Et, ce sont précisément celles qui sont le plus à risques, notamment par rapport à l'hépatite C. Comparativement à l'année passée, une certaine diminution de ces comportements semble se dégager, même si cette tendance reste encore timide.

Des conduites sexuelles moins protégées

L'appréhension des comportements sexuels des usagers de drogues est tout à fait importante dans les stratégies de réduction des risques et de prévention du Sida et des Hépatites.

Evolution des conduites sexuelles des usagers				
Conduites sexuelles	1996	1997	1998	1999
Utilisation du préservatif	Oui 70%	Oui 59%	Oui 65%	Oui 53%
Dernière relation sexuelle en 1999				
Utilisation du préservatif	Oui 57%		Non 43%	
Type de partenaire	Régulier(e) 22%	Occasionel(le) 35%	Régulier(e) 33%	Occasionel(le) 10%

Au regard de nos chiffres, il semble que l'on puisse constater **une certaine baisse de vigilance** dans les pratiques sexuelles des usagers puisque le nombre de personnes déclarant utiliser le préservatif lors de rapports sexuels ne représente que **53%**, accusant une baisse notable par rapport à 1996. Ce chiffre s'accorde avec les données présentées dans l'étude sur les PES selon laquelle 40% des participants affirment utiliser toujours le préservatif et 10% l'utiliser souvent. Parmi ceux qui n'utilisent pas le préservatif, beaucoup avancent **le fait de vivre en couple et d'avoir une partenaire régulière**. On sait cependant que, pour certains, dans le cadre d'une relation affective, la perception du risque peut être sous-évaluée et le fait de pas utiliser de préservatif peut constituer « une preuve d'amour ». Enfin, la stabilisation de la contamination par le VIH et l'arrivée de nouveaux traitements font **qu'aujourd'hui le SIDA est perçu comme moins dangereux qu'auparavant** et cette nouvelle donne a peut-être pu jouer sur ce relâchement.

Des groupes plus exposés aux risques ?

Une vulnérabilité accrue des femmes ?

Il convient, dès à présent, de souligner que les données présentées ici résultent de la passation de notre questionnaire « de contact » auprès de 41 femmes ayant fréquenté notre local au cours de l'année 1999. Ce faible échantillon résulte d'une double tendance : une diminution de la fréquentation des femmes et une difficulté à leur faire passer les questionnaires. C'est pourquoi les informations présentées ici doivent être appréhendées avec précaution.

On remarque d'emblée que les femmes ont un profil socio-démographique différent de celui des hommes. Elles présentent une moyenne d'âge (30 ans) plus jeune qu'eux (33 ans), et des différences culturelles moins marquées. Ainsi, elles sont essentiellement de nationalité française, même si parmi elles, 22% sont originaires des pays du Maghreb, 19% d'autres pays d'Europe et 10% des DOM-TOM.

Caractéristiques socio-démographiques des Femmes en 1999							
Nationalité		Origines culturelles		Situation familiale		Provenance géographique	
Française	90%	France	49%	Célibataire	71%	Goutte d'Or	11%
		Maghreb	22%	Mariée	17%	18è arrondissement	19%
		Afrique noire	0%	Séparée	12%	Autre Paris	23%
		CEE	19%			Banlieue	27%
Hors CEE	5%	DOM-TOM	10%	Vit en couple	44%	Province	15%
				A des enfants	46%	Autre	5%
Moyenne d'âge des femmes 30 ans							

Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à vivre en couple (44%) que les hommes (24%) et ont plus souvent des enfants (46%). Elles affichent des relations de couple plus fréquentes alors que les hommes déclarent plus de situations de séparation avec leur femme ou leur concubine. Cette forte relation aux hommes de la part des femmes est, pour les plus précarisées d'entre elles, une première caractéristique de leur mode de survie dans un monde de la rue dominé par « la loi du plus fort ». Concernant leur provenance géographique, les femmes sont issues principalement de la capitale (53%) et moins souvent de banlieue (27%). Ceci diffère avec les hommes qui, eux, proviennent majoritairement de banlieue (51%).

Situation sociale des femmes en 1999										
Hébergement		Couverture sociale		Travail et autres ressources		Incarcération		Contact avec les structures		
Personnel	48%	Oui	93%	Travail oui	19%	OUI	39%			
		Dont :		Autres ressources :				Structures spécialisées	63%	
Parents.....	2%	Régime général	50%	Chômage	5%					
Ami	10%	Carte Paris Santé	32%	RMI	32%					EGO
Hôtel	30%	Carte Etat Santé	8%	COTOREP	20%					
Squat	4%	Autre	3%	Alloc. Logement	5%					
Aucun	6%			Sans ressources	18%					

Au niveau social, on observe que les femmes sont très majoritairement exclues du monde du travail et seulement 19% d'entre elles affirment avoir une activité professionnelle (contre 29% chez les hommes). Toutefois, il apparaît qu'elles accèdent à d'autres ressources, notamment le RMI (32%) et la COTOREP (20%). Il n'empêche que 18% d'entre elles sont sans ressources et doivent se débrouiller par leurs propres moyens pour assurer les besoins quotidiens.

Les femmes « en galère » ont beaucoup moins recours au « deal » ou au business que les hommes, mais bien évidemment plus fréquemment à la prostitution qui peut se traduire par le fait d'avoir des relations sexuelles contre de l'argent, de la drogue ou d'autres avantages en nature. L'étude sur les PES montre que parmi les femmes interrogées, 40% d'entre elles ont déclaré avoir des rapports sexuels de ce type, contre seulement 5% chez les hommes. Le travail sexuel constitue, bien évidemment, un facteur de vulnérabilité supplémentaire pour les femmes et les expose à davantage de risques : rapports sexuels non protégés, risques liés aux MST (Sida, hépatite B, et autres...), violence physique et psychologique, racket par les clients ou les autres usagers, dégradation de l'hygiène corporelle, problèmes gynécologiques, etc.

Concernant l'hébergement, on remarque que les femmes arrivent plus souvent que les hommes à bricoler des solutions, et de ce fait se situent moins dans des situations extrêmes qu'eux (5%). Ainsi, 49% déclarent avoir un logement personnel et 30% arrivent à s'assurer une chambre d'hôtel. Comparativement aux hommes, elles sont très peu à habiter chez leurs parents (2%), peut-être parce que les relations avec leur famille sont conflictuelles et ponctuelles, voire carrément interrompues.

Etrangement, elles affirment plus souvent que les hommes être en contact avec des structures spécialisées (64%), alors qu'elles constituent depuis longtemps une minorité en terme de fréquentation des dispositifs d'aide. Il semble que deux nuances puissent être apportées à cet élément. En premier lieu, lorsqu'on croise nos données, il apparaît que la provenance géographique est un facteur déterminant dans la mesure où les personnes issues de banlieue (en l'occurrence majoritairement les hommes) sont beaucoup moins en contact avec des structures que celles issues de Paris (majoritaires chez les femmes). Ici ce serait donc l'offre de structures, plus faible en banlieue, qui justifierait, en partie, une telle différence entre les hommes et les femmes. En second lieu, même si cet échantillon n'est pas suffisamment représentatif de la situation globale des femmes, on remarque que celles qui ne fréquentent pas d'autres structures sont, soit les plus insérées d'entre elles, soit les plus précarisées. Il semblerait donc que, pour cette dernière catégorie, d'autres facteurs interviennent et fassent obstacle à l'accès aux structures : difficulté à investir des espaces d'accueil trop fréquentés par les hommes ? Peur par rapport à la garde de leurs enfants ? Mauvaise information sur les lieux existants ? Offre de « services » non adaptée par rapport à leurs besoins ? Autres modes de survie des femmes ? La réflexion reste entière... Ceci d'autant plus que les femmes présentent une vulnérabilité sanitaire supérieure aux hommes.

Produits consommés et pratiques à risques chez les femmes										
Produits consommés				Utilisation de la seringue		Partage de la seringue	Partage du matériel	Conduites sexuelles		
Médicaments	60%	Alcool	29%	1 fois	49%	Emprunt	Cuillère	41%	Préservatif Oui 56%	
Crack	59%	Subutex « rue »	21%	2 fois	27%		16%	Filtre		34%
Cannabis	56%	Skénan « rue »	14%	3 fois	14%	Prêt	Coton	47%	Dernière relation : Préservatif 50% Partenaire occasionnel 37%	
Cocaïne	46%	Ecstasy	12%	4 fois	7%		13%	Eau		10%
Héroïne	29%	Moscontin « rue »	7%	5 fois et +	3%			Doseur		58%

Par rapport aux produits consommés, ce sont de grandes consommatrices de médicaments (60%), mais également de crack (59%). L'étude sur les PES montre que le crack est le produit qui est le plus fortement corrélé avec la prostitution. Les femmes consomment souvent pour se prostituer et se prostituent pour consommer, alternant prises de crack pour la montée, et benzodiazépines pour la descente. Le Rohypnol est souvent consommé par celles-ci car il « permet » d'altérer fortement leur état de conscience et, ainsi, de ne pas voir une réalité souvent douloureuse. Chez les femmes qui injectent régulièrement des produits, leur potentiel veineux étant très sensible et leurs veines plus petites, elles rencontrent plus fréquemment des complications sanitaires liées à l'injection: overdoses (7%), poussières (17%) et abcès (24%). Concernant leurs pratiques de consommation, elles réutilisent

majoritairement leurs seringues (51%) et adoptent des conduites de partage de matériel importantes. Ainsi, 16% d'entre elles affirment avoir emprunté une seringue usagée au cours du dernier mois et 13% l'avoir prêtée à quelqu'un. Les femmes partagent plus leur matériel avec leur entourage proche (conjoint, ami) que les hommes et semblent moins connaître les règles du « shoot à risque réduit » dans ce genre de situation (désinfection avec du parfum ou des tampons d'alcool). Les autres matériels servant à l'injection, tout comme le doseur à crack, sont bien évidemment largement partagés, avec des pourcentages variant de 10% à 58%.

Les comportements sexuels des femmes montrent que 56% d'entre elles utilisent le préservatif. Si presque toutes utilisent le préservatif avec un partenaire occasionnel, elles sont nombreuses à faire la distinction entre le travail sexuel et leur vie de couple en n'utilisant pas de préservatifs lors de leurs rapports amoureux. Or, on sait que pour une partie d'entre elles leur vie amoureuse est souvent marquée par une instabilité affective qui se traduit par un changement fréquent de partenaires, souvent usagers de drogues eux aussi.

Situation sanitaire des femmes en 1999									
Dépistage		Sérologies		Contact médecin		Substitution		Problèmes liés à l'injection	
		Prévalence VIH	19%	< 1 mois	79%	Oui	83%	Dernier mois	
VIH	100%	Prévalence VHB	10%	< 3 mois	8%	Dont :		Overdose	7%
VHB	88%	Prévalence VHC	45%	< 6 mois	5%	Subutex	39%	Poussières	17%
VHC	80%	Vaccination HB	34%	< 1 an	8%	Méthadone	22%	Abcès	24%
				+ 1 an	0%	Skénan	22%		

Concernant leur situation sanitaire, on s'aperçoit que les femmes sont plus nombreuses à se faire dépister, sûrement parce que la période de grossesse constitue un moment propice à la réalisation des tests. Ainsi, 100% des femmes interrogées déclarent avoir réalisé un test de dépistage pour le VIH, 88% pour le VHB et 80% pour le VHC. Il apparaît que les femmes ont une prévalence au VIH (19%) plus élevée que celle des hommes (17%). Par contre pour ce qui concerne les hépatites, elles affichent une prévalence au VHB (10%) et au VHC (45%) moins importante qu'eux.

Par rapport à la substitution, il semble que les femmes aient plus souvent recours aux traitements médicalement prescrits (83%). Si le subutex (39%) reste le principal produit utilisé, la méthadone (22%) et le skénan (22%) sont fortement représentés parmi cette population. Leur contact avec les médecins devient plus fréquent et elles sont 87% à avoir vu un médecin il y a moins de trois mois.

La situation des femmes apparaît très complexe en terme de prévention et de réduction des risques car celles-ci sont, d'un côté, peu présentes et peu connues des structures et, de l'autre, affichent des comportements à risques plus élevés et une vulnérabilité supérieure à celle des hommes. La nécessité de comprendre le rôle de la femme (mère, femme,), les processus d'exclusion qu'elle subit, les modes de survie qu'elle instaure, la domination exercée sur elle par les hommes s'avèrent indispensables pour essayer d'apporter de meilleures réponses à ses besoins. Il s'agit là d'un objectif que nous avons à cœur de développer.

Des jeunes plus exposés aux risques

Au regard de leurs pratiques de consommation, les jeunes de moins de 25 ans apparaissent comme un groupe vulnérable et particulièrement exposé aux risques liés à l'usage et l'abus de drogues. Si les jeunes représentent une part de plus en plus faible de notre public (7%), on ne peut pour autant en déduire une diminution de la consommation de drogues chez ce public. Selon le rapport de REYNAUD, PARQUET et LAGRUE¹², sur les pratiques addictives, de nombreuses études permettent d'affirmer que le processus de consommation de substances licites ou illicites débute de plus en plus tôt (dès 9-10 ans) et augmente surtout à partir de 15 ans. L'évolution de la consommation, lorsqu'elle doit exister, se fait surtout des drogues licites (alcool, tabac, médicaments) vers celles illicites (marijuana, cocaïne). Quant aux phénomènes de consommations abusives, ils apparaissent à la fin de l'adolescence jusqu'au seuil de l'âge adulte. **Plusieurs tendances sont observées chez cette population : l'augmentation de la consommation d'alcool et de tabac, la progression des conduites d'ivresse et le développement des polyconsommations, associant des prises d'alcool à celles de médicaments psychotropes et de produits illicites (cannabis, héroïne, LSD,).**

Si l'usage de drogues n'a pas diminué, en revanche, la diversification des produits et des modes d'usage, avec notamment le développement des drogues de synthèse, ont pu faire reculer la consommation par voie intraveineuse parmi les jeunes. Ceci pourrait expliquer, en partie, la baisse constatée du nombre de personnes de moins de 25 ans fréquentant notre PES.

Le profil que nous présentons ici porte sur un échantillon de 21 jeunes UD qui ont accepté de répondre à notre questionnaire cette année. Etant donné ce faible nombre, nous n'avons pas souhaité présenter de tableaux chiffrés car ceux-ci ne seraient pas suffisamment représentatifs de leur situation. De ce fait, nous avons essayé de dégager seulement des grandes tendances.

Les caractéristiques socio-démographiques des jeunes se rapprochent de celles de notre population générale. Ils sont en grande majorité de nationalité française, et parmi eux, la moitié sont originaires des pays du Maghreb, un tiers de la France et le reste des autres pays européens. Leur situation familiale montre qu'ils sont plus souvent célibataires, même si certains vivent en couple depuis plus de six mois et quelques-uns ont des enfants. Concernant leur provenance géographique, on constate qu'ils sont principalement issus de banlieue et de Paris intra-muros, avec une proportion non négligeable de personnes venant du 18^e arrondissement.

Leur situation sociale montre, par contre, une plus grande précarité que celle du reste de notre population. Si un tiers d'entre eux habitent encore chez leurs parents étant donné leur jeune âge, ils sont en revanche peu nombreux à avoir un logement personnel, et la plupart sont dans des situations d'hébergement précaires, avec des solutions « bricolées » à court terme (ami, hôtel, squat) ou pire, sans d'autres recours que la rue. Comparativement aux plus anciens, ils sont moins nombreux à avoir une couverture sociale et affichent une plus grande difficulté à accéder à leurs droits sociaux. Là encore, ils sont largement exclus du monde professionnel et seul un quart de cette population a un travail. Leur jeune âge ne leur permet pas toujours d'accéder aux minima sociaux. C'est pourquoi très peu ont accès aux prestations sociales, le reste étant sans ressources et devant apprendre à se débrouiller seuls.

Les jeunes « en galère », qui ne connaissent pas encore les règles et les codes de la rue, se font plus facilement manipuler ou arnaquer par les anciens et se mettent plus rapidement dans des situations à risques pour subvenir à leurs besoins. La prostitution, qu'elle soit féminine ou masculine, est également plus répandue dans ce groupe, avec souvent une méconnaissance des risques qu'ils prennent. Malgré leur jeune âge, ils sont déjà plus de la moitié à avoir été incarcérés.

¹² Les pratiques addictives, Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives M. REYNAUD, P.J. PARQUET, G. LAGRUE, Odile Jacob, Paris, 2000

En effet, hors du monde du travail, isolés de leur cellule familiale, et coupés des structures d'aide, ils se retrouvent dans une situation de « no man's land » obligés pour assurer leur survie d'avoir recours à des pratiques illégales. Ainsi, ils fréquentent moins souvent les structures spécialisées que le reste de notre population. Le fait qu'ils soient encore au début de leur parcours de consommation abusive de produits, peut provoquer une situation où ils ne se reconnaissent pas encore comme un « toxico » susceptible de fréquenter les dispositifs spécialisés.

Les produits qu'ils utilisent sont, là encore, bien spécifiques à cette jeune population. Le **cannabis** arrive en première position dans leurs pratiques d'usage. Il est rarement consommé seul, mais plus souvent en association avec d'autres substances, notamment l'**alcool** et les **médicaments** (subutex compris). Le crack et la cocaïne sont également très représentés avec une large majorité de consommateurs. Par rapport au reste de notre public, on observe **une surconsommation du subutex qui**, si l'on comptabilise son usage « de rue » et celui médicalement prescrit, **concerne la presque totalité des jeunes**. Un bon nombre d'entre eux nous ont rapporté avoir été initialisés aux opiacés, non plus par l'héroïne, mais directement par le subutex. Il est à noter également une importante consommation « de rue » de ce produit chez les jeunes. Les médicaments, et essentiellement les benzodiazépines, restent très présents (1/3 des cas), tout comme l'alcool (1/3 des cas). On s'étonnera moins du développement des drogues de synthèse dans leurs pratiques, avec le LSD et l'ecstasy.

Les modes d'usage des jeunes consommateurs font **apparaître des pratiques à risques beaucoup plus élevées que celles de leurs aînés**. Ainsi, ils sont presque la moitié à affirmer réutiliser leurs seringues 3 fois et plus, 1/3 à déclarer avoir emprunté une seringue usagée récemment, et 1/5 à avoir prêté leur seringue sale à quelqu'un. Le matériel secondaire servant à l'injection est lui aussi fréquemment partagé (cuillère 1/2, filtre 1/2), de même que l'eau de préparation (1/3) ou le doseur à crack (1/3). De par leur entrée récente dans la toxicomanie, **il semble que les jeunes n'aient pas toujours intégré les techniques de shoot et méconnaissent les règles d'hygiène de base** liées à cette pratique. De ce fait, ils sont largement plus nombreux à déclarer des complications sanitaires liées à l'injection : poussières, abcès, overdoses.

Concernant leur situation sanitaire, on constate que le dépistage est moins intégré dans leurs pratiques même si 8/10 déclarent avoir fait pratiquer un test pour le VIH, et 7/10 pour les hépatites B et C. La prévalence au VIH se situe à 10% parmi cette population et apparaît moins élevée que chez les plus vieux, qui ont largement débuté leur consommation avant 1987 (décret Barzach). Concernant les hépatites, on observe chez les jeunes adultes une prévalence de 15% pour le VHB et de 43% pour le VHC qui semble comparable au reste de notre public. Toutefois, le fait qu'un plus grand nombre d'entre eux ignore encore leurs sérologies aux hépatites laisse supposer une évolution à la hausse. Là encore, cette jeune population semble avoir un suivi médical moins fréquent et seule la moitié d'entre eux déclare avoir vu un médecin il y a moins d'un mois. Bien sûr, la substitution a largement permis de renforcer les liens entre les jeunes usagers et les médecins. Et, aujourd'hui 6/10 déclarent avoir un traitement de substitution médicalement prescrit. Le subutex prédomine largement les produits dispensés lors de ces traitements, sûrement parce qu'il reste le plus facilement accessible par rapport à la méthadone ou le skénan .

Au terme de cet aperçu du profil des jeunes usagers de drogues, il apparaît clairement que des stratégies de prévention plus ciblées sur cette population doivent être développées, **notamment en renforçant l'information sur la réduction des risques mais aussi en favorisant des liens avec les structures adaptées à leurs besoins**.

Deuxième chapitre

De la prévention des risques

à la

réduction des dommages

De la prévention des risques à STEP

I. Du concept de prévention des risques

Le champ des drogues est, depuis sa jeune histoire, **dominé par une approche médicale**. La « toxicomanie » étant représentée comme le résultat d'une intoxication à un produit, seuls le soin et la rupture avec les consommations antérieures pouvaient réinscrire les personnes dans une vie harmonieuse. Dans ce cadre théorique, **la prévention** a été définie selon trois niveaux :

- **la prévention primaire**, qui vise à éviter la rencontre avec le produit et l'initialisation de l'usage
- **la prévention secondaire**, qui a pour objectif, une fois l'usage installé, de traiter la pathologie et d'arrêter la consommation de produits
- **la prévention tertiaire**, qui doit permettre d'éviter les rechutes, de maintenir l'abstinence et de réinscrire les personnes dans une vie sociale.

Le concept de prévention est actuellement en pleine évolution. En effet, ce modèle théorique a été peu concluant et ne prenait pas suffisamment en compte l'ensemble des **déterminants sociaux, culturels, biologiques, psychologiques**, etc. liés à l'usage de substances. Par ailleurs, les comportements de consommation, en pleine transformation, montrent l'**importance croissante des comportements d'usage et d'usage dommageable, et non pas seulement de dépendance**. Enfin, on assiste à une diversification des produits consommés et un développement des phénomènes de polyconsommation englobant les substances licites et illicites.

Dès 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé¹³ fait une distinction entre les différents types de consommation se déclinant en terme d'usage ou d'abus de drogues. Elle propose également une approche se référant à la notion de santé, qui selon elle, se définit comme la **résultante de déterminants biologiques, psychologiques, culturels, économiques et sociaux**. Pour mener des actions de prévention en matière de santé, il convient donc d'agir sur l'ensemble de ces déterminants.

Plus récemment, dans son rapport *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, P.J. PARQUET¹⁴ met en avant **la nécessité de passer du concept de maladie au concept de santé** et de travailler à la fois **sur les déterminants et les facteurs à l'œuvre dans la genèse des comportements pathologiques ou déviants**, sur ces comportements eux-mêmes, ainsi que sur le fonctionnement global de l'individu dans ses dimensions bio-psycho-sociales. Selon lui, la prévention doit s'attacher à repérer les déterminants de causalité, les facteurs de vulnérabilité propres aux individus et les facteurs de protection susceptibles de renforcer la capacité du sujet à s'autoprotéger. Cette approche met l'accent sur **les compétences des personnes à recouvrer leur santé et à gérer l'ensemble de leur vie**.

Par ailleurs, il précise que les comportements de consommation se distinguent en **différents types d'usage : l'usage simple, l'usage abusif et la dépendance**. Cette distinction nouvelle permet alors de **regrouper l'ensemble des substances psychoactives** dans une même catégorie, car celles-ci, non seulement, agissent sur un ou plusieurs neuromédiateurs modifiant le comportement mais aussi

¹³ L'abus des drogues Prévention et Lutte, Organisation Mondiale de la Santé, 1991

¹⁴ Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, Rapport du Pr P.J. PARQUET, dossiers techniques, éditions du CFES, Paris 1998.

entraînent des comportements de dépendances avec les mêmes caractéristiques cliniques et les mêmes mécanismes neurobiologiques.

Dès lors la prévention des risques revient à :

- promouvoir des comportements favorables à la santé
- permettre à l'individu de retrouver une place dans la société
- agir sur l'opinion publique pour modifier les représentations sociales
- prendre en compte l'ensemble des comportements de consommation
- empêcher ou reculer dans le temps l'initialisation de la consommation
- éviter le passage de l'usage à l'usage nocif, et de l'usage nocif à la dépendance
- rendre la personne capable de ne pas consommer
- rendre la personne susceptible de gérer une consommation
- mettre en œuvre une politique de réduction des risques
- rendre la personne capable de recouvrer sa santé et d'utiliser les dispositifs d'aides

Plus précisément, à STEP, la prévention des risques se concrétise par:

- l'inscription du programme dans l'environnement où naissent les consommations de produits
- le travail sur les représentations sociales de la communauté pour produire une autre compréhension du phénomène de la « toxicomanie » et du « toxicomane »
- la participation au développement social de l'environnement local
- la création d'un lien social avec les usagers de drogues qui participe à la reconstruction d'une identité sociale et citoyenne
- le développement des facteurs de protection à travers la participation des usagers de drogues à la dynamique de l'action
- la responsabilisation des personnes sur leurs comportements d'usage
- la création de passerelles vers les autres structures et réseaux de droit commun
- la prévention du passage de l'usage à l'usage nocif, et de l'usage nocif à la dépendance
- une approche à la fois sociale et sanitaire des problèmes rencontrés par les usagers
- la création des conditions nécessaires pour faciliter l'accès à la prévention
- des réponses basées sur la promotion sociale de la personne et non pas seulement sur la réparation palliative

L'ensemble de ces questions va être examiné au prochain chapitre.

II. Les conditions nécessaires Pour faciliter l'accès à la prévention

Quelques principes de fonctionnement

◆ Le principe de la continuité

Pour qu'une action de prévention soit tout à fait efficace, il est préférable qu'elle ne soit pas ponctuelle, mais qu'elle s'inscrive **dans la durée et la continuité**. C'est pourquoi, nous avons fait le choix d'ouvrir notre programme 7 jours sur 7, 365 jours sur 365. En effet, il s'agit de renvoyer aux usagers que la prévention des risques est **une attention permanente qui ne doit s'arrêter, ni les week-ends, ni les jours fériés** (moment où les risques sont démultipliés du fait de la fermeture des structures). Ceci a l'avantage de transmettre des repères clairs, faciles à intégrer par les usagers qui savent qu'ils peuvent se procurer du matériel chaque soir de la semaine. Cette habitude s'inscrivant dans la durée, permet également aux personnes de transformer cette démarche **en un comportement réel et constant, totalement intégré dans les pratiques**.

◆ Le principe de la complémentarité

Dans un souci de cohérence avec nos partenaires locaux (La Boutique, le Bus de Médecins du Monde) et les pharmaciens du quartier, nous avons décidé d'ouvrir notre programme **au moment où ceux-ci sont fermés**. En effet, il importe, pour nous, **d'être en complémentarité avec les dispositifs existants**, et de venir en relais, le soir, pour assurer l'accès au matériel sur notre quartier. Tout particulièrement, il nous semble indispensable que les pharmaciens ne se désinvestissent pas de leur rôle d'agent de santé à l'égard des usagers de drogues auprès des structures spécialisées, car ceci ne ferait que renforcer la mise à l'écart de cette population des espaces de droit commun. A un niveau plus général, il importe de **trouver les articulations nécessaires avec les autres acteurs locaux** pour offrir aux UD un accès au matériel de prévention le plus large possible.

◆ Le principe de l'accès « bas seuil »

Le fonctionnement de notre programme est celui **d'un accueil « bas seuil », c'est-à-dire sans motivation d'abstinence, ni conditions d'accès**. Tout le monde peut entrer dans le local, la porte est grande ouverte. Ici, il n'y a pas de sélection à l'entrée, pas de nombre restreint d'usagers à l'intérieur, pas de file d'attente, pas de rendez-vous individuels. L'accueil a été pensé de façon à être le plus informel possible et le plus en proximité avec notre public. La convivialité et l'humour sont toujours là pour dédramatiser les situations d'extrême difficulté. Pour autant, il s'agit d'un espace avec des règles de vie collective : ici, on ne doit pas trafiquer ni consommer des produits (licites ou illicites) et respecter autant les accueillis que les accueillants. Une fois ces principes de base posés, **les règles de fonctionnement ont été définies de façon à permettre à chacun de se les approprier et elles sont en permanence négociées et réévaluées avec eux**. A STEP, jamais personne n'a été exclu du programme, même si certains ont pu avoir des comportements violents ou problématiques. Nous considérons que, pour beaucoup, les structures en première ligne, comme les nôtres, sont souvent les seuls espaces de sociabilité « hors la rue » qui restent aux UD, et qu'il faut apprendre à responsabiliser ceux-ci sur la gestion du lieu.

Les temps de l'accueil

◆ Un accueil de nuit

La nuit n'est pas n'importe quel temps de la journée. C'est celui où il va falloir trouver n'importe quelle combine pour avoir de l'argent, marcher parfois très longtemps pour trouver un dealer, consommer encore et encore pour tenir toute la nuit. La nuit, c'est le moment où l'on est seul, où tout est fermé, presque calme, et pourtant il faut redoubler de vigilance car dans le monde de la rue, la nuit, tout peut arriver et très vite : une arnaque, une bagarre, la police, un mauvais coup, un malaise... **C'est aussi le moment où l'on se sent le plus vulnérable, le plus exclu du monde, sans endroits où pouvoir aller pour se poser.**

Ouvrir un programme d'échange de seringues dans les premières heures de la nuit visait bien évidemment à répondre aux besoins des usagers à ce moment particulier.

Toutefois, l'équipe a dû, elle aussi, apprendre à gérer un accueil de nuit, ceci d'autant plus **que les permanences sont tenues par deux personnes seulement.** Ainsi, la tension de la rue, l'urgence de la consommation, l'extrême des situations sont renforcés. Pour peu qu'une situation d'urgence se présente (bagarre entre usagers, malaise, etc.), et l'équipe peut se trouver facilement isolée dans la gestion du problème. Il nous a donc fallu **apprendre les limites de nos compétences** et savoir faire le relais avec d'autres intervenants (pompiers, police, urgences de l'hôpital).

◆ L'adaptation à la temporalité de l'urgence

La précarité des modes de vie des UD, ajoutée à la consommation de crack, induisent chez cette population **une perception du temps différente, basée sur la notion de l'urgence.** En effet, il s'agit de trouver, chaque jour, de quoi subvenir à ses besoins quotidiens et d'envisager une solution éventuelle pour se nourrir ou dormir quelque part. Les UD ont des rythmes de vie axés sur l'urgence laissant peu de temps aux besoins vitaux. Ces modes d'organisation du quotidien **empêchent, au moins momentanément, les personnes de s'inscrire dans des perspectives de vie à moyen ou long terme.** La prise en compte de cette temporalité de l'urgence est donc au cœur de notre action. En effet, il importe d'accompagner les personnes dans leur consommation en essayant de minimiser les risques, jusqu'à ce qu'elles soient capables d'envisager autre chose. Permettre aux personnes de conserver leur santé malgré leur usage, maintenir un lien social autre que celui de la rue avec ce public, offrir un accès continu au matériel d'injection, lutter contre le sida et les hépatites, informer les personnes sur leurs droits sociaux, sensibiliser aux messages de réduction des risques ... constituent nos objectifs de travail quotidien. Il s'agit de **se situer là où en sont les personnes, de prendre en compte les rythmes et les possibilités de chacun, d'attendre le temps nécessaire à l'émergence d'autres perspectives.** Encore aujourd'hui, le travail dans l'urgence n'est pas toujours considéré comme une activité légitime car, selon certains, il ne ferait que maintenir les personnes dans leur situation de consommation. C'est pourquoi il nous semble nécessaire **de réhabiliter le sens noble de ce travail,** car il nous apparaît plus important de promouvoir la santé des personnes, et ce faisant de les maintenir en vie, que de soigner à tout prix leur toxicomanie, sachant que tous n'en sont pas forcément capables.

◆ Les temps de passage

STEP est un lieu de passage, où l'espace d'accueil est délimité par un large comptoir. Il ne s'agit pas d'un lieu où l'on fait du suivi individuel, social ou sanitaire, mais plutôt d'un dispositif d'information et d'orientation en première ligne, qui se situe en complémentarité avec l'accueil d'EGO. Les temps de passage sont très variables, d'un individu à un autre, et d'une soirée à une autre. Il y a des personnes qui ont souvent déjà vu leur dealer, et qui arrivent très pressées, échangent un bonjour furtif, et prennent leur matériel en repartant aussi vite. A l'opposé, on trouve ceux qui ne vont pas bien, qui ont envie de parler et qui aimeraient rester des heures entières avec les accueillants, loin du stress de la rue. Enfin, il y a les autres, ceux qui ramènent leurs seringues usagées, qui posent des questions sur leur santé, qui demandent les dernières parutions de journaux de prévention et qui ont la possibilité d'avoir une existence sociale hors de la rue. Il faut **savoir gérer ces différents temps de l'accueil,** rappeler aux uns qu'il n'y a « pas le feu » pour essayer de leur glisser des messages de prévention et

limiter l'investissement des autres dans leur besoin d'écoute et de reconnaissance. L'accueil de STEP permet la prise en compte des temporalités de chacun mais il importe d'adapter celles-ci aux objectifs de prévention et de réduction des risques du programme.

Un dispositif ouvert sur l'extérieur

◆ La transparence du lieu

Pour qu'une action de prévention soit vraiment efficace, il importe de créer les conditions nécessaires d'une inscription favorable au sein de l'environnement dans lequel elle se développe. En effet, si du fait de son implantation proche, une structure provoque les résistances et l'opposition de la population, elle risque de générer des réactions de rejets et d'exclusion par rapport aux usagers de drogues qui fréquenteront ce programme. C'est pourquoi nous avons fait le choix de la transparence, en aménageant une vitrine qui laisse visible l'intérieur du local. Tous les fantasmes que peut susciter une telle structure auprès de la population, ont ainsi été amoindris par le fait de voir réellement ce qui se passe à l'intérieur. Ceci a permis de créer les conditions pour que les habitants connaissent et pénètrent dans cet espace mais aussi pour qu'ils s'approprient le programme dans leur environnement propre. De même, le fait qu'il n'y ait pas de frontière symbolique entre le « dedans » et le « dehors » montre que STEP n'est pas un projet en marge de la vie sociale, ni un espace fermé sur lui-même mais au contraire, un lieu ouvert sur l'extérieur, visiblement enraciné dans son environnement.

◆ La fréquentation du local par d'autres publics

Cette ouverture sur l'extérieur se concrétise par le fait que notre programme n'est pas fréquenté uniquement par des usagers de drogues. En effet, STEP est identifié comme un lieu de prévention SIDA/hépatites et nombreux sont ceux qui l'utilisent comme tel. Ainsi en 1999, nous avons pu comptabiliser plus de 2276 passages de personnes non consommatrices de drogues qui sont venues soit pour des informations sur le SIDA ou les hépatites (adresses de CDAG, modes de contamination, etc.), soit pour se procurer des préservatifs et du gel lubrifiant. Parmi ce public non UD, on trouve de nombreux jeunes du quartier, des habitants des alentours, des prostituées, des homosexuels, ou même de simples passants curieux de connaître la nature de notre travail. Cette fréquentation hétérogène permet de faire se côtoyer dans un même lieu des usagers de drogues et des personnes du quartier, de favoriser des échanges de paroles dans un respect mutuel, de faire tomber de part et d'autre des préjugés négatifs. Loin d'être un lieu « ghetto », STEP au contraire vise la création de liens entre les UD et leur environnement en favorisant l'émergence d'un autre regard chez les uns et les autres, et en produisant ainsi un changement des représentations sociales indispensable à la prévention des risques. En effet, nous pensons que changer le regard de la population sur les personnes consommatrices de drogues signifie objectivement ouvrir les possibilités de leur acceptation sociale

◆ La médiation avec l'environnement proche

Nous savons que l'implantation d'un PES sur un territoire n'est pas sans conséquences pour l'environnement proche du local et peut générer des nuisances éventuelles auprès des habitants. C'est pourquoi un travail de médiation est réalisé pendant les permanences pour éviter la constitution de groupes à l'extérieur du local, essayer de faire que les usagers n'aillent pas s'injecter dans les cages d'escaliers environnantes, et sensibiliser ceux-ci afin qu'ils ne jettent pas leurs seringues sur la voie publique. Malgré notre vigilance, il arrive que des habitants viennent à STEP pour nous faire part d'une situation difficile rencontrée avec un usager. Dans ce cas, leur point de vue est pris en compte avec intérêt car ces besoins nous semblent également légitimes et importants. C'est pourquoi à chaque fois, nous avons essayé de trouver une solution de compromis entre l'habitant et l'usager. Même si celle-ci n'est que temporaire, le simple fait pour les habitants, de savoir qu'ils peuvent venir expliciter leurs problèmes contribue énormément à réguler l'apparition de conflits et de tensions. Ce travail de médiation sociale constitue pour nous une alternative pertinente par rapport aux demandes de types « sécuritaires » et montre qu'on peut gérer autrement les problèmes entre habitants et UD.

III. La construction d'une relation sociale avec les usagers de drogues

Les spécificités d'une équipe communautaire

◆ L'hétérogénéité des savoirs représentés

La première caractéristique de l'équipe de STEP est l'**hétérogénéité de ses profils et de ses savoirs**. La volonté d'assurer les permanences d'accueil par un tandem homme – femme repose sur le constat que l'homme et la femme n'ont pas le même rôle symbolique dans les situations d'accueil, et tout particulièrement de crise. En effet, dans les moments de forte tension, l'homme peut renvoyer plus facilement l'image de la confrontation « virile », tandis que la femme se situe plus sur le registre de la médiation et la négociation. Au delà de la parité sexuelle, la **diversité des origines culturelles** représentées est également un facteur important dans la construction de la relation avec notre public. Le fait d'avoir dans l'équipe des personnes ayant des profils culturels proches de ceux de notre public facilite beaucoup la communication, la compréhension des problèmes liés à des cultures différentes, la proximité, et la régulation des tensions ou conflits. De fait, coexistent au sein de notre équipe deux types de savoirs complémentaires :

- ⇒ **des savoirs « culturels »**, qui se réfèrent à l'appartenance à un quartier : connaissance de son tissu social, de ses habitants, de ses codes socio-culturels, de ses réseaux de sociabilité, de ses problèmes ou difficultés sociales, de son histoire, des difficultés posées par le trafic dans le quartier, des lieux de vie « en marge », de ses ressources, etc.. Ces savoirs favorisent la légitimation de l'action dans son environnement.
- ⇒ **des savoirs « techniques »** liés à des domaines de connaissances formalisées : compétences sanitaires, compétences sociales, compétences méthodologiques, etc. Ces savoirs sont nécessaires dans l'accompagnement et la mise en œuvre de l'action.

Si chaque membre de l'équipe est plus porteur d'un type de savoirs de par son parcours personnel, il n'en reste pas moins que dans le déroulement de l'action **ces savoirs doivent être partagés** et chacun doit s'appropriier l'ensemble des connaissances nécessaires à l'accomplissement de son rôle.

◆ Les caractéristiques de l'intervenant communautaire

L'agent communautaire est un intervenant qui a un profil spécifique. Selon la recherche – action réalisée à EGO par Véronique GUIENNE et François JACOB et nommée *Evaluation et transférabilité des acquis des expériences de travail communautaire*¹⁵, on peut mettre en évidence ses différentes caractéristiques:

⇒ **Croyance et militantisme**

La construction communautaire est une démarche fondamentalement politique, au sens où il s'agit de permettre à la communauté de **réinvestir des espaces de citoyenneté et d'appartenance à la « cité »**. C'est pourquoi l'intervenant communautaire est d'abord motivé par ses propres croyances, par sa conception de l'individu et d'un idéal de la société. Un

¹⁵ Evaluation et transférabilité des acquis des expériences de travail communautaire, Véronique GUIENNE et François JACOB, Pluralité, Recherche – action réalisée en collaboration avec l'association EGO, 1994.

certain nombre de valeurs communes guident l'action : promotion des droits de l'homme, solidarité, conscientisation¹⁶, citoyenneté, partage, respect de la différence, mobilisation, autonomisation, démocratie, utopie, égalité, etc. Le militantisme et l'adhésion à l'ensemble de ces valeurs permet à l'intervenant communautaire de donner **du sens à sa pratique** et de s'investir de façon personnelle dans le déroulement de l'action.

⇒ **Implication personnelle et évolution personnelle**

Dans la construction communautaire, chacun est **investi de façon personnelle** à partir de ce qu'il est, avec ses capacités et ses insuffisances, avec ses qualités et ses défauts, avec ses envies et ses doutes. Dans cet espace où le cadre est ouvert et en mouvement, il appartient à chaque intervenant de trouver sa place à partir de son expérience et en accord avec le projet communautaire. La transversalité qui caractérise cette démarche **favorise la valorisation des savoirs de chacun**, qu'ils soient culturels, techniques ou empiriques, et le transfert des connaissances entre chaque membre de l'équipe. Il en résulte un processus de promotion collective qui passe par une évolution personnelle et professionnelle de chacun. La formation - action est à ce titre un outil privilégié du développement et de la réactualisation des connaissances en fonction des évolutions de terrain.

⇒ **Fonctionnalité et polyvalence**

Les fonctions sont définies par rapport **aux besoins d'organisation** de l'action et non pas en terme de pouvoir hiérarchique. Elles correspondent à un ensemble d'activités nécessaires au déroulement de l'action (accueil, direction, coordination, etc.). Si chacun a des fonctions particulières, il n'y a pas, en revanche, de normes prédéfinies auxquelles il faudrait se plier et se confondre. Et, chacun peut investir celles-ci en fonction de ce qu'il est. Par ailleurs, **les fonctions ne sont pas cloisonnées** les unes des autres et chacun doit **acquérir la polyvalence** nécessaire par rapport à son propre rôle mais également par rapport à la globalité du projet.

⇒ **Professionalité**

Le travail communautaire ne s'appuie pas seulement sur les compétences ou savoirs des personnes mais avant tout **sur leur capacité personnelle à s'investir dans l'action**. En effet, il suppose la capacité à s'adapter à une professionnalité nouvelle où le professionnel n'est plus celui qui va déterminer l'action mais **être un accompagnateur dans son déroulement** et sa mise en œuvre. Cette professionnalité particulière nécessite **la reconnaissance de savoirs et savoir-faire nouveaux**, informels et mobilisables au sein de la communauté. C'est à partir d'un savoir nouveau issu des savoirs existants, celui des professionnels, des populations et des usagers, que cette nouvelle professionnalité peut se construire.

⇒ **Capacité de conceptualisation et de méthode**

Le travail communautaire est un mode d'intervention sociale qui s'appuie **sur une méthodologie très précise**. C'est pourquoi il importe que l'agent communautaire s'approprie les éléments de conceptualisation et de méthode nécessaires à l'éclairage de sa pratique. En effet, la méthode est ce qui donne un cadre à la diversité des synergies et la pratique ne peut se construire que par **un va-et-vient permanent entre la théorisation et l'action**. L'agent communautaire doit donc acquérir les méthodologies liées à l'évaluation, au diagnostic, aux pratiques de réseaux, au développement de projet, au travail de rue et de médiation, aux actions participatives, etc.

¹⁶ La notion de conscientisation développée par Paolo FREIRE consiste en un processus de prise de conscience par la communauté de sa « situation problème » (ou encore d'opprimé) mais aussi de sa capacité à agir en vue de transformer celle-ci et changer les rapports sociaux.

La construction d'une relation transversale avec les UD

La démarche communautaire initie une professionnalité nouvelle qui se caractérise par une relation transversale avec notre public. Contrairement au cadre institutionnel classique où l'intervenant est le seul à détenir le « savoir » nécessaire à l'élaboration de réponses, créant ainsi une situation de dépendance à son égard, l'agent communautaire vise, lui, à **permettre aux personnes de retrouver une place, la plus égalitaire possible, dans la prise en charge de leurs difficultés et la recherche de solutions**. Il s'agit de favoriser le partage de pouvoir entre intervenants et usagers, notamment à travers le **partage des connaissances, la démystification du rôle des experts, et la valorisation du potentiel des individus**.

C'est pourquoi à STEP nous ne considérons pas les personnes comme des « toxicomanes », mais avant tout comme **des individus** qui dans leur parcours personnel peuvent avoir un problème d'usage ou d'abus de drogues. Trop souvent l'étiquette de « toxicomane », sans cesse renvoyée par les institutions, se substitue à l'identité sociale des personnes, comme si cet attribut suffisait à les caractériser dans leur globalité. C'est pourquoi **il importe de créer une relation d'individu à individu**, tant du côté des usagers que du côté de l'équipe. Ainsi, les accueillants sont là également en tant que personnes avec leurs différences, leur caractère, et chacun a sa propre façon d'accueillir, son approche particulière des gens, sa façon de s'exprimer, etc. Cette hétérogénéité des postures professionnelles permet de proposer **différents types d'interlocuteurs possibles** et favorise une plus **grande diversité des interactions** avec le public accueilli.

Là encore, l'équipe n'est pas dans une logique de prestation de « service » mais dans une dynamique d'échange et de partage avec les personnes qui fréquentent le lieu. A travers des discussions informelles, il s'agit de solliciter la connaissance des usagers sur les produits consommés, les façons d'injecter les différents produits, les risques inhérents aux pratiques, le monde de la rue, les « galères » rencontrées, les problèmes avec la police, les arnaques, les violences physiques ou psychologiques, la fatigue et l'épuisement, etc. De même, tout ce qui concerne le fonctionnement du programme, la qualité du matériel distribué, les horaires d'ouverture, les problèmes avec le voisinage, etc. sont abordés avec eux et soumis à leur avis. Un « cahier des suggestions » est également mis à disposition pour tous ceux qui ont envie de s'exprimer sur un problème précis ou qui ont des « choses à dire ». Dans cette relation, **les usagers sont des partenaires à part entière qui ont des ressources et un potentiel sur lesquels doit s'appuyer notre intervention**.

Ici les accueillants sont là pour partager avec les usagers les connaissances nécessaires pour qu'ils puissent eux-mêmes prendre en charge leurs difficultés et leurs problèmes sociaux ou sanitaires. Il ne s'agit pas de dire ce qui est « bien » ou ce qui est « mal », mais de **susciter une dynamique d'auto-responsabilisation des usagers** pour prévenir les risques et réduire les dommages liés à leur consommation de produits. Cela passe par une prise de conscience de leurs capacités à prendre en main leur santé et leurs difficultés sociales, même s'il faut du temps et de la persévérance pour certains. Globalement, nous observons que les gens sont soucieux d'eux-mêmes, même s'ils sont momentanément dans une dynamique d'usage abusif de produits, et que, dès lors qu'on leur en donne les moyens concrets, ils sont tout à fait capables de faire évoluer leurs comportements d'une façon favorable.

STEP offre donc un **cadre relationnel qui n'enferme pas l'utilisateur dans une étiquette de « toxicomane »** mais, tout au contraire, vise à promouvoir l'identité sociale des personnes comme **des citoyens responsables**.

Les principes éthiques liés à notre pratique

■ Le respect de la personne

C'est à partir du respect de la personne, de ses désirs et de ses possibilités que tout travail de prévention des risques et de réduction des dommages peut se construire. Il s'agit de prendre en compte **l'individu dans sa globalité**, son parcours, ses capacités, son rythme de vie, ses possibilités mais aussi ses limites, ses peurs, ses angoisses, ses résistances. Il faut savoir faire avec **les rythmes de chacun, leur contexte de vie et prendre le temps nécessaire** à l'évolution des comportements. Pour cela, il est important de comprendre l'état personnel de chacun sur le moment, qu'ils soient fatigués et qu'ils n'aient pas envie de parler, que la galère et la violence de la rue s'expriment à travers « un coup de gueule », que la course aux produits rende les gens moins sensibles aux messages de prévention, ou enfin, qu'ils ne soient pas prêts à aller à l'hôpital même s'ils ont un problème de santé. Toutes ces attitudes ne signifient, en aucun cas, une démission de notre part face aux problèmes, **mais bien la prise en compte de tout ce qui constitue la globalité de l'individu.**

■ Le non jugement sur la consommation de produits

Les représentations sociales et les valeurs véhiculées par notre société contribuent à « diaboliser » la consommation de drogues et érigent l'abstinence comme la seule alternative possible et souhaitable dans ce domaine. Ces images symboliques, sans cesse renvoyées aux usagers, finissent par être intégrées par eux, provoquant ainsi **un phénomène de culpabilisation très important**. Les personnes se sentent « coupables » de consommer des drogues, et ceci d'autant plus lorsqu'elles n'ont pas réussi à arrêter leur usage. Lorsqu'on est accueillant dans un programme d'échange de seringues, il est **essentiel de pouvoir « déconstruire » ces discours moralisateurs** auprès des personnes qui fréquentent le lieu. En effet, ceci constitue la condition première pour pouvoir instaurer une relation authentique, sans honte, ni tabous, où les gens puissent s'exprimer sur leur consommation, leurs pratiques, etc. Et, c'est à partir de cette dédramatisation qu'un véritable travail de prévention peut se construire.

■ L'acceptation de l'usage de produits

Travailler dans le domaine de la réduction des risques suppose **l'acceptation de l'usage de drogues** et la prise de distance avec la logique de l'abstinence. En effet, il s'agit de comprendre que des personnes ne soient pas **en capacité d'arrêter leur usage de substances et de respecter leurs choix**, même si ceux-ci peuvent avoir des conséquences non négligeables sur leur santé. C'est pourquoi il nous a fallu, nous acteurs de prévention, apprendre à gérer nos frustrations face à des situations difficiles, où l'on peut être tenté de proposer des « breaks », mais qui finalement ne sont le résultat que de nos propres envies. A travers notre pratique, nous avons constaté combien ces attitudes, mêmes involontaires, ne faisaient que culpabiliser les personnes encore plus et biaisaient nos messages de prévention. Travailler dans un PES exige, encore plus que tout autre lieu, un positionnement clair des intervenants sur cette question et des objectifs précis visant à accompagner l'usage et à en réduire les dommages inhérents.

■ La réponse à l'urgence comme une pratique noble

Le travail dans l'urgence a bien sûr tout son intérêt, mais aussi ses limites qu'il faut savoir accepter comme conditions sine qua non de notre activité. Quand on est quotidiennement confronté à la précarité, et à ses conséquences sociales ou sanitaires, il peut paraître frustrant de limiter son intervention à la « seule » offre de matériel de prévention. Ou encore, le fait de ne pas réaliser de suivi individuel à STEP peut sembler regrettable quand on sait que beaucoup ne fréquentent pas d'autres structures. Et pourtant, nous avons appris avec le temps toute l'importance d'apporter des réponses dans l'urgence, qui aident « simplement » les personnes à survivre jusqu'au lendemain, à éviter les abcès, les hépatites, le Sida, les endocardites, les overdoses,... et finalement à maintenir les gens en vie, au moins jusqu'à ce qu'ils soient capables d'autres choses. Et, cela représente pour nous des enjeux qui sont loin d'être secondaires !

La participation citoyenne des usagers

Notre démarche de travail s'appuie sur des stratégies participatives visant à impliquer, le plus possible, les usagers de drogues dans l'analyse des situations et l'élaboration de réponses.

■ La réunion du mercredi soir d'EGO

Tous les mercredis soir de 20h00 à 22h00 se déroule à EGO « **la réunion du collectif** ». Là, se rencontrent des usagers (d'EGO et de STEP), les salariés de l'association, des bénévoles, des habitants du quartier, des personnes de passage venues visiter l'association, des partenaires, et tout autre intéressé ou curieux de voir ce qui se passe ici. Chaque semaine, la salle d'accueil se transforme en un mini-forum pour débattre sur les thèmes de la réunion : nouvelles des gens, accueil, programme nutrégo, STEP, journal ALTER EGO, première ligne. Des discussions s'enchaînent alors sur d'autres thématiques ou problèmes rencontrés pendant la semaine, sur de nouvelles activités, sur des expériences de travail étrangères, sur des revendications ou des questions posées par les usagers. Dans cet espace, chacun s'exprime sur sa situation, s'expose aux commentaires ou au regard des autres, argumente en faveur de telle ou telle solution, pointe ou souligne un dysfonctionnement, écoute les différents points de vue. Là, naît ce que l'on peut appeler une **micro-démocratie** : des conflits émergent, des consensus sont trouvés et des décisions sont prises collectivement, au moins jusqu'à la prochaine réunion. En effet, si l'on se réfère à la définition de Saul ALINSKY¹⁷, une démocratie est en fait **un conflit permanent et évolutif, interrompu périodiquement par des compromis**. C'est précisément ce qui se joue au cœur de cet espace collectif : rétablir des rapports sociaux fondés sur la **responsabilité**, favoriser le **partage du pouvoir** entre professionnels, habitants et usagers, et mettre en scène l'exercice de leur pouvoir social. C'est pourquoi ce forum facilite l'appropriation des règles de fonctionnement par chacun, favorise une gestion collective des lieux et des programmes, et permet la régulation des conflits sur d'autres scènes que celle de la violence physique.

■ Le groupe de suivi du programme STEP

La représentation des usagers de drogues au sein du groupe de suivi du programme STEP est également une autre **instance de participation** formelle de notre public. Faire coexister dans un même espace de réflexion des usagers, des représentants de la police, des habitants du quartier, des services hospitaliers, un médecin et un pharmacien est pour, le moins, une démarche inhabituelle. Là encore, il s'agit de promouvoir le **rôle citoyen des usagers** et montrer, qu'en plus d'avoir une connaissance fine des situations de terrain, ils sont capables de se responsabiliser autour d'un projet, et par là même, faire avancer la politique dite de réduction des risques. Il nous a fallu tenir compte toutefois, de la réalité de la vie des usagers qui rend difficile un investissement constant et à long terme. C'est pourquoi 3 personnes différentes ont successivement assumé cette fonction au sein du groupe. Cette démarche a remporté un vif succès, tant pour les usagers qui se sont sentis valorisés dans leur rôle, que par rapport aux autres participants dont les représentations à l'égard des « toxicomanes » ont évolué favorablement.

■ L'appropriation du lieu par les usagers

Le cadre relationnel instauré à STEP favorise une appropriation du lieu par les usagers de drogues. Celle-ci se traduit par la participation des personnes à la gestion du local qui passe par des gestes simples mais qui ont toute leur importance symbolique : vider les cendriers, sortir les poubelles, noter soi-même ses initiales sur la fiche de bord, présenter le local aux nouveaux venus, rappeler les consignes sur le shoot propre aux autres, présenter le programme aux visiteurs, etc. De même, dans les situations de tensions ou de conflits, ils participent également à la régulation des phénomènes de violence entre usagers. Toutes ces attitudes témoignent au **quotidien d'un respect, d'une responsabilisation, d'une appropriation du lieu par les personnes qui le fréquentent**. Elles sont le résultat d'une volonté de rendre acteurs les usagers dans le fonctionnement du programme à travers une démarche de travail où il ne s'agit pas d'agir « pour » mais de faire « avec » les gens.

¹⁷ Manuel de l'animateur social, S. ALINSKY, Point Seuil, Paris, 1976

De la réduction des dommages à STEP

I. Du concept de réduction des dommages

La démarche de réduction des dommages vient en aval de la prévention des risques. Il s'agit de réduire **les conséquences sanitaires et sociales résultant de la consommation de drogues**, une fois que cet usage s'est installé et qu'il est devenu problématique. Contrairement à la prévention des risques que l'on peut qualifier de prévention globale parce qu'elle cherche à agir sur les différents facteurs déterminant l'usage, la réduction des dommages est **une prévention spécifique axée principalement sur la consommation de produits et les dommages qui en découlent.**

Elle s'adresse généralement à des personnes qui ont un usage régulier, abusif, ou dommageable sur leur santé. Si l'on retient la classification proposée par le Pr. PARQUET, on peut distinguer deux comportements d'usage problématiques :

- ⇒ **l'usage nocif**, qui se caractérise par une consommation susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs, sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance (les autres, la société),
- ⇒ **la dépendance**, qui selon l'Organisation Mondiale de la Santé (1992) se définit comme au moins 3 des manifestations suivantes :
 1. désir puissant et compulsif d'utiliser une substance
 2. difficulté à contrôler l'usage de la substance
 3. syndrome de sevrage physique quand le sujet diminue ou arrête la substance
 4. tolérance aux effets de la substance
 5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance
 6. poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives

Les dommages liés à la consommation de substances psychoactives peuvent être liés à la fois aux **substances elles-mêmes, aux modalités de la consommation, aux comorbidités aggravées par la consommation, au contexte social ou culturel.**

On distingue généralement deux types de conséquences liées à la consommation de substances :

- ⇒ **les conséquences sanitaires** : problèmes somatiques, Sida et hépatites, réduction des overdoses, complications psychologiques, diminution de la morbidité et comorbidité parmi les consommateurs,
- ⇒ **les conséquences sociales** : difficultés professionnelles, délinquance, marginalisation, incarcérations, problèmes d'hébergement et d'accès aux droits sociaux, besoins élémentaires et hygiène, rupture des liens avec les dispositifs existants, etc.

A STEP, la réduction des dommages se traduit par :

- ⇒ l'accès au matériel de prévention nécessaire à l'injection « propre » et aux conduites sexuelles protégées
- ⇒ l'information sur les substances, les associations de produits, les techniques d'injection, les modes de contamination par le VIH et les Hépatites
- ⇒ Les conseils sanitaires liés aux problèmes somatiques multiples
- ⇒ L'information sur les droits sociaux, les problèmes juridiques, les difficultés d'hébergements, l'aide à la survie
- ⇒ la création de passerelles vers EGO et les dispositifs socio-sanitaires existants

II. La fréquentation du programme STEP

♦ L'évolution de la fréquentation du programme

Depuis l'ouverture de notre local en novembre 95, nous avons pu constater une augmentation constante de sa fréquentation.

Ainsi, nous sommes passés de 6 821 passages en 1996 à **14 742 passages cette année**. Par rapport à 1998, cette augmentation représente **une évolution de 11%**.

Concernant notre file active, là encore, le nombre de personnes différentes ayant fréquenté le programme sur une année continue de progresser et représente, en 1999, **1930 personnes** (+ 18% par rapport à 98).

Evolution de la fréquentation du programme STEP					
Années	1995*	1996	1997	1998	1999
Nombre de passages ¹⁸	264	6 821	12 691	13 293	14 742
File active ¹⁹	64	585	1 669	1630	1930
Personnes nouvelles	64	585	575	462	296
Nombre moyen de passages par soirée	5	19	35	37	41

* seulement Novembre et décembre 95

Au regard de l'étude sur les PES, on s'aperçoit qu'il s'agit là d'indicateurs de fréquentation tout à fait importants et que STEP se situe parmi les programmes qui touchent le plus d'usagers.

Il est à noter cependant sur le dernier semestre 1999 l'arrivée d'une nouvelle population au sein du local, constituée de **femmes africaines** ayant recours à la prostitution et venant s'approvisionner en préservatifs. Cette fréquentation, de plus en plus importante à la fin du dernier trimestre, n'est pas sans poser certains problèmes. En effet, si d'un point de vue éthique il nous semble nécessaire d'assurer une mission de prévention du SIDA et des hépatites à travers la distribution de préservatifs, il s'avère, cependant, que **la cohabitation entre ces deux publics** (usagers/femmes africaines) est compliquée, car ces deux groupes ne se reconnaissent pas mutuellement et ne communiquent pas ensemble. Par ailleurs, l'augmentation continue du nombre de femmes africaines pose un réel problème pour l'avenir du programme en mettant en péril l'équilibre de la composition de notre public, sachant que notre action est avant tout ciblée sur les usagers de drogues.

Ce nouveau public a été comptabilisé dans les passages (pas dans la file active) et a pu influencer, tout du moins en partie, sur l'augmentation de la fréquentation du programme. C'est pourquoi on peut penser que **STEP a atteint « son rythme de croisière » pour ce qui concerne les passages d'usagers de drogues.**

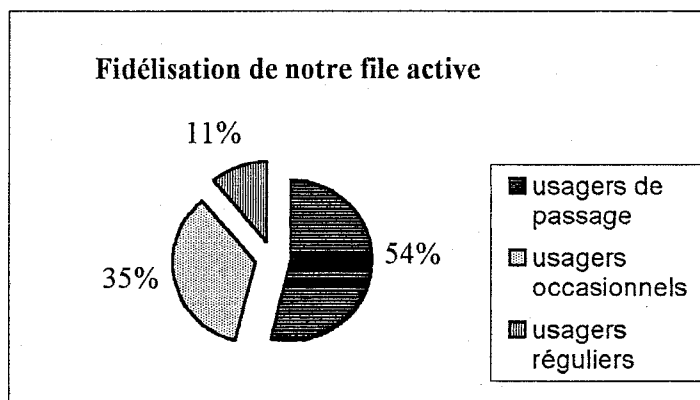
¹⁸ Nous entendons par « passage » la fréquentation d'une personne dans une soirée. Depuis l'année 1999, une même personne peut être notée plusieurs fois par soirée, si elle vient plusieurs fois chercher du matériel.

¹⁹ La file active représente le nombre d'usagers de drogues différents ayant fréquenté le programme dans une année.

◆ La fidélisation de notre file active

La fidélisation de la file active est un critère intéressant pour essayer de dégager différents profils d'utilisateurs du programme. Ainsi, on peut dégager trois catégories différentes :

- ⇒ **Les utilisateurs de passage**, qui n'ont fréquenté le lieu qu'une seule fois dans l'année. Ils représentent la majorité de notre file active (54%).
- ⇒ **Les utilisateurs occasionnels (35%)** qui sont passés une dizaine de fois en moyenne cette année
- ⇒ **Les utilisateurs réguliers** qui ne représentent que 11% de notre file active mais près de 60% des passages



On s'aperçoit que cette typologie de notre file active reste stable par rapport aux années passées, sauf peut-être une légère augmentation des utilisateurs occasionnels (+ 4% par rapport à 1998) au détriment des réguliers.

Cette fidélisation confirme le **caractère hétérogène de notre public**, dont une grande partie est seulement de passage. Ceci peut s'expliquer par le fait que le marché du crack installé dans le quartier attire une clientèle de passage, qui vient s'approvisionner en produits. Par ailleurs, le fait que STEP soit situé près de la Gare du Nord, principale voie d'accès pour les personnes de banlieue, vient renforcer ce phénomène.

III. Les outils de la prévention à STEP

L'accès au matériel de prévention

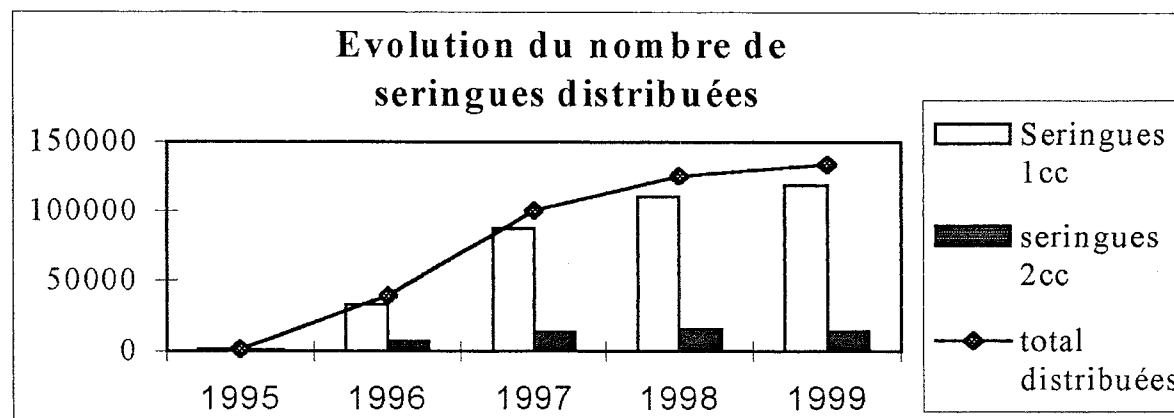
Pour favoriser la prévention du Sida et des hépatites et **promouvoir le « shoot propre »**, STEP met à disposition de son public tout un ensemble de matériels de prévention :

- Seringues 1cc et 2cc,
- Tampons alcoolisés,
- Fioles d'eau stérile,
- Cuillères stériles pour préparer l'injection,
- Stéricups (kit de prévention contenant un récipient de chauffe, un filtre, un tampon hémostatique),
- Tubes individuels de transport et de stockage du matériel,
- Containers de récupération des seringues sales,
- Préservatifs,
- Gels lubrifiants.

◆ Distribution et échange de seringues

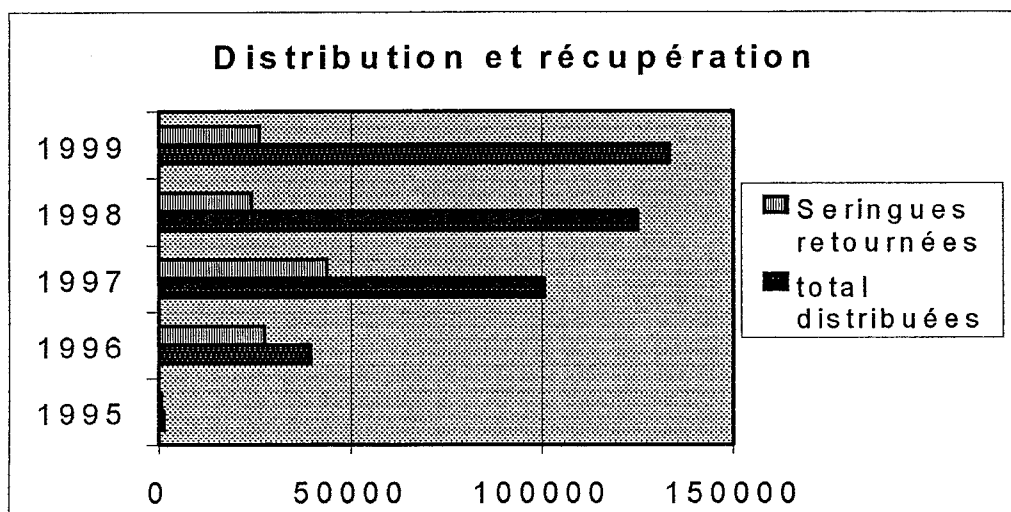
La détermination du nombre de seringues distribuées s'est faite de façon progressive en fonction des changements de pratiques de notre public et du processus d'évaluation engagé. Jusqu'en 1997, notre système de distribution obligeait les personnes à ramener leurs seringues sales pour avoir jusqu'à 20 seringues maximum. Il s'agissait, le plus possible, de favoriser la récupération des seringues souillées ; ceci pour faciliter la relation avec l'environnement. Avec le développement du crack et son incidence sur les pratiques des usagers, il devenait essentiel d'adapter notre système de distribution à cette nouvelle situation. Face à nos difficultés internes à trouver une réponse consensuelle, c'est le groupe de suivi de STEP qui a statué sur cette question, se prononçant pour un système de distribution allant jusqu'à 30 seringues maximum, et ce, sans obligation de retour.

Depuis l'ouverture du programme, le **nombre de seringues distribuées n'a cessé de progresser et atteint cette année 133 389 seringues**, soit 6% de plus que l'année dernière et 10 seringues environ données par passage. Si l'on comptabilise le nombre de seringues distribuées durant nos cinq années d'activité, c'est un **total de 399 944 seringues distribuées et 121 468 seringues récupérées**.



La forte prépondérance de la distribution de seringues 1cc par rapport à celle des 2cc témoigne des pratiques de notre public qui utilise massivement les seringues 1cc pour l'injection du crack et de la

cocaïne. Les seringues 2cc, elles, sont plutôt utilisées pour l'injection des médicaments mais également par les personnes qui ont un capital veineux en mauvais état. En effet, l'aiguille des seringues 2cc étant légèrement plus longue, elle permet aux usagers de trouver leurs veines plus facilement.



En ce qui concerne le retour des seringues usagées, on constate malheureusement **une diminution de notre taux de récupération** au fil des années. Toutefois, par rapport à 1998, on peut observer une certaine stabilisation du nombre de seringues retournées, avec un taux de récupération plafonnant à 19%. Ceci représente quand même, cette année, près de 25000 seringues récupérées. La question du retour des seringues constitue pour nous une préoccupation permanente, et chaque soir, nous essayons de responsabiliser les usagers pour qu'ils ne laissent pas leur matériel sur la voie publique et qu'ils ramènent leurs seringues usagées au local. Toutefois, leurs rythmes de vie et l'urgence de leur consommation ne leur permettent pas toujours de pouvoir conserver sur eux leurs vieilles seringues. Par ailleurs, la pression policière reste prégnante et le port d'une seringue constitue toujours une **présomption d'usage**, pouvant donner lieu à une arrestation. Enfin, malgré le fait que les UD ne ramènent pas plus leurs seringues usagées, il semble néanmoins **qu'ils soient soucieux de ne pas les laisser n'importe où**. En effet, selon différentes sources d'information (Coordination 18, étude d'impact de la Salle Saint Bruno), peu de seringues seraient trouvées sur la voie publique.

◆ Mise à disposition de matériel de prévention secondaire

Tout un ensemble de matériels de prévention est également mis à disposition de notre public, ceci afin de promouvoir le « shoot propre » et favoriser la diminution des risques.

Là encore, si l'on comptabilise le matériel distribué depuis l'ouverture du programme, on arrive à un total de 539 402 tampons alcoolisés, 278 086 fioles d'eau stérile, 149 388 préservatifs, 28 345 doses de gels lubrifiants, 4 760 tubes individuels, 313 containers de récupération et 5 090 plaquettes d'information.

Evolution de la distribution de matériel de prévention					
Type de matériels	1996	1997	1998	1999	Total
Tampons alcoolisés	70 143	161 548	164 294	143 817	539 402
Eau stérile	37 423	73 270	91 296	76 097	278 086
Stéricups	Non distribué	Non distribué	Non distribué	10 641	10 641
Cuillères stériles	Non distribué	Non distribué	Non distribué	591	591
Préservatifs	11 031	18 929	44 589	74 839	149 388
Gels lubrifiants	Non distribué	Non distribué	1 595	26 750	28 345
Tubes	1 064	1 296	1 042	1 358	4 760
Containers	Non distribué	Non distribué	161	152	313
Plaquettes d'infos.	869	713	1 262	2 246	5 090

Nos consignes de prévention sont de donner, pour une seringue distribuée, 2 tampons d'alcool pour désinfecter avant et après l'injection, une fiole d'eau stérile pour diluer le produit, un récipient de chauffe (stéricup ou cuillère stérile) pour faire la préparation. **Des messages sur l'utilisation personnelle et unique de ces matériels** accompagnent la mise à disposition de ces outils auprès des usagers. A force de sensibiliser les usagers sur l'intérêt de ces outils, on remarque que ces différents matériels s'intègrent de plus en plus dans leurs pratiques de consommation, même si certains continuent d'utiliser le tampon seulement après l'injection, ou que d'autres sont réticents à utiliser le stéricup.

Concernant les préservatifs, on remarque d'emblée que la distribution a augmenté de façon exponentielle, passant de 11 031 préservatifs distribués en 1996 à 74 839 en 1999 (soit une multiplication par 7). Cette progression, due en partie à la fréquentation des femmes africaines, s'est poursuivie malgré le fait que nous ayons été contraints de diminuer, pour des raisons budgétaires, le nombre de préservatifs à 12 seulement par personne (au lieu de 30 initialement).

◆ L'expérimentation de nouveaux outils de prévention

A STEP, nous essayons de développer l'expérimentation de nouveaux outils de prévention susceptibles de réduire les dommages chez les usagers de drogues. En 1998, face au nombre répété d'abcès résultant en partie de la démultiplication du nombre de shoots et de l'utilisation fréquente de citron, nous avons souhaité tester auprès de notre public l'**acide citrique** comme outil de prévention. Cependant, sa présentation, non stérile et non injectable, mais **également le manque de position claire de nos tutelles face à cet outil**, et à ses conséquences éventuelles en cas d'utilisation à long terme, nous ont obligés à suspendre sa distribution. A ce jour, nous restons sans réponse et dans l'attente quant à une éventuelle redistribution de ce matériel.

En 1999, nous avons souhaité renforcer notre palette d'outils ciblés autour de la prévention des hépatites, en mettant à disposition de notre public **les stéricups et les cuillères stériles**. En effet, selon l'étude sur les PES de l'INSERM, la communauté scientifique a mis en évidence que le partage du filtre et des cuillères entre usagers constitue des facteurs de risques significatifs dans les modes de contamination des hépatites. C'est pourquoi nous avons souhaité renforcer nos discours sur ces thèmes et accompagner ces messages d'outils concrets.

Enfin, en collaboration avec le docteur Eliot IMBERT d'Apothicom, nous avons accepté d'expérimenter **des seringues avec filtre incorporé**. En effet, le concept de cet outil apparaît pertinent car il permet d'éviter la manipulation et la réutilisation des filtres et favorise une filtration sélective sans rétention de produit. A l'issue d'une expérimentation auprès d'une vingtaine d'usagers, il s'est avéré que les pores de la membrane filtrante étaient trop petits (5 microns de diamètre) et de ce fait, peu adaptés aux produits de rue fortement « coupés ». C'est pourquoi une autre étude devrait être réalisée avec cette fois-ci des filtres dotés d'un plus grand maillage.

L'accès à l'information sur la réduction des dommages

L'information tient une place privilégiée dans les stratégies de prévention et de réduction des dommages. En effet, elle constitue le support essentiel par lequel sont transmis des éléments qui permettront l'appréciation par les personnes d'un comportement et une évaluation de ses conséquences possibles. Si l'information est indispensable à l'action, elle ne peut pas garantir à elle seule l'évolution ou les changements de comportements recherchés à travers elle. D'abord, **l'information n'est pas toujours directement accessible au public que nous côtoyons**, soit parce qu'elle est réalisée dans un vocabulaire trop technique, soit parce qu'elle ne tient pas suffisamment compte de la culture de la rue et des modes de vie de notre public. C'est pourquoi il importe, dans un premier temps, de faire un **travail de vulgarisation préalable** afin de favoriser l'appropriation de l'information par notre public. Ensuite, il est clair que d'autres facteurs (précarité sociale, urgence de la consommation, etc.) viennent influencer sur les comportements des usagers et font obstacle à une évolution de leurs pratiques. C'est pourquoi l'information, si elle constitue la base première de notre travail, doit s'inscrire dans une stratégie de prévention à la fois globale et spécifique.

A STEP, on peut distinguer différents types de messages et d'information :

◆ L'information sur le Sida et les hépatites

Les usagers sont très demandeurs d'informations sur le SIDA et les hépatites. Elles concernent les modes de contamination, les tests de dépistage, les CDAG, les traitements et possibilités thérapeutiques, les conduites sexuelles, les droits sociaux des personnes séropositives, les couples sérodiscordants, etc. Tout un ensemble de plaquettes d'information accompagnent nos messages de prévention : plaquettes de AIDES, adresses de CDAG, journaux Remaides, brochures hépatites, plaquettes hépatite C, plaquettes nouveaux traitements de la DGS, etc. On remarque que les usagers ont commencé à intégrer les principales informations sur le SIDA, mais qu'ils commencent à peine à s'approprier celles concernant les hépatites.

◆ L'information sur les produits et la polyconsommation

Un autre aspect concerne l'information sur les risques liés aux produits et aux associations de produits entre eux : gestion de la descente de crack, consommation de Rohypnol, injection du Subutex, associations avec de l'alcool, risques liés à l'injection de produits non destinés à l'injection, risques liés aux overdoses, aux dépressions respiratoires, risques liés aux benzodiazépines, aux produits de coupage, à la qualité des produits, risques liés aux drogues de synthèse (ecstasy, LSD, kétamine,) etc. Là encore, nous mettons à disposition de notre public un ensemble de plaquettes d'information comme le Journal d'ASUD, ALTER EGO Le journal, plaquettes d'EGO sur le crack et les overdoses, plaquettes de AIDES sur le Subutex et le Rohypnol, d'ASUD sur les substances, plaquettes de TECHNO PLUS sur les drogues de synthèse, etc. Malheureusement, nous disposons de peu d'outils traitant des phénomènes de polyconsommation et d'associations de substances qui soient facilement accessibles par les usagers.

◆ L'information sur les techniques d'injection et le shoot propre

Il s'agit de tous les conseils visant la réduction des dommages liés à l'injection : règles d'hygiène préalables, choix du point d'injection, protection du capital veineux, utilisation du matériel secondaire (tampons, eau, cuillères, stéricups), problèmes liés aux abcès et aux poussières, risques liés à l'utilisation du citron ou de l'acide citrique, lieu et contexte de l'injection, préparation du shoot selon les produits, etc. Les usagers peuvent disposer d'outils de prévention sur ces différents thèmes : plaquettes sur l'injection et guide du shoot à risques réduits d'ASUD, code du shoot à risques réduits (DGS), plaquettes d'EGO sur l'acide citrique et le citron ainsi que sur la prévention des abcès, journaux spécialisés, etc.

Au quotidien, on constate que les usagers sont extrêmement demandeurs d'information sur la réduction des dommages mais aussi sur leur santé en général. C'est pourquoi nous essayons de diversifier au maximum les différentes formes d'informations possibles. Déjà, en 1998, nous avons élaboré des plaquettes d'information ciblées sur les différents besoins observés à travers notre accueil (abcès, crack, acide citrique, overdoses). Nous pensons qu'il faut poursuivre cette démarche de construction d'outils adaptés, et ceci en collaboration avec les usagers.

La passerelle vers le réseau socio-sanitaire existant

La précarité des modes de vie des usagers et leurs modes de consommation dans l'urgence nous obligent à prendre en compte leurs besoins à plus ou moins court terme.

Chaque soir, c'est de façon informelle que les personnes nous font part de leurs préoccupations, de leurs problèmes de santé, de leurs soucis à trouver un hébergement, de leurs difficultés d'accès aux droits sociaux, de la perte de leurs papiers d'identité, etc.

De par sa situation en « première ligne », STEP doit créer **du lien avec les usagers de drogues les plus marginalisés et favoriser la création de passerelles vers le dispositif socio-sanitaire existant**. Dans cet espace, il ne s'agit pas de faire du suivi individuel des personnes, mais bien plutôt d'améliorer leur connaissance du dispositif existant et stimuler leurs capacités à utiliser les structures adaptées à leurs besoins.

Le nombre de demandes exprimées par notre public a largement évolué, passant d'un total de 709 en 1996 à 896 en 1998. Cette année ce chiffre semble se stabiliser à 800²⁰ demandes mais il nous paraît sous-évalué par rapport à la réalité de notre pratique. Au fil des années, la configuration de la répartition des demandes sociales et sanitaires s'est transformée au profit d'une plus grande fréquence des questions sanitaires

◆ Les demandes et orientations sociales

Si les demandes de type sociale semblent avoir diminué au fil des années, on remarque que ce sont surtout celles liées à l'hébergement qui ont largement chuté depuis 98. Cette tendance est avant tout le résultat d'un changement des modalités de partenariat avec le Samu Social qui nous a demandé de ne plus appeler par nous-mêmes pour faire les réservations mais d'orienter les personnes vers le numéro vert. C'est pourquoi celles qui avaient l'habitude de passer par STEP pour leur hébergement se sont organisées par elles-mêmes avec le Samu Social.

Si l'on regarde l'ensemble des demandes sociales, on s'aperçoit que, même si elles ont reculé, les **questions liées à l'hébergement restent la principale préoccupation des usagers de drogues**, et tout particulièrement celles liées à **l'hébergement d'urgence**. Nous répondons aux demandes d'urgence en donnant les coordonnées de structures comme le Sleep'in ou le Samu Social, et pour les demandes qui nécessitent un accompagnement, nous orientons les personnes vers EGO. Nos réponses sont bien sûr très limitées car à l'heure où nous fonctionnons les places d'hébergement sont souvent déjà réservées depuis le matin. De plus, le numéro vert du Samu social reste très difficilement accessible, et il faut parfois insister des heures entières avant de pouvoir obtenir un interlocuteur. Il en résulte un certain découragement des usagers vis-à-vis du numéro vert et de la solution potentielle qu'il représente.

Après les demandes d'hébergement viennent **celles de type administratif**. Elles concernent l'accès aux droits sociaux (RMI, COTOREP, Sécurité sociale, etc.), les domiciliations, la réalisation de papiers administratifs (extrait de naissance, fiches d'état civil, etc.) ou d'identité. En général, les informations ou adresses sont données sur place (Centre d'Action sociale,), et pour des situations particulières l'orientation se fait vers l'accueil d'EGO. La réalisation de ces démarches est souvent compliquée pour des personnes en situation de grande précarité car elle nécessite un investissement régulier et persistant, particulièrement difficile quand on est dans des rythmes de vie se caractérisant par l'instabilité.

²⁰ Nous pensons devoir attribuer cette sous-estimation au fait qu'un de nos collègues a été cette année en congé longue maladie, et que son remplacement a été assuré par différentes personnes n'ayant pas toujours l'habitude de manier nos fiches d'accueil.

Evolution des demandes sociales à STEP				
Types de demandes	1996	1997	1998	1999
Administrative	37	28	53	28
Juridique	23	12	15	10
Hébergement	258	255	95	62
Info Aide à la survie	15	26	20	13
Total	333	321	183	113

Les demandes d'aide à la survie sont également importantes dans les préoccupations quotidiennes de notre public. Il s'agit de toutes demandes d'information concernant les besoins d'urgence quotidiens des usagers : hygiène corporelle, vestiaires, laver son linge, se nourrir, hôtels pas chers, etc. Pour toutes ces demandes nous orientons, soit vers des partenaires spécialisés (La Boutique, Boréal, Beau repère,), soit vers des dispositifs de droit commun (Emmaüs, Restos du cœur, Halte des amis de la rue, douches municipales, CAS).

Enfin, on trouve les demandes de type juridique liées à des problèmes de titres de séjour, à des problèmes avec la justice, à des problèmes de nationalité ou enfin aux droits de la famille. Pour l'ensemble de ces situations, nous orientons directement les personnes vers EGO où a lieu deux fois par semaine une permanence juridique de l'association Droits d'Urgence.

◆ Les demandes et orientations sanitaires

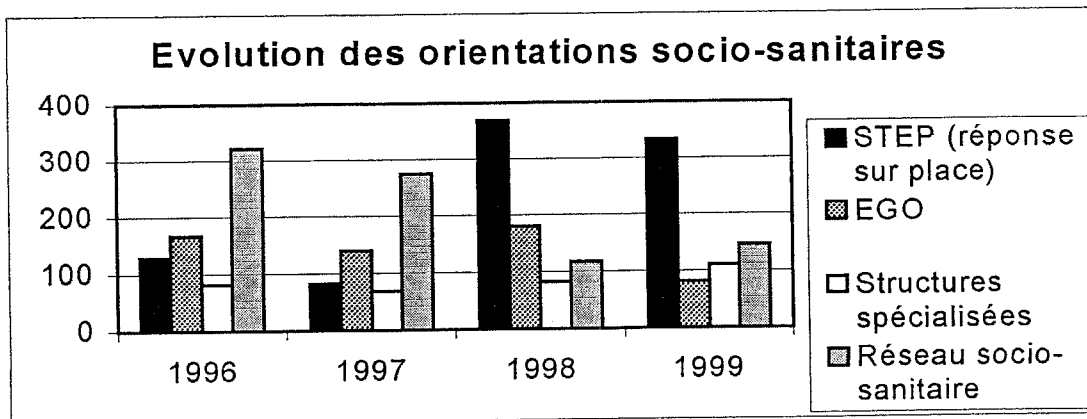
Comparativement aux demandes sociales, les demandes sanitaires affichent une progression significative depuis 1998. Cette année, elles représentent près de 86% de l'ensemble des demandes exprimées par notre public. On peut faire l'hypothèse que la précarité inhérente à certains types de consommation, notamment le crack, a fait émerger de façon plus prégnante des complications d'ordre sanitaire.

Evolution des demandes sanitaires à STEP				
Types de demandes	1996	1997	1998	1999
Problèmes somatiques	108	119	110	200
Conseils/prévention	51	71	219	128
Problèmes spécifiques	157	79	150	49
Demandes liées au VIH	40	18	69	92
Demandes liées au VHB	11	7	61	98
Demandes liées au VHC	9	9	104	120
Total	376	303	713	687

Ainsi, parmi l'ensemble des demandes sanitaires, les problèmes somatiques arrivent en première place. Ils concernent l'ensemble des problèmes de santé, non spécifiques à leur usage de drogues, que peuvent rencontrer les personnes : problèmes dentaires, gynécologiques, dermatologiques, médecine générale (grippe, angine, etc.), etc. Dans cette catégorie, ce que nous appelons la « bobologie » est très largement représentée. Il s'agit de l'ensemble des plaies, veinîtes, début d'abcès, coupures, hématomes, ... bref, tous les petits « bobos » qui résultent de la vie quotidienne des usagers. Si les premiers soins sont faits sur place pour protéger les plaies, les personnes sont systématiquement orientées vers des structures de soins (MSF, MDM, Hôpital Lariboisière) qui pourront apporter une réponse adaptée à leur problème. Il est nécessaire de ne pas les négliger car, étant donné les modes de vie des usagers, ils peuvent très rapidement dégénérer en problèmes graves (septicémie, etc.).

Les demandes de conseil prévention constituent également une part importante de notre travail. Il s'agit de l'ensemble des questions que les usagers nous posent par rapport aux produits, aux techniques d'injection, à l'utilisation du matériel secondaire, au partage de seringues, etc. Chaque soir, des discussions informelles s'enchaînent au comptoir de STEP sur l'ensemble de ces questions. Ces

conseils prévention sont en général donnés sur place, mais ils peuvent également donner lieu à des orientations vers d'autres partenaires spécialisés ou non.



Une forte augmentation est également observée concernant les **demandes liées au VIH et aux hépatites**. Elles représentent cette année 44% des demandes sanitaires exprimées par notre public. Ce sont toutes les demandes d'information liées aux modes de contamination, aux modalités de tests de dépistage et de vaccination, aux possibilités de traitement d'urgence ou de suivi médical. En fonction des situations rencontrées, nous orientons les personnes vers les services d'urgence de l'hôpital, vers des CDAG, ou encore vers des médecins de ville. On constate que les demandes d'information par rapport aux hépatites C continuent de progresser et que cette évolution est le résultat d'une prévalence importante au VHC chez les UD. Par ailleurs, les nouvelles possibilités de traitement, que ce soit pour le VIH ou les hépatites, engendrent de nombreuses interrogations sur leurs modalités respectives et leur efficacité réelle.

En dernière position, on trouve des demandes exprimées concernant les **problèmes spécifiques à l'usage de drogues et la toxicomanie**. Cette dernière catégorie qui regroupe les demandes d'accès à la substitution, aux sevrages, aux post-cures et au soutien psychologique, tend à diminuer par rapport à l'année dernière. On peut penser que la diversification des alternatives thérapeutiques, notamment avec l'offre existante en matière de substitution, a pu modifier les besoins des usagers dans ce domaine.

Pour conclure sur les demandes exprimées, on peut remarquer une **large prédominance des demandes liées à l'urgence qui représentent près de 85% du total des demandes**, ce qui atteste des priorités et des besoins émergents de notre public.

IV. De l'impact du programme STEP sur les pratiques des usagers

Evaluer l'impact du programme STEP sur les pratiques des usagers nous apparaît **comme une exigence éthique** indispensable par rapport à notre travail et aux personnes qui le fréquentent. Toutefois, cette démarche constitue une entreprise délicate car, nous l'avons vu, de nombreux facteurs extérieurs jouent sur la situation de notre public et nous n'avons pas la maîtrise de ces phénomènes. C'est pourquoi nous avons fait le choix de nous appuyer sur **une étude comparative** entre les pratiques de consommation des personnes nouvellement venues et celles des habitués du programme. Il s'agit de repérer **des différences de comportements** entre les personnes qui arrivent pour la première fois au sein de notre programme et celles qui ont bénéficié de l'action et des « services » du programme depuis au moins un an.

Ce qui a le plus changé dans les pratiques...

➤ **Une réutilisation moins fréquente des seringues**

La réutilisation des seringues apparaît comme l'indicateur qui a le plus évolué si l'on compare les pratiques des nouveaux venus et celles des habitués du programme. Ainsi, les nouveaux arrivants sont 67% à déclarer réutiliser leur seringue, alors qu'ils ne sont que 48% parmi les personnes fréquentant le lieu depuis plus d'un an, soit une variation de 19%. De même, parmi les personnes qui réutilisent leur matériel, les nouveaux sont beaucoup plus nombreux (26%) à utiliser leur seringue 3 fois et plus que les habitués du programme (14%). Ces différences, pour le moins significatives, semblent attester d'une évolution positive des comportements des usagers concernant l'utilisation des seringues.

➤ **Un recul du partage du matériel de prévention secondaire**

Au regard de nos chiffres, on s'aperçoit que les pratiques de partage du matériel de prévention secondaire sont moins élevées parmi les habitués du programme que chez les nouveaux venus. Ainsi, dans ce groupe, on observe un recul de -9% sur le partage des cuillères, de -10% sur celui des filtres, de -5% sur le partage de l'eau de rinçage et de -6% sur celui des doseurs à crack. De même, le nombre de personnes déclarant réutiliser leurs vieux cotons a lui aussi diminué chez les « anciens ». Ces variations se situant entre 5 et 10%, il semble que l'on puisse considérer que les messages de prévention s'intègrent progressivement dans les pratiques des usagers.

➤ **Des conduites sexuelles plus protégées**

Concernant les conduites sexuelles des usagers, il apparaît que les habitués du programme affichent, en général, une utilisation plus fréquente (+ 6%) du préservatif que les nouveaux arrivants. Si l'on observe la dernière relation sexuelle, cette différence s'avère toutefois moins marquée (+ 1% seulement) notamment lorsqu'il s'agit d'un(e) partenaire régulier(e). Cette tendance reste donc encore nuancée et mérite une confirmation l'année prochaine.

➤ **Une plus grande responsabilisation concernant le matériel usagé**

Il ressort de nos chiffres que les habitués semblent avoir une plus grande vigilance à ne pas laisser leur matériel dans les lieux publics que les nouveaux arrivants. En effet, au cours de leur dernière injection, ils sont 28% à déclarer avoir ramené leurs seringues dans un PES, contre seulement 16% chez les anciens, soit une variation de + 12%.

Ce qui a peu changé dans les pratiques...

➤ Le partage de seringues

Si les pratiques de partage de seringues semblent être moins élevées chez les « anciens » (21%) que chez les nouveaux (29%), il n'en reste pas moins que ces différences restent encore fragiles et que ces comportements persistent même auprès des personnes qui fréquentent le programme depuis longtemps. Ainsi, 14% des habitués déclarent avoir emprunté une seringue usagée (18% chez les nouveaux) et 7% disent avoir prêté leur seringue à quelqu'un (11% chez les nouveaux).

Comparaison des pratiques de consommation de notre public en 1999				
Pratiques à risques au cours du dernier mois :	Nouveaux arrivants	Habitués du programme	Tendances en cours	
Ont réutilisé leur seringue plusieurs fois	67%	48%	- 19%	
Ont emprunté une seringue usagée	18%	14%	- 4%	
Ont prêté leur seringue à quelqu'un d'autre	11%	7%	- 4%	
Ont partagé leur cuillère	51%	42%	- 9%	
Ont utilisé un filtre à plusieurs	44%	34%	- 10%	
Ont réutilisé des vieux « cotons »	43%	34%	- 9%	
Ont partagé l'eau de rinçage	16%	11%	- 5%	
Ont emprunté la cuillère de quelqu'un	23%	24%	+ 1%	
Ont partagé leur doseur à crack	48%	36%	- 6%	
Ont emprunté un filtre à quelqu'un	13%	13%	+ 0%	
Au cours de leur dernière injection :				
Ont utilisé une seringue neuve	77%	82%	+ 5%	
Se sont lavé les mains avant l'injection	59%	63%	+ 4%	
Ont désinfecté leur point d'injection avant	58%	59%	+ 1%	
Ont utilisé de l'eau stérile pour diluer leur produit	55%	56%	+ 1%	
Ont dissout avec un citron frais	63%	63%	+ 0%	
	de l'acide citrique	15%	3%	- 8%
Ont fait leur injection dans le bras	77%	79%	+ 2%	
	dans la main	13%	10%	- 3%
	dans la jambe	5%	3%	- 2%
Ont réalisé leur dernière injection chez eux	47%	47%	+ 0%	
	WC publics	17%	24%	+ 7%
	dans la rue	11%	8%	- 3%
Ce qu'ils ont fait de leur seringue usagée				
	laissée sur place	7%	9%	+ 2%
	jetée avec précautions	53%	48%	- 5%
	ramenée dans un PES	16%	28%	+ 12%
Conduites sexuelles				
Utilisation du préservatif en général	49%	55%	+ 6%	
Lors de la dernière relation sexuelle :				
Utilisation du préservatif	55%	56%	+ 1%	
Partenaire régulier(e)	57%	55%	- 2%	
Partenaire occasionnel(le)	36%	39%	+ 3%	
Problèmes de santé au cours du dernier mois				
Overdoses	7%	7%	+ 0%	
Poussières	30%	28%	- 2%	
Abcès	23%	19%	- 4%	

Si l'on se réfère à l'étude sur les PES, il apparaît que le partage de seringues serait plus fortement associé aux produits consommés, au nombre d'injections, à la vie amoureuse et sexuelle, et au mode

de passation du questionnaire. Ces constats rejoignent en partie l'analyse de nos données lorsque l'on cherche à cibler le profil des personnes qui persistent dans leurs comportements :

- **Les femmes et les jeunes sont plus représentés dans ce groupe.**
Concernant les femmes, nous l'avons vu, la gestion particulière de leur survie (prostitution) et de leur vie amoureuse constitue des contextes de vulnérabilité. Dans le cadre du couple, le partage de seringues est plus fréquent du fait d'une « confiance » mutuelle . Par ailleurs, les situations de multipartenariat ajouteraient une fragilité supplémentaire venant influencer sur ces pratiques.
- **La consommation de crack engendrerait des pratiques de partage de seringues plus élevées que celles des autres produits.** La démultiplication du nombre d'injections, la sensation de « toute puissance », l'urgence de la consommation, ... seraient autant de facteurs susceptibles d'augmenter les risques de partage de matériel.
- **La précarité des conditions de vie** (absence d'hébergement, de ressources, etc.) serait un facteur de vulnérabilité par rapport aux pratiques de partage du matériel. On peut penser que les personnes qui vivent dans la rue ont intégré le risque comme une modalité permanente de leur survie quotidienne ; d'où une certaine banalisation de ce dernier. Le partage de seringues ne serait donc pas perçu comme un risque supplémentaire par rapport au reste de la vie quotidienne.
- **Les personnes séropositives au VHC partageraient plus leurs seringues que celles séropositives au VIH.** Il semblerait ici que la perception du Sida et des hépatites par les usagers soit différente, la première renvoyant toujours l'image de « quelque chose d'inexorable ».
- **Le partage de seringues résulterait d'une attitude globale** car les personnes qui partagent leurs seringues sont aussi celles qui adoptent le plus souvent des comportements à risques (réutilisation fréquente des seringues, non utilisation du préservatif, partage de la cuillère, du filtre, etc.).
- Le partage de seringues a plus souvent lieu avec **des personnes de l'entourage proche** (ami, concubine, etc.) qu'avec des inconnus. Ici, ce serait la proximité et la confiance en l'autre qui favoriseraient ce type de comportements.

Au terme de cet aperçu, il nous semble important de rappeler une hypothèse développée par Anne LOVELL²¹ dans un article *sur les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échange de seringues*, où elle met en évidence que c'est la passation des seringues souillées au réseau social qui apparaît comme le facteur le plus discriminant. **Cela signifie qu'il ne faut pas envisager le partage de seringues uniquement comme une conduite individuelle de quelques personnes, mais bien avant tout le résultat d'une norme collective, partagée par des groupes sociaux. C'est pourquoi les PES, pour être plus efficaces, doivent développer des stratégies collectives ciblées sur ces groupes à risques.**

➤ L'hygiène de « shoot »

Pour ce qui concerne l'hygiène de shoot, là aussi les tendances observées ne montrent pas de différences significatives entre les « nouveaux » et les « anciens ». Ainsi, dans ce dernier groupe, ils sont 63% à déclarer s'être lavé les mains avant leur dernière injection (+ 4% par rapport aux nouveaux), 59% à avoir désinfecté leur point d'injection (+ 1%) et 56% à avoir utilisé de l'eau stérile (+ 1%). Ceci montre que l'évolution des comportements reste fragile et qu'il faut en permanence maintenir et renforcer nos messages pour observer dans le temps un changement de pratiques.

²¹ Les Facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échange de seringues, Anne LOVELL, Transcriptase n°70, Décembre 98

Troisième chapitre

Les enjeux actuels...

Les enjeux actuels pour la réduction des risques

Adapter la loi et son application

Si la prévention s'attache à reconnaître l'existence sociale de l'usage de substances comme un phénomène inéluctable et décline les comportements de consommation en différents types d'usage (usage simple, usage nocif, dépendance), la loi définit, elle, l'usage **comme une conduite délictueuse et déviante**. Il y a là une contradiction entre la nouvelle lecture sociale de ce phénomène et les aspects juridiques. Ainsi, si l'on considère l'usage simple comme une pratique n'entraînant pas forcément, ni dommages, ni complications, ce comportement relève alors essentiellement du champ de la prévention et non pas de celui du soin. Là encore, ceci va à l'encontre de la conception de la loi qui considère tout usage comme un délit conduisant inéluctablement à la dépendance et propose comme alternative à l'incarcération l'injonction aux soins (injonction thérapeutique). Les contradictions des discours émanant de ces différents champs rendent compliqué **l'émergence d'une pratique claire et cohérente nécessaire à l'élaboration d'une politique de prévention efficace**. C'est pourquoi il nous semble important d'adapter la loi au profit d'une meilleure prise en compte des contextes de consommation et comportements d'usage.

Par ailleurs, le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999 – 2000 – 2001 met en évidence **la nécessité de redéfinir les priorités de la politique pénale en matière de stupéfiants et d'intégrer la prévention dans les objectifs de cette politique**. Selon lui, le bilan de l'application de la loi de 70 est contrasté et montre une augmentation importante des interpellations d'usagers (de cannabis notamment), une diminution du nombre d'interpellations pour trafic, un faible nombre d'injonctions thérapeutiques par rapport au nombre d'interpellations, un manque de réponses favorisant l'orientation sociale et sanitaire aux différents stades de la procédure. Dans l'objectif de favoriser une meilleure intégration de la prévention par rapport à la politique pénale, une circulaire du Garde des Sceaux du XX Juin 1999 a défini les principes de la politique pénale conduite à l'égard des usagers, incitant notamment à une diversification des réponses sociales et sanitaires alternatives à l'incarcération. Il nous semble indispensable de **renforcer l'application et la mise en œuvre de ces textes et sensibiliser l'ensemble des services répressifs sur ces différentes questions**.

Enfin, nous ne pouvons terminer ce chapitre sans rappeler combien il reste difficile, encore aujourd'hui, pour les usagers de circuler, sur la voie publique, avec du matériel d'injection sur eux et que le port d'une seringue constitue toujours une présomption d'usage. Malgré l'existence de textes législatifs réglemant l'accessibilité au matériel d'injection (circulaire du ministère des affaires sociales de la santé et de la ville n° 37 du 12 avril 1995 et circulaire du ministère de la Justice du 17 juin 1999), dans la pratique **ceux-ci sont appliqués de façon aléatoire** par les représentants de la police. Il en résulte des prises de risques importants pour les usagers mais aussi une difficulté à récupérer les seringues usagées pour les intervenants des PES.

Diversifier les stratégies de substitution

Les programmes de substitution ont été développés pour apporter une réponse thérapeutique aux usagers de drogues ne pouvant pas ou n'étant pas prêts pour l'abstinence. En effet, la substitution vise en premier lieu à **stabiliser la consommation de produits, à retrouver une maîtrise de son usage, et à réduire les risques infectieux et judiciaires liés à ces pratiques**. Ainsi, elle doit permettre aux personnes de se réinscrire dans une vie sociale où le produit n'en sera plus le seul centre de préoccupation.

Dans la pratique, la substitution peut avoir des objectifs et des modalités différents suivant que l'on se place dans une logique d'abstinence à court moyen ou long terme ou dans une perspective d'accompagnement et de gestion de leurs comportements d'usage.

Avec le constat d'une précarité persistante et des modes de vie marqués par l'urgence chez les usagers, il nous semble que les stratégies de substitution mises en place ont négligé différents aspects inhérents aux besoins particuliers des populations les plus exclues.

D'abord, les traitements se sont appuyés majoritairement sur un mode d'administration par voie orale et **n'ont pas suffisamment pris en compte la culture de l'usage basée sur la voie intraveineuse**. Ainsi, à travers notre pratique, nous constatons combien il est difficile pour les personnes de passer d'un produit à un autre, mais lorsque celles-ci doivent, dans le même temps, faire le « deuil » de l'injection, cela devient encore plus compliqué. On sait aujourd'hui, avec les différentes études sur la neurobiologie des drogues, qu'il existe **une véritable « dépendance à la seringue »** chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et qu'il s'agit là d'un besoin particulier à prendre en compte par rapport à cette population. En effet, nous constatons tous les jours les dommages terribles que provoquent l'injection des traitements de substitution (notamment le subutex) par des personnes qui, même si elles se situent dans une perspective thérapeutique, ne peuvent se passer de l'usage par voie intraveineuse. C'est pourquoi nous pensons **que développer des programmes de substitution injectable constitue une priorité** pour une partie non négligeable de la population d'UDIV.

Ensuite, nous constatons que de nombreux usagers de drogues sont **dans des rythmes de vie dominés par une telle instabilité** qu'il leur est difficile, voire impossible, de s'inscrire dans le cadre de fonctionnement d'un programme de substitution où délivrance et prise de produits sont strictement réglementées. Pour cette population, la substitution doit avoir des objectifs minimaux d'accompagnement des personnes, de réduction des dommages sanitaires et sociaux et de gestion des consommations. Dans ce cadre, il est alors nécessaire **d'adapter les modalités d'accès au programme** au contexte de vie des usagers, notamment en diminuant le seuil d'exigences préalables. C'est pourquoi il nous semble important de **développer des programmes de substitution « bas seuil »**, tel que le Bus Méthadone de Médecins du Monde mis en place depuis 1998.

Pour être plus efficace et répondre à la diversité des besoins d'une population, ayant des comportements de consommation très différents, il est urgent d'élargir et de décliner l'offre disponible en matière de substitution.

Développer de nouvelles formes de médiation sociale

L'émergence des habitants sur la scène politique dans le champ des drogues, à travers un nombre inquiétant d'actions en justice entamées contre les structures d'accueil pour les publics exclus en général et pour les UD en particulier, **montre la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques à ce nouvel acteur**. Ces événements ont mis en évidence l'existence de difficultés en terme de nuisances (présence d'usagers dans les cages d'escaliers, seringues sur la voie publique, bruits, etc.), de trafic, de regroupements massifs d'usagers, d'agressions, de faits réels ou de fantasmes issus de la crainte... qui ont fait l'objet jusqu'à présent d'une simple réponse sécuritaire, consistant à faire appel à la police pour régler ces problèmes. Les administrations de tutelles et les structures de soins n'ont pas considéré, dans un premier moment, qu'il s'agissait là de problématiques en lien avec leurs missions et c'est pourquoi elles n'ont pas pris en compte ces questions dans les stratégies de prévention et de soins mises en œuvre.

Il en a résulté une situation de conflit, allant jusqu'à la crise actuelle, entre les habitants, les usagers de drogues et les structures d'accueil. Celle-ci génère, parmi la population, **des attitudes d'oppositions, de défense et de rejet qui viennent renforcer l'exclusion sociale des usagers et qui font obstacle aux politiques publiques** mises en place, tout particulièrement aux dispositifs de réduction des risques. C'est pourquoi il nous paraît important de développer de **nouvelles formes de médiation sociale afin de retisser du lien entre les usagers, les habitants, les structures d'accueil et les institutions intervenant dans ce champ**. Il s'agit de trouver des réponses, autres que celles uniquement répressives, aux problèmes et intérêts des riverains, aux besoins et à l'isolement des usagers, à l'intégration des structures dans leur environnement, à la mise en relation des institutions concernées. Ainsi, dans le 18^e arrondissement de Paris, réputé pour l'importance de son trafic de drogues et ses scènes de consommation, **un dispositif de médiation sociale d'un nouveau type** a été mis en place afin d'instaurer une interface entre ces différents acteurs. Construit dans une dynamique de concertation élargie, incluant les habitants, les structures d'accueil du 18^e (Boutique 18^e, Sleep'in, La terrasse, EGO), les institutions (hôpital, police, etc.), les tutelles administratives (DAS, DGS, etc.) et les élus locaux, ce dispositif nommé Coordination 18 s'appuie sur une équipe d'éducateurs présents dans la rue et des coordinateurs répartis par quartier (Clignancourt Simplon, La Chapelle, la Goutte d'Or). A travers ce projet, il s'agit d'améliorer le système sanitaire et social en direction des usagers mais également d'être à l'écoute des préoccupations des habitants pour trouver des réponses visant à **promouvoir l'amélioration des conditions de vie au quotidien dans le quartier**. Aujourd'hui, nous commençons à voir les premiers fruits de ce travail et les espaces de concertations développés ont permis de réguler et négocier les issues à la crise, qui a été à l'origine de la création de ce dispositif.

C'est pourquoi nous pensons qu'il est important de mettre en place **de nouvelles formes de médiation sociale pour recréer du lien entre les usagers, les habitants, les structures, promouvoir la vie sociale des quartiers et permettre une meilleure acceptation et compréhension des politiques publiques**.

Créer de la transversalité pour décloisonner les dispositifs publics

On constate de façon évidente un cloisonnement entre les différents dispositifs publics chargés d'intervenir dans le champ des drogues et des dépendances, chacun s'étant constitué de façon plus ou moins autonome et ou spécialisée.

Ainsi, le premier niveau de cloisonnement que l'on peut repérer **concerne les dispositifs spécialisés en toxicomanie et ceux de droit commun**. En effet, pour des raisons historiques, le système d'aide aux usagers de drogues s'est développé hors les institutions de droit commun et, de ce fait, s'est trouvé séparé de celles-ci. Cette situation n'a pas été sans poser de problèmes pour les usagers de drogues, notamment concernant l'accès aux soins et aux droits sociaux. Ce n'est que récemment que des passerelles nouvelles ont été créées pour retisser des liens entre les usagers de drogues et les institutions de droit commun.

Le second niveau réside dans le cloisonnement entre **les dispositifs d'aide et de soutien dans le champ de l'alcool, du tabac et des drogues illicites**. En effet, la distinction classique faite à partir de la porte d'entrée « produit » a longtemps dominé les approches et aboutit à créer un clivage entre les problèmes d'alcool, les problèmes liés au tabac, aux médicaments détournés, et aux drogues illicites. Dans chacun de ces champs, des pratiques et des méthodes d'interventions particulières se sont développées, des approches et des conceptions différentes ont émergé, rendant difficiles les points de convergences communs.

Enfin, le dernier niveau de cloisonnement est issu de **la séparation entre les différents champs d'intervention relevant de la prévention, du sanitaire, du social et de la répression**. En effet, chacun s'étant développé de façon autonome par rapport aux autres, tous sont porteurs de cultures institutionnelles particulières et de logiques de travail différentes qui rendent difficile une cohérence globale de leurs interventions.

Il importe donc de créer **de nouvelles formes de transversalité** afin de favoriser un rapprochement entre ces dispositifs. En effet, les besoins émergents des pratiques de terrain évoluent rapidement et nécessitent la mise en place de nouvelles formes de collaborations. Ainsi, **avec le développement des phénomènes de polyconsommation**, associant drogues licites et illicites, les réponses fondées sur des stratégies spécialisées par type de produits s'avèrent inadéquates. Il s'agit donc, au contraire, de promouvoir **une approche globale des problèmes posés par l'ensemble des comportements addictifs**, qu'ils soient liés à l'usage de drogues illicites, d'alcool, de médicaments ou de tabac. D'autre part, la précarité sociale persistante chez beaucoup d'usagers de drogues entraîne des situations où les personnes accumulent les problèmes sanitaires, sociaux, juridiques, administratifs, etc. Là encore, plutôt que « morceler » les parcours et les démarches nécessaires aux problèmes rencontrés, il apparaît préférable **de favoriser une prise en compte globale de la personne** ; ceci pour lui éviter de se perdre dans les différents maillons des dispositifs. C'est pourquoi il importe de créer des partenariats transversaux et des pratiques de réseaux avec les différents acteurs concernés. Enfin, la politique de réduction des risques traverse le champ de la prévention, du sanitaire, du social, de la répression et c'est pourquoi elle suppose la création de passerelles et de collaborations entre ces différents acteurs.

Il importe donc de développer **des méthodes de travail différentes** basées sur des pratiques de réseaux, des équipes pluridisciplinaires, le développement de partenariats locaux et inter-institutionnels, le travail de rue et de proximité, des instances de concertations et de coordination, la création d'une culture commune aux acteurs investis dans ce champ.

Les enjeux actuels pour le programme STEP

Poser regard critique sur notre pratique

On ne peut poursuivre ce travail d'évaluation sans porter un **regard critique par rapport à notre travail**. En effet, ce rapport montre, cette année, une persistance des pratiques à risques parmi notre public et la tentative d'évaluation de l'impact de STEP confirme une évolution moins marquée des comportements des usagers, notamment chez les « habitués » du programme.

Comment expliquer, qu'en 1999, nos indicateurs d'évaluation témoignent d'un ralentissement certain par rapport aux années précédentes ?

Lorsque cette question a été posée à l'équipe, le premier facteur avancé comme obstacle à la prévention a été **la consommation de crack, très souvent associée à une exclusion sociale** entraînant des conséquences sur les pratiques des usagers. Il est vrai que notre public a pour spécificité d'être très majoritairement des usagers de crack et que nous constatons quotidiennement combien il est difficile, lorsque les personnes sont sous l'effet de ce produit, de les sensibiliser aux messages de prévention. Si nous ne pouvons pas faire abstraction de ce facteur, il n'en reste pas moins que l'usage de crack n'est pas un phénomène nouveau parmi notre public et que son développement date de 1997. Il ne peut donc constituer à lui seul une explication par rapport aux observations constatées cette année.

Très vite, une autre hypothèse a été avancée, celle **d'une perturbation de la dynamique de travail interne à l'équipe**. D'abord, nous avons eu un collègue qui a été en arrêt longue maladie pendant près de 6 mois et son remplacement a été assuré par différentes personnes. Il est clair que l'intégration successive de personnes nouvelles sur un court laps de temps au sein de l'équipe est perturbant pour la dynamique de son travail. De surcroît, ces personnes n'ont pas forcément eu le temps de créer un contact suffisamment permanent pour susciter un rapport de confiance nécessaire à la transmission des messages de prévention. Ensuite, on peut penser que, année après année, les membres de l'équipe sont entrés dans **une sorte de routine quotidienne** et qu'un **phénomène « d'usure »** a pu se faire ressentir chez certains. En effet, nous pensons que travailler dans un PES exige, encore plus que pour un lieu d'accueil, une vigilance permanente à ne pas tomber dans la prestation de service car la relation avec le public est plus duelle et moins collective, plus superficielle et dans l'urgence du moment. C'est pourquoi il se peut que l'équipe ait été moins persistante dans la passation des messages de prévention et dans la sensibilisation des usagers aux pratiques à moindres risques. Il nous faut donc **faire un bilan critique de notre pratique** et essayer de repenser nos stratégies en fonction des besoins constatés à travers ce rapport d'évaluation.

La dernière hypothèse, que l'on peut proposer ici, est celle d'une difficulté plus grande, au delà d'un certain seuil d'évolution des comportements, à poursuivre au même rythme la prévention des risques et réduction des dommages. Par exemple, malgré une accessibilité accrue au matériel de prévention et une information généralisée, un quart environ des personnes continuent à partager leurs seringues. A partir d'un certain niveau d'évolution, on peut penser que les personnes qui persistent dans leurs pratiques sont celles qui cumulent **les vulnérabilités et qui sont les plus « résistantes »** au changement et à la prévention.

Toujours est-il que nous restons vigilants par rapport à l'ensemble de ces difficultés et que nous allons créer les conditions nécessaires au renforcement de nos stratégies de prévention.

Favoriser une prévention au féminin

La situation des femmes est, nous l'avons vu, particulièrement préoccupante et présente des facteurs de vulnérabilité supérieurs à ceux des hommes. C'est pourquoi il nous semble indispensable de créer des **stratégies de prévention spécifiques à leurs besoins** qui s'intègrent dans les objectifs de prévention des risques et réduction des dommages de notre programme.

Plusieurs pistes de travail peuvent ainsi être envisagées :

⇒ **Développer une information spécifique auprès des femmes**

Il s'agit de construire de l'information ciblée sur les questions spécifiques aux femmes concernant les structures existantes, les droits sociaux, les grossesses, la sexualité, la contraception, les problèmes gynécologiques, l'hygiène, les problèmes liés à l'injection, etc. Cette démarche pourrait prendre la forme :

- d'une **plaquette** élaborée en collaboration avec l'accueil d'EGO et des femmes consommatrices sur l'ensemble des informations nécessaires et indispensables à une prévention au féminin
- de **panneaux d'informations** ciblées sur des thématiques liées aux femmes à l'intérieur du local STEP
- d'un élargissement de **nos outils d'information** (plaquettes, journaux, etc.) à d'autres thématiques féminines
- d'un renforcement de notre **répertoire d'adresses** et de nos connaissances concernant les réseaux d'aide spécifiques à ce public
- de **soirées ponctuelles à thèmes**, avec la présence de partenaires travaillant avec des femmes (Planning familial, etc.)

⇒ **Introduire des outils de prévention spécifiques aux femmes**

Pour accompagner ces messages de prévention, il nous semble nécessaire de mettre à disposition des femmes des outils de prévention spécifiques :

- **Le préservatif féminin** (Fémidon) apparaît comme le premier matériel susceptible d'être distribué aux femmes. Il se présente comme une gaine munie d'un anneau souple à chaque extrémité qui se place le long de la paroi vaginale. Nous pensons que cet outil est un bon moyen pour aborder la question de la sexualité avec ce public, les pratiques à risques, etc.
- **Un kit « femme »** pourrait également être réalisé, comprenant des outils d'hygiène féminine : tampons ou serviettes hygiéniques, lingettes de toilette, mouchoirs, préservatifs (masculin et féminin), gels lubrifiants, plaquettes d'infos...

A travers ces actions spécifiques, nous espérons également pouvoir atteindre plus de femmes et voir ainsi une augmentation de leur fréquentation du programme.

Intégrer l'alcool et le tabac dans nos stratégies de prévention

Le plan gouvernemental de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances (1999 – 2001) prévoit l'élargissement du champ de la prévention à l'ensemble des substances psychoactives, qu'elles soient légales ou illégales. C'est pourquoi STEP, en tant que programme de prévention des risques et réduction des dommages, doit prendre en compte ces nouvelles orientations et intégrer dans ses stratégies **la question de l'alcool et du tabac**. Si nous sommes depuis longtemps confrontés au problème de l'alcool (polyconsommation), nous connaissons peu en revanche les problématiques

inhérentes au tabac. C'est pourquoi il nous semble important que l'équipe se forme, dans un premier temps, sur ces questions pour être capable de faire le relais auprès des usagers et faire passer des messages de prévention ciblés sur ces consommations. D'ores et déjà, nous avons rajouté, dans nos questionnaires de « contact », des questions sur les consommations d'alcool et de tabac, ceci afin d'appréhender l'ampleur et les caractéristiques de ces consommations. Là encore, un effort doit être fait pour élargir **notre palette d'outils d'information** (plaquettes, journaux, etc.) concernant ces deux substances. De même, il nous faut améliorer **notre connaissance des réseaux d'aide spécifiques** à ces produits et introduire dans notre répertoire d'adresses des rubriques consacrées à ces questions.

Développer de nouveaux outils de prévention

En fonction de l'évolution des comportements des usagers de drogues, il importe de développer de nouveaux outils de prévention qui s'adaptent à leurs besoins et à nos objectifs de réduction des risques.

Dans ce cadre, il nous semble que l'on pourrait envisager la mise à disposition d'autres matériels de prévention, notamment :

- **Des embouts jetables pour doseurs à crack**

En effet, nous l'avons vu, les usagers qui consomment du crack sont nombreux à partager le doseur qui leur sert à fumer ce produit. Or, il s'avère que cette pratique est particulièrement exposée aux risques, car les crackers ont souvent des micro-lésions au niveau de la bouche, à force de fumer, et cette voie apparaît comme une porte ouverte aux virus, notamment celui de l'hépatite C. C'est pourquoi il nous semble pertinent d'étudier, de façon plus approfondie, cette possibilité afin de renforcer nos messages par rapport au crack et aux hépatites.

- **Des tampons secs**

Depuis toujours, nous faisons passer des messages aux usagers sur l'utilisation des tampons d'alcool avant et après l'injection pour désinfecter. Or, nous savons que l'alcool a tendance à favoriser le saignement et que, de ce fait, il n'est pas forcément adapté après l'injection. C'est pourquoi il nous semble plus opportun de disposer également de tampons secs à effet hémostatique, sur le même modèle que ceux compris dans le stéricup, ceci afin de prévenir les manipulations de matériel avec des mains souillées (sang sur les mains).

- **Des dosettes de pommade antiseptique**

Avec l'injection du subutex et de la cocaïne, nous constatons une recrudescence des traumatismes liés aux veines (veinîtes, abcès, etc.) parmi notre public. Aussi il nous paraît intéressant d'étudier la possibilité de pouvoir nous approvisionner en dosettes de pommade antiseptique pour les veines et la prévention des abcès. Nous savons que ces outils existent en Suisse dans des PES, et qu'il serait opportun de pouvoir en disposer en France.

Renforcer la participation des usagers

STEP étant un lieu de passage, sa dynamique de fonctionnement favorise peu la participation collective des usagers. En effet, au delà de la réunion du mercredi à EGO ou celle du groupe de suivi de STEP, peu de moments de participation et de réflexion collective sont proposés au sein de l'espace d'accueil. C'est pourquoi il nous semble important de réintroduire des temps de réunions avec le public qui fréquente notre programme.

Cette démarche pourrait prendre différentes formes :

- **Des ateliers santé**
Il s'agirait de mettre en place des temps de sensibilisation sur des thématiques en lien avec la santé des usagers, notamment liés à leurs pratiques de consommation et contextes de vie.
Par exemple : les techniques de shoot, les règles d'hygiène, les premiers gestes de secours, la prévention des overdoses, etc.
- **Des réunions avec les usagers**
A un rythme régulier, elles seraient l'occasion de discuter avec les usagers sur le fonctionnement du programme, sur les problèmes rencontrés, sur les pistes de travail à mettre en place, etc. Elles permettraient ainsi d'impliquer de façon plus importante les usagers comme acteurs de prévention .

Développer les partenariats

Pour favoriser le travail d'information et d'orientation de notre public, il importe de créer des partenariats avec l'ensemble du réseau existant, qu'il relève du droit commun ou du secteur spécialisé. C'est pourquoi nous pensons qu'il nous faut renforcer les partenariats existants et en développer de nouveaux en fonction des besoins émergents de notre pratique.

A ce titre, il semblerait pertinent :

- **D'inviter des partenaires à faire une permanence à STEP**
Ceci favoriserait, pour les usagers comme pour l'équipe de STEP, la rencontre avec différentes équipes, une meilleure connaissance de leurs modalités de travail et une information sur des thématiques spécifiques. Ceci peut également être l'occasion pour certains partenaires de mieux appréhender les caractéristiques et contextes de vie des usagers et, de ce fait, mieux cerner leurs besoins. De même, notre équipe pourrait être présente dans d'autres lieux ou structures développant un travail semblable.
- **De réaliser des soirées à thèmes**
Organisées ponctuellement, elles porteraient sur des thèmes liés à la prévention des risques et réduction des dommages et s'appuieraient sur l'invitation d'autres partenaires, experts sur la question. On peut d'ores et déjà citer certains thèmes possibles : dépistage, hépatite C, polyconsommation, hébergement, accès aux droits, etc.
- **De renforcer le partenariat avec les autres PES**
Les réunions avec les autres PES permettent de réfléchir aux besoins spécifiques des PES et de favoriser une meilleure cohérence entre les actions des différents programmes. C'est aussi une instance où sont posés les problèmes rencontrés par chacun et par rapport auxquels des réponses peuvent être élaborées collectivement. C'est pourquoi il est important de renforcer ce travail de collaboration et de concertation avec les autres PES.

En guise de conclusion

On retiendra de l'année 1999 plusieurs observations et tendances :

- **L'exclusion sociale constitue toujours un facteur important de vulnérabilité** des usagers de drogues. Ainsi, ils sont très souvent sans travail (72%), sans hébergement stable (66%), sans ressources (22%) ou vivant grâce au RMI (34%). Cette marginalisation crée des situations où priment l'immédiateté de la subsistance quotidienne, l'urgence de la consommation, l'instabilité des rythmes de vie, ce qui n'est pas sans favoriser le développement des comportements à risques, la dégradation de leur état de santé, et leur rupture avec les dispositifs d'aide.
- **La situation sanitaire de notre public semble s'améliorer**, témoignant ainsi des premiers effets de la politique de réduction des risques : stabilisation de la prévalence au VIH (18%), de celle au VHB (14%), contact médical plus fréquent (moins de 3 mois 80%), progression de l'accès à la substitution (72%),... Toutefois, l'hépatite C continue d'augmenter chez les UD (48%) et reste une priorité dans nos stratégies de prévention
- **La configuration des produits consommés par notre public est en pleine évolution** et montre une confirmation de l'usage du crack (67%) comme produit principal, une généralisation de l'usage de cocaïne (59%), une diminution de l'héroïne (31%), de nouvelles formes de polyconsommation associant drogues licites et illicites (médicaments 42%, alcool 41%), ainsi qu'une surprenante progression des drogues de synthèse (ecstasy 10%, LSD 10%).
- **Les comportements des usagers de notre programme font apparaître une persistance de leurs pratiques à risques** : réutilisation fréquente des seringues (54%), partage des seringues (25%), partage du matériel servant à l'injection (cuillère 46%, filtre 39%, doseur à crack 42%), utilisation du préservatif moins fréquente (53%). Deux groupes s'avèrent plus exposés aux risques sociaux et sanitaires : les femmes et les jeunes consommateurs (- de 25 ans).
- Face à la complexité des situations, il apparaît nécessaire **de développer des stratégies de prévention à la fois sociales et sanitaires, individuelles et collectives, globales et spécifiques** pour favoriser la prévention des risques et la réduction des dommages auprès des usagers de drogues.
- **L'activité du programme STEP reste en évolution constante**, avec une file active de 1930 usagers de drogues cette année, un total de 14 742 passages, une distribution de 133 389 seringues (1cc et 2cc), une récupération de 25 000 seringues usagées, sans compter le matériel de prévention secondaire et les préservatifs (74 839) mis également à disposition de notre public.
- **La politique de réduction des risques est marquée par de nouveaux enjeux**, notamment la nécessité de développer de nouvelles formes de médiation sociale, l'importance de diversifier les stratégies de substitution, l'intérêt de décloisonner les dispositifs publics, etc..
- **Les perspectives du programme STEP** doivent intégrer la question de la prévention spécifique aux femmes, celle liées aux drogues légales (alcool, tabac,), le développement de nouveaux outils de prévention (tampons secs, adaptateurs pour doseur à crack, etc.), mais aussi le renforcement des partenariats transversaux.