

ESPOIR GOUTTE D'OR
Association Loi 1901
13, rue Saint Luc
75 018 PARIS

Local STEP
56, Bd de la chapelle
75 018 PARIS

01.12

RAPPORT D'EVALUATION
DU PROGRAMME D'ÉCHANGE
DE SERINGUES DE
L'ASSOCIATION EGO

P réservatifs

E au

T ampons

S eringues

Bilan de la première année d'activité

1996

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

ESPOIR GOUTTE D'OR
Association Loi 1901
13, rue Saint Luc
75 018 PARIS

Local STEP
56, Bd de la chapelle
75 018 PARIS

**RAPPORT D'ÉVALUATION
DU PROGRAMME D'ÉCHANGE
DE SERINGUES DE
L'ASSOCIATION EGO**

P réservatifs

E au

T ampons

S eringues

Bilan de la première année d'activité

1996

SOMMAIRE

ÉVALUER LE PROGRAMME STEP : POUR QUOI FAIRE ?	3
1) Caractéristiques du projet STEP	3
2) Enjeux de l'évaluation du programme STEP	4
3) Les objectifs de l'évaluation du programme STEP	5
4) Les outils d'évaluation du programme STEP	7
CHAPITRE 1 :	
STEP : UN PAS DANS QUEL SENS ?	8
I - La construction d'une légitimité propre auprès des usagers de drogues	9
II - STEP : Un programme d'échange de seringues auprès d'une population très marginalisée ?	14
III - Réduire les risques liés à l'abus de drogues : Un objectif atteint ?	25
IV - La démarche communautaire comme mode de prévention globale des risques liés à l'usage de drogues	34
CHAPITRE 2 :	
FACE AUX CONSTATS, QUELLES NOUVELLES DIRECTIONS ?	39
I - Les nouvelles conduites à risques à prendre en compte	40
A) La recrudescence des contaminations par les Hépatites B et C	40
B) La vulnérabilité des femmes	43
C) Les problèmes liés à l'abus de crack	46
II - Les stratégies de prévention à mettre en place	48
A) Mieux informer les UD	48
B) Développer de nouveaux outils de prévention	50
C) Mettre en place un travail de rue	51

ÉVALUER LE PROGRAMME STEP : POUR QUOI FAIRE?

1) Caractéristiques du projet STEP

L'association EGO a mis en place, depuis plus d'un an, un programme d'échange de seringues et d'information/ prévention Sida - Hépatites, au sein du quartier de la Goutte d'Or (Paris 18^e).

A travers ce projet baptisé **STEP** (Seringues - Tampons - Eau - Préservatifs), EGO a souhaité faire un **nouveau pas** vers la Réduction des Risques sanitaires auprès des usagers de drogues en permettant un accès au matériel d'injection stérile 7 jours sur 7 - de 19h30 à 23h30 - et en créant un lien social avec une population particulièrement marginalisée.

Ce programme a pour particularité de s'appuyer sur **une démarche de travail communautaire**, construite depuis 10 ans par notre association. Favoriser la participation des acteurs du quartier dans la construction du projet, y compris les habitants et les UD, être une structure relais avec le réseau socio-sanitaire existant, promouvoir une politique de Réduction des Risques locale, prendre en compte l'impact du programme et ses conséquences sur l'environnement direct...telles sont également les exigences d'un programme d'échange de seringues de type communautaire.

Ainsi, STEP apparaît aujourd'hui, en France, comme le premier programme fixe d'échange de seringues ouvert 7 jours sur 7, et construit dans une logique de travail communautaire. A ce titre, il s'agit d'un **projet expérimental** nécessitant la mise en oeuvre d'une évaluation permanente et participative afin de faciliter l'adaptation du projet à son environnement et permettre une implication des acteurs du quartier et des usagers de drogues dans la construction et la validation de l'action.

2) Enjeux de l'évaluation du programme STEP

La mise en oeuvre indispensable d'une démarche d'évaluation participative réside dans le fondement même de l'action communautaire. En effet, celle-ci se construit à partir des caractéristiques sociales et sanitaires, voire micro culturelles, propres à un territoire. Mais l'ensemble de ces facteurs change, évolue et transforme le contexte local. Pour maintenir une adéquation avec son environnement, l'action communautaire est l'objet d'une réadaptation systématique élaborée à partir d'une analyse des résultats escomptés, des effets non prévus, des obstacles rencontrés, des changements nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. C'est ce processus d'**évaluation permanente et participative** réalisée à partir des différentes expertises représentées (habitants, UD, professionnels) qui est au coeur de la dynamique communautaire.

Par ailleurs, la mise en place d'une structure fixe exige, contrairement aux dispositifs mobiles, une plus **grande capacité d'adaptation** du programme à son environnement. En effet, le contexte local actuel est marqué par une forte tension dans les rapports entre les structures d'aide aux usagers de drogues et la population locale, inquiète de ne pas voir ses intérêts suffisamment pris en compte dans ce domaine. Il s'agit donc d'être en capacité suffisante de **négociation** et d'explicitation du projet afin de permettre, au cours de cette première année d'activité, l'intégration et la légitimation du projet au sein de son environnement direct. Une démarche d'évaluation permanente et participative apparaît donc comme un moyen, non seulement, d'impliquer les acteurs du quartier dans la construction et la validation du projet, mais également, d'être attentifs aux nuisances éventuelles générées par le programme par un travail d'objectivation.

Enfin, mettre en place un local d'échange de seringues et de prévention Sida - Hépatites au sein d'un quartier tel que la Goutte d'Or n'est pas une démarche sans particularités. Un des derniers quartiers populaires de Paris, stigmatisé depuis longtemps comme haut lieu de vente et de consommation de drogues, la Goutte d'Or fait figure de précurseur en matière de **mode d'usage et de produits consommés**. A ce titre, elle apparaît comme un terrain d'observation privilégié des pratiques des usagers de drogues, dont la connaissance est indispensable pour construire des stratégies de prévention adaptées et efficaces. Le programme STEP se veut donc un lieu de production d'information sur le mode de vie des UD, leurs pratiques de consommation et les nouveaux produits qu'ils utilisent.

3) Les objectifs de l'évaluation du programme STEP

Au cours de notre première année de fonctionnement, il nous est apparu nécessaire d'orienter l'évaluation du programme autour de 2 axes:

- l'intégration du local au sein de son environnement
- le profil des UD fréquentant le local, pour vérifier l'adaptabilité du projet à leurs modes de vies et pratiques à risques

Soucieux de privilégier le partenariat et l'implication des acteurs du quartier dans cette démarche, nous avons articulé l'évaluation sur différents niveaux:

1. Une évaluation interne réalisée par l'équipe STEP ayant pour but

- . de connaître le profil de la population des UD et appréhender l'évolution de leur situation sociale et sanitaire
- . cerner les pratiques de consommation des UD fréquentant STEP et cibler leurs conduites à risques liées à l'injection, aux produits, aux conduites sexuelles

2. Une évaluation externe, réalisée en collaboration avec l'Observatoire de la Vie Sociale de la Goutte d'Or (Association de la Salle Saint Bruno) afin de:

- . contextualiser le projet par rapport à l'évolution des scènes de vente et de consommation dans le quartier
- . repérer les incidences et nuisances éventuelles engendrées par l'action
- . appréhender les rumeurs, les réactions, les informations circulant autour de l'implantation et du fonctionnement du local

3. Un groupe de concertation locale, constitué en comité de suivi du projet. Il est composé:

- d'un représentant d'une association d'habitants
- d'un habitant de l'immeuble où se situe STEP
- d'un pharmacien des environs
- d'un médecin du quartier
- du commissaire divisionnaire du 18è
- d'une assistante sociale du service des urgences de l'hôpital Lariboisière
- du coordinateur de l'Observatoire de la Vie Sociale (Association de la Salle Saint Bruno)
- d'un interlocuteur expert sur les politiques de la ville

L'ensemble de ces objectifs constitue la première étape de notre réflexion en terme d'évaluation de l'activité du programme. Il paraît clair que ceux-ci feront l'objet d'une réadaptation systématique en fonction des conclusions qui émergeront.

D'ores et déjà, nous pouvons avancer que, pour 1997, l'accent sera mis sur une analyse plus fine des pratiques à risques des UD dans le cadre d'une prévention plus rigoureuse du Sida et des Hépatites.

4) Les outils d'évaluation du programme STEP

a. Les outils d'évaluation interne

Ils comprennent actuellement:

- **Une fiche de bord**, qui précise pour chaque passage le nombre de seringues rendues, le matériel de prévention délivré, les demandes exprimées et les orientations réalisées
- **Un questionnaire de premier contact**, ayant pour but de repérer la situation sociale et sanitaire pour chaque UD qui se présente à STEP
- **Une fiche de liaison** quotidienne décrivant la relation avec les usagers de drogues, les habitants et le travail en réseau de l'équipe (associations, police, partenaires, habitants,...)
- **Un questionnaire sur les pratiques à risques** des UD de façon ponctuelle
- **Les réunions d'équipe** hebdomadaires permettant de réfléchir sur le déroulement de l'action

L'ensemble de ces outils adressés aux UD ont été construits de façon à permettre un recueil de données fiables sans trop formaliser la relation avec cette population. La présence d'un leader communautaire au sein de l'équipe a été déterminante pour connaître les modes culturels et les codes sociaux des UD du quartier, et élaborer à partir de ce savoir "non classique" des outils adéquats.

b. Les outils d'évaluation externe

Ils se présentent comme suit:

- **Des entretiens semi-directifs**, tous les six mois, avec des personnes sources d'information sur les problèmes liés à l'usage de drogues dans le quartier (équipe 1ère ligne d'EGO, autres structures d'accueil d'UD, la police, les services de propreté, les médecins...)
- **Des entretiens semi-directifs**, tous les six mois, avec des personnes relais d'opinion dans le quartier (concierges, associations de jeunes, commerçants, habitants...)

Chapitre 1

STEP

Un pas dans quel sens?

I) LA CONSTRUCTION D'UNE LÉGITIMITÉ PROPRE AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES

A) La fréquentation du local par les usagers de drogues

L'ouverture d'un local d'échange de seringues à la périphérie ouest de la Goutte d'Or, dans un lieu où le trafic de drogues est moins présent que dans d'autres coins du quartier, n'était pas de prime abord évidente quant à la fréquentation effective du programme par les UD. En effet, ceux-ci feraient-ils l'effort de traverser le quartier pour venir se procurer du matériel d'injection propre? De même, si les scènes de vente et de consommation se déplaçaient, continueraient-ils de fréquenter STEP?

En fait, le nombre d'UD fréquentant STEP n'a cessé d'augmenter tout au long de l'année. Ainsi, nous sommes passés d'une moyenne de 8 passages par soirée en Janvier 96 à 21 en Décembre 96, le plus haut pic se situant en octobre avec 31 passages en moyenne par soirée .

<i>Nombre de passages</i>	1ER TRIM.		2EME TRIM.		3EME TRIM.		4EME TRIM.		Total
	1066		1379		2068		2314		6827
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	Total
934	132	1191	188	1716	352	1998	316	6827	

<i>Personnes venant pour la 1ère fois</i>	1ER TRIM.		2EME TRIM.		3EME TRIM.		4EME TRIM.		Total
	211		129		129		116		585
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	Total
169	42	107	22	108	21	96	20	585	

Sur l'ensemble de l'année 1996, STEP totalise ainsi 6827 passages, soit une moyenne de 19 passages par soirée, et compte parmi sa file active 585 usagers de drogues.

Pourtant dès janvier 96, soit 2 mois après l'ouverture du local, nous avons pu constater que l'activité de STEP démarrait progressivement mais lentement. Alors que nous pensions bénéficier de la légitimité de l'Accueil d'EGO pour orienter les UD vers STEP, aucune affluence ne s'est produite dans ce sens. En fait, il s'est avéré que la majorité des UD qui fréquentaient STEP nous disaient avoir connu le local par l'intermédiaire d'un ami; seuls 15% d'entre eux ont affirmé avoir été orientés par l'accueil d'EGO. Ceci montre que **la légitimité de STEP s'est construite à partir de la qualité de son propre accueil** et de sa relation spécifique avec les UD qui ont fait passer le message "de bouche à oreille" auprès de leurs pairs.

Le développement de l'activité du programme s'est réalisé par étapes successives. Au début, ce sont essentiellement des personnes issues de la Goutte d'Or qui ont fréquenté STEP. Après cette première vague d'UD, nous avons vu venir également, d'abord des personnes issues d'autres quartiers du 18è, puis d'autres arrondissements de Paris. Ils représentent aujourd'hui respectivement environ 11% pour la Goutte d'Or, 15% pour les autres quartiers du 18è et 24% pour les autres arrondissements de Paris.

La seule exception à cette règle est constituée par les personnes arrivant de banlieue, qui ont représenté dès l'ouverture du local, une part importante de notre public.

Pour comprendre ce phénomène, il nous faut rappeler que la Goutte d'Or a toujours attiré des personnes venant d'autres quartiers pour acheter leurs produits et investir ce territoire comme lieu de vie. Les chiffres dont nous disposons montrent que 40% des UD qui habitent dans d'autres quartiers du 18è, fréquentent la Goutte d'Or pour subvenir à leurs besoins. De même, 34% des personnes habitant dans d'autres arrondissements de Paris et 54% des personnes provenant de Banlieue, investissent la Goutte d'Or comme lieu de survie et de "galère". Ces chiffres sont donc intéressants car ils permettent d'avoir une compréhension plus objective d'un phénomène souvent mis en avant pour stigmatiser le quartier.

<i>D'où viennent ils?</i>	<i>Où achètent- ils leurs produits?</i>			
	Goutte d'Or	Autre 18è	Autre Paris	Banlieue
Goutte d'Or	82%	8%	10%	0%
Autre 18è	40%	43%	12%	5%
Autre Paris	34%	12%	46%	8%
Banlieue	54%	20%	11%	15%

Toutefois, ils montrent également que **c'est avant tout le produit et la qualité du produit qui déterminent le choix de l'UD de s'approvisionner à tel endroit plutôt qu'un autre**. Or, si STEP compte parmi son public près de 45% de personnes

issues de banlieue; ce n'est donc pas le programme en lui-même qui attirerait une population extérieure au quartier, mais bien la perspective pour cette population de pouvoir se procurer le ou les produits qu'ils recherchent. Et, c'est également le fait que STEP soit situé à mi-chemin entre la gare du Nord et leurs lieux d'approvisionnement qui renforce leur fréquentation au sein de notre programme d'échange de seringues.

Il apparaît donc que la fréquentation du local est largement influencée par **l'évolution des scènes de vente et de consommation au sein de son environnement**. Les variations de fréquentation du public tout au long de l'année 1996, notamment au mois de Mars- Avril 96 ont été marquées, en partie, par une modification des modes d'usages au sein du quartier. En effet, le marché de l'héroïne s'est amoindri au profit de celui du crack; ce qui a poussé certains consommateurs qui venaient s'approvisionner en "héro" à acheter leur produit dans d'autres quartiers de Paris où la qualité était meilleure.

De même en Décembre 1996, nous avons observé un léger ralentissement d'activité qui peut être mis en parallèle avec la mise en oeuvre du plan vigipirate.

Il est clair qu'un programme fixe d'échange de seringues, à la différence des dispositifs mobiles, est plus sensible à la conjoncture locale. La présence massive de la police, l'investiture de l'Église St Bernard par les "Sans Papiers", la modification des scènes de ventesont autant d'éléments qui peuvent influencer l'activité du local.

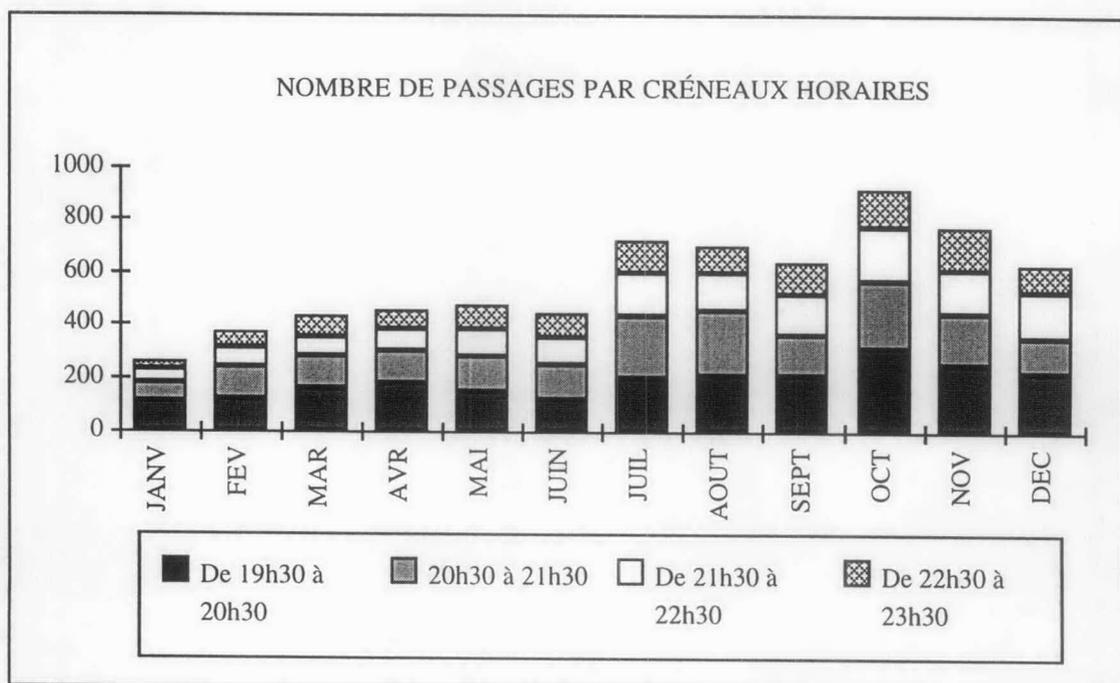
B) L'adaptation des horaires d'ouverture du local

La mise en place des horaires du local a été élaborée à partir d'une enquête réalisée auprès des pharmaciens du quartier et du Bus d'échange de seringues de Médecins du Monde situé métro Château rouge. Il s'agissait de repérer les pics de fréquentation des usagers de drogues venant se procurer du matériel d'injection auprès de ces agents de santé. Il est apparu que 2 créneaux horaires se distinguaient clairement, aux alentours de 19h00/20h00 et de 22h00/22h30.

Afin de travailler en complémentarité avec les pharmaciens du quartier, les horaires d'ouverture ont été établis de 19h30 à 23h30, élargissant ainsi pour les UD la possibilité d'accéder au matériel de prévention.

Toutefois, ce créneau restait expérimental, c'est-à-dire, susceptible d'être adapté aux besoins qui émergeraient à travers l'activité du programme. C'est pourquoi il convenait d'être vigilant sur les heures de fréquentation des UD et d'évaluer la pertinence de nos temps de permanence.

Au cours du premier semestre, nous avons observé que **35% de notre public passait au local entre 19h30 et 20h30**, et que le pic d'affluence se situait à 19h30, dès l'ouverture des portes. Par contre, seulement 16% d'entre eux venaient chercher du matériel de prévention entre 22h30 et 23h30. Ce constat nous a donc amenés à réfléchir sur l'opportunité d'une réadaptation de nos horaires. Toutefois, avant de mettre en place cette nouvelle disposition, nous souhaitons avoir une vision plus précise des créneaux de fréquentation des UD sur l'ensemble de l'année, et ce, afin de repérer des décalages éventuels, notamment entre les mois d'hiver et ceux d'été.



Il est clair que les derniers mois d'activité apportent une vision beaucoup plus nuancée de la situation. D'abord, à partir de Juillet 96, nous assistons à une très forte augmentation du nombre de passages qui se répercute sur l'ensemble des créneaux horaires. Ainsi, le nombre de passages se situant entre 22h30 et 23h30 est passé de 430, soit environ 16% du total des passages au premier semestre, à 770, ce qui représente 18% du total au second semestre. Même si la proportion des passages entre 22h30 et 23h30 varie peu, il apparaît toutefois que le nombre d'UD venant chercher leur matériel à ce moment a largement progressé. On peut faire l'hypothèse qu'un certain nombre d'entre eux ont pu expérimenter le fait de venir chercher leur matériel après 23h00 en craignant que le local ne soit déjà fermé, et intégrer de ce fait ses horaires de fonctionnement.

On remarque également que sur les mois d'été (Juin - Juillet -Août) le public passe au local plus tard dans la soirée puisque le créneau le plus fréquenté à cette période est celui de 20h30 à 21h30.

Face à ces différents constats, comment adapter nos horaires de fonctionnement ?

Il est clair que, sur l'ensemble de l'année, **15 à 20% des UD passent au local entre 19h30 et 20h00 alors que seulement 8 à 10% d'entre eux viennent prendre leur matériel entre 23h00 et 23h30.**

A travers ces chiffres, on comprend aisément que, si réadaptation des horaires il y a, celle-ci se joue uniquement sur un créneau d'une demi-heure, c'est à dire 19h00/ 23h00.

La question est de savoir où se trouvent les réels besoins de notre public. En effet, choisir d'ouvrir le local à 19h00 peut être un moyen d'élargir la population qui fréquente STEP. Ceci d'autant plus, quand on sait que les structures d'aide aux UD du quartier ferment à 19h00 et que les pharmaciens, à cette heure de la journée, sont confrontés à une affluence de clientèle qui ne permet pas un contact facile avec les "toxicos".

D'un autre côté, on peut aussi penser qu'avant 19h30, les UD peuvent toujours avoir accès au matériel d'injection alors que, si l'on ferme à 23h00, cette démarche devient nettement plus difficile.

Il revient donc à l'équipe de trancher cette question en essayant d'analyser toutes les solutions possibles et en impliquant également les UD dans cette réflexion.

C) La fréquentation du local sur les différents jours de la semaine

Conçu pour faciliter l'accès au matériel d'injection propre aux UD à des moments où peu de structures sont accessibles, STEP ouvre ses portes tous les jours de la semaine, week-end et jours fériés compris.

Après quelques mois d'activité, nous avons constaté que, comparativement aux autres jours, notre public fréquentaient moins le local le samedi et le dimanche. Nous nous sommes alors demandé si nous avons fait le bon choix. Notre fonctionnement était-il pertinent par rapport aux modes de vie des UD ?

Il est vite apparu en cours d'année que notre hypothèse de départ était juste. En effet, quelques mois ont suffi pour que le déséquilibre constaté, entre les jours de la semaine et le week-end, s'amointrisse. On peut penser qu'un certain laps de temps a été nécessaire aux UD pour intégrer le fait qu'une structure soit ouverte 7 jours sur 7.

Dans tous les cas, **aujourd'hui, le Samedi et le Dimanche constituent désormais les deux temps forts de la semaine en terme de fréquentation du local.** D'ailleurs, c'est souvent au cours du week-end que les records de passages sont constatés. A l'inverse, les lundi et mercredi restent les jours les plus "creux " de la semaine du fait, en partie, de la présence du Bus de Médecins du Monde au métro Château Rouge.

II) STEP: UN PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES AUPRÈS D'UNE POPULATION TRÈS MARGINALISÉE ?

A) Profil des Usagers de Drogues fréquentant STEP

1- Répartition du public par sexe

La population qui fréquente STEP est essentiellement masculine. Ainsi, **les hommes représentent près de 80% de notre public, tandis que les femmes seulement 20%**. De même, le nombre de passages féminin est proportionnellement moins élevé que celui des hommes. En fait, nous avons pu observer que les femmes utilisaient "le service STEP" de façon très spécifique. Ainsi, lorsqu'elles viennent une fois par semaine pour échanger du matériel souillé contre le maximum de seringues neuves, les hommes, eux, passent plusieurs fois dans ce même laps de temps, mais se procurent un plus petit nombre de seringues à chaque passage. Par ailleurs, il ressort des discussions avec les femmes de STEP que celles-ci sont plus "débrouillardes" quant à la gestion de leur consommation de produits et à leur survie quotidienne.

Une analyse plus fine des besoins des femmes est actuellement en cours de réflexion, afin de repérer les stratégies spécifiques de prévention auprès de ce public particulier (cf: 2è partie de ce rapport).

2- Répartition par âge

L'âge moyen du public qui fréquente le programme STEP est relativement élevé puisqu'il se situe aux alentours de **30 ans**. Ainsi, les 2/3 de notre population sont âgés de 25 à 34 ans. Par contre, peu de jeunes UD passent au local (seulement 14%). Ce chiffre n'est pas significatif d'une moindre consommation de drogues chez les jeunes, puisque si l'on regarde l'âge de début de consommation parmi l'ensemble de notre public, on peut constater qu'il se situe vers 18 ans. Il semblerait plutôt que les jeunes consommateurs de drogues ne soient pas en contact avec les structures socio-sanitaires au moment où ils entrent dans un usage abusif de produit. Pourtant, **cette période est souvent marquée par une prise de risques importante (partage de seringues, méconnaissance du shoot propre, des produits utilisés, des modes de contamination VIH et Hépatites, des structures d'aide et d'information...)** qui rend ce public plus vulnérable par rapport aux contaminations par le Sida et les Hépatites. Là encore, une réflexion plus ciblée sur les besoins des jeunes consommateurs

de drogues serait à mettre en place pour rendre plus efficaces nos stratégies de prévention et de Réduction des Risques.

3- Répartition par nationalité et origines culturelles

Le public accueilli à STEP est majoritairement de nationalité française. Seuls 30% de notre population est de nationalité étrangère. Toutefois, en terme d'origines culturelles, ce sont les personnes originaires des pays du Maghreb (41%) qui sont les plus représentées. Ces chiffres montrent toute **l'importance de l'immigration comme facteur de vulnérabilité par rapport aux problèmes liés à l'abus de drogues**. Loin de vouloir stigmatiser un groupe ethnique particulier, il s'agit seulement de souligner, qu'"être issu de l'immigration", c'est souvent se trouver confronté à un **processus d'exclusion sociale (problèmes de papiers, analphabétisation, chômage...)** qui favorise, à terme, la consommation de drogues.

En terme de prévention, cette représentation importante des populations d'origine maghrébine signifie également qu'il faut prendre en compte les représentations culturelles spécifiques des risques liés au VIH et aux hépatites (ex: faire un test dépistage, parler de la séropositivité, utiliser le préservatif,....).

Une autre catégorie importante est constituée par les personnes françaises qui représentent 34% de notre population.

Puis viennent les personnes originaires de l'Europe (16%), et plus particulièrement de la Pologne, de l'Espagne, du Portugal., avec pour certains de gros problèmes d'intégration (errance, langue française non parlée, absence de papiers..).

Peu d'UD originaires d'Afrique noire; (4%) seulement fréquentent STEP.

B) La situation sociale du public accueilli

La situation sociale dans laquelle vivent ou survivent les usagers de drogues conditionne souvent l'émergence de pratiques à risques plus ou moins importantes. Ainsi, de nombreuses études ont mise en évidence le lien entre la précarité des conditions de vie et le développement des conduites à risques, notamment par rapport au VIH et aux hépatites. Il est clair que l'absence de logement ou de couverture sociale constitue autant d'éléments qui rendent difficiles l'hygiène corporelle, le shoot propre, l'accès aux soins,...C'est pourquoi il nous est apparu important de mieux connaître la situation sociale du public fréquentant STEP; ceci, afin de réfléchir sur des stratégies de Réduction des Risques plus globales.

4 critères ont été retenus pour appréhender la situation sociale du public fréquentant STEP: le fait d'avoir un travail rémunéré, une couverture sociale, un logement, un suivi social.

IDENTIFICATION DU PUBLIC ACCUEILLI

Données recueillies à partir d'un questionnaire de "premier contact"
passé auprès d'un échantillon de 286 personnes

SEXE	HOMMES	FEMMES
	231	55
	80%	20%

AGE	- de 25 ans	25 - 34 ans	35 - 44 ans	45 ans et plus
	39	197	47	5
	14%	68%	16%	2%

NATIONALITÉ ORIGINES CULTURELLES	70% FRANÇAIS					30% ÉTRANGERS			
	Franç.	Afrique du Nord	Afrique Noire	Europe	Autres	Afrique du Nord	Afrique Noire	Europe	Autres
	34%	23%	2%	8%	3%	18%	2%	8%	2%

D'OU VIENNENT - ILS ?	Goutte d'Or	Autres quartiers du 18è	Autres arrondiss de Paris	Banlieue	Autres
	10%	15%	24%	45%	6%

SITUATION SOCIALE DU PUBLIC

LOGEMENT	Perso.	Parents	Ami	Hôtel	Foyer	SDF	Autre
	23%	22%	11%	9%	4%	29%	2%

TRAVAIL	Travail stable	Travail occasionnel	Sans travail	Couverture sociale	
				OUI	NON
	12%	5%	83%	74%	26%

CONTACT SOCIAL	OUI	NON
	44%	56%

Au regard de ces chiffres, il apparaît que **la grande majorité de notre population est sans travail, seule 15% d'entre elle ayant une activité "officielle" rémunérée.** C'est pourquoi beaucoup ont recours à la "débrouille" pour survivre et subvenir à leurs besoins: manche, deal, petits vols, prostitution, etc...

En ce qui concerne le logement, la situation de notre public paraît plus nuancée. Si l'on peut avancer qu'une grande majorité de notre public se trouve en situation de précarité en terme d'hébergement, nous observons toutefois qu'environ 40% des UD de STEP bénéficient d'un logement stable, soit parce qu'ils ont leur propre appartement, soit parce qu'ils vivent chez leur parents. Ce constat ne doit pas pour autant masquer le fait qu'un tiers de notre public est Sans Domicile Fixe et ne dispose à priori d'aucun hébergement. Et, que si l'on comptabilise également les personnes logeant à l'hôtel, en foyer ou chez un ami, **c'est près de 60% de notre population pour qui la précarité ou l'absence d'hébergement stable pose problème.**

En ce qui concerne leur couverture sociale, **près des 3/4 des UD fréquentant STEP affirment avoir la sécurité sociale.** Face à un tel chiffre, on peut émettre l'hypothèse que le fait qu'un grand nombre de personnes aient pu obtenir le RMI, a favorisé l'accès aux droits sociaux à une grande partie de ses bénéficiaires. Toutefois, même lorsqu'ils recouvrent leurs droits, cela ne signifie pas qu'ils accèdent ou utilisent l'ensemble des "services" médicaux sociaux, l'étiquette de "toxicomane" constituant toujours un obstacle majeur aux démarches de soins.

Enfin, 44% de notre public déclare bénéficier d'un contact social. Là encore, il faut prendre en compte le fait qu'il existe un certain "nomadisme" chez les UD qui vont de structures en structures sans que cela permette un suivi réellement efficace de leurs démarches.

A partir des données recueillies, on peut présenter une typologie des différents profils sociaux du public qui fréquente notre local. Ainsi, on peut repérer les groupes suivants:

1. "Les insérés plutôt précaires"

Ils représentent 20% environ de notre public et en constituent le noyau le plus "socialement inséré". Ce sont les personnes qui, malgré une consommation régulière de produits, ont réussi à conserver une vie sociale quasi "normale". Ils vivent pour la plupart en couple et ont des enfants. Pour ce faire, ils travaillent de façon ponctuelle ou occasionnelle; ce qui leur permet d'avoir un logement personnel et de subvenir à

l'ensemble de leurs besoins. Ils s'attachent à maintenir un équilibre parfois précaire entre leur vie de famille, leur travail et leur consommation de produits, par une autorégulation de leur usage, un recours aux produits de substitution, et une attitude préventive par rapport aux risques sanitaires.

2. *"Les désocialisés précaires"*

Ils constituent l'essentiel de notre public (60%). Sans pour autant être complètement marginalisé, ce groupe se caractérise par une grande précarité des conditions de vie et une désocialisation plus ou moins importante. En effet, sans travail, ceux-ci ont recours à des activités illégales pour survivre et consommer leurs produits. La prison, conséquence de ce mode de vie, est donc souvent un passage obligé et répété pour une grande partie d'entre eux; ce qui tend à renforcer leur état de désocialisation. Si la recherche et la consommation de produit est une préoccupation prioritaire, la volonté de "se sortir de la galère" reste présente. C'est pourquoi beaucoup restent en contact avec des structures socio-sanitaires, que ce soit pour des hébergements à moyen ou long terme, des problèmes de papiers, des règlements judiciaires, des problèmes de santé, des traitements de substitution, voire des sevrages. La situation des personnes appartenant à cette catégorie peut être très variable suivant les événements, allant de périodes de stabilisation et de réinsertion à des périodes de forte consommation et de galère de rue.

3. *"Les ultra marginalisés"*

Ils représentent la frange la plus marginalisée de notre public (20%). Ainsi, toute l'organisation de leur vie sociale est uniquement centrée sur la recherche et la consommation de produit. Vivant dans la rue, ils sont coupés des structures sociales et sanitaires et ne fréquentent que les structures dites de proximité. Leur état de santé est souvent inquiétant; ceci d'autant plus qu'ils sont très réticents à aller vers les structures de soins de droit commun. Traînant un lourd passé de toxicomanie, ils sont dans l'incapacité momentanée de quitter leur toxicomanie. Vivant avec les risques permanents liés à la marginalité (police, arnaques, overdoses, SIDA, ...), le risque est quasiment intégré à leur mode de vie; ce qui les rend moins sensibles aux messages de prévention. Enfin, face à l'extrême précarité de leurs conditions de vie, certains gestes de prévention trouvent vite leurs limites. Par exemple, comment sensibiliser au fait de se laver les mains avant l'injection lorsque se laver est un luxe qu'on ne peut pas s'offrir tous les jours?

Les différents profils que nous venons d'évoquer ici montrent combien **la situation sociale dans laquelle vivent ou survivent les UD conditionne l'émergence de pathologies sanitaires**. Si cet exercice permet de mieux comprendre ce phénomène, il n'est resté pas moins que la réalité n'est pas aussi figée que celle décrite dans cette typologie: chaque UD peut passer d'une catégorie à une autre au gré des

événements, des contacts avec les structures d'aide, de son propre parcours... Tout peut arriver mais rien n'est jamais perdu.

C) La situation sanitaire des usagers de drogues fréquentant STEP

1- Les produits consommés

Le public qui fréquente STEP présente un long passé de toxicomanie. La moyenne d'âge de début de consommation de produits, par voie intraveineuse, est de 18 ans. Mais l'on observe que près d'1/3 de notre population a commencé à s'injecter des drogues avant 16 ans. Ainsi, en moyenne, c'est donc 12 à 15 ans de toxicomanie qui caractérisent le public de notre programme.

En ce qui concerne les pratiques de consommation observées en 1996, **l'héroïne reste la principale substance recherchée par les UD puisque 40% des consommations la concerne directement.** Pour les personnes en situation de précarité, l'héroïne est souvent utilisée en association avec d'autres produits qui permettent de pallier le manque en cas de panne de "dope". Parmi les plus courants, on peut citer tous les médicaments à base de codéine, les benzodiazépines (le rohypnol notamment) et également, certains produits de substitution achetés dans la rue tels que le subutex, le skénan, voire la méthadone.

Sur la fin du deuxième semestre, nous avons pu observer **un développement de l'usage du crack parmi les UD du programme, qui le consomment majoritairement par voie intraveineuse.** Celui-ci est très souvent utilisé en association avec l'héroïne (30% des cas), car cela permet d'amortir la "descente" de cocaïne, qui peut provoquer des états d'anxiété ou de forte déprime. Par ailleurs, certaines personnes sous substitution recherchent également le crack (3% des cas), parce qu'il leur permet de ressentir des effets de "plaisir", que d'autres produits ne peuvent provoquer en raison de leur traitement. Enfin, même si le nombre de personnes consommant essentiellement du crack a augmenté, la proportion de "crackers" (4%) reste faible comparativement à l'ensemble de notre public.

En ce qui concerne **l'usage des produits de substitution, ils représentent 11% des cas de consommation.** Les produits utilisés sont principalement le subutex ou le skénan et le moscontin. Deux cas de figure se distinguent clairement. Le premier est constitué de personnes sous traitement, qui ont réussi à substituer leur(s) produit(s) par un autre mais qui ne peuvent pas encore se passer de la seringue. Ce sont donc des personnes qui injectent leur substitution. La deuxième situation est celle de personnes qui

utilisent la substitution comme traitement de bas seuil (avec le subutex essentiellement) et qui la consomme en alternance avec d'autres produits.

SITUATION SANITAIRE DU PUBLIC ACCUEILLI

AGE DE 1 ÈRE INJECTION	Avant 15 ANS	16 - 20 ANS	21 - 25 ANS	26 - 30 ANS	31 - 35 ANS
	17%	55%	21%	6%	1%

PRODUITS CONSOMMÉS	Héro	Héro + Crack	Héro + Médocs	Héro + Substi.	Coke + Crack	Substi. + Crack	Médocs	Substi.	Plus de 2 Produit
	40%	30%	3%	4%	4%	3%	3%	4%	9%

DÉPISTAGE	TEST VIH OUI	TEST VHB OUI	TEST VHC OUI	DERNIER TEST		
				+ de 5 ANS	- de 5 ANS	-1 ANS
	91%	73%	72%	5%	31%	64%

CONDUITES À RISQUES	PARTAGE DE SERINGUES		UTILISATION DES PRÉSERVATIFS		
	OUI	NON	OUI	NON	
	13%	87%	70%	16%	Couple 14%

SITUATION SÉROLOGIQUE	SÉROLOGIE VIH		SÉROLOGIE VHB		SÉROLOGIE VHC	
	Positif	13%	Positif	14%	Positif	29 %
	Négatif	71%	Négatif	53%	Négatif	38 %
	Incon- -nue	16%	Incon- -nue	33%	Incon- -nue	33 %

SUIVI MÉDICAL	1996	1995	1994	1993 - 1990
	- d'1 An 90%	- de 2 Ans 7%	- de 3 Ans 1%	3 Ans et + 2%

CONTACT CENTRE SPÉCIALISE UD	OUI	NON
	46%	54%

Enfin, une faible partie de notre public (3%) consomme essentiellement des médicaments. Il s'agit pour une grande partie d'amphétamines (Orténal, Artane, Gardénal....). Cette consommation apparaît comme particulièrement problématique car elle se traduit par la réalisation de "cocktails explosifs" dont les effets sont souvent mal connus et par l'utilisation de matériels à hauts risques (injection avec des seringues 5cc, utilisation de seringues 10cc pour la préparation des mélanges, partage du matériel).

2- Conduites à risques et situation sérologique

Les conduites à risques principales liées à la contamination par le VIH et les Hépatites sont, pour les usagers de drogues plus particulièrement, le partage de seringues et les relations sexuelles non protégées.

Si le message de prévention "1 seringue = 1 shoot" est globalement connu des UD, on peut constater qu'il n'est pas encore complètement intégré à leurs pratiques. **Ainsi, 13% de notre public affirme avoir récemment partagé leurs seringues!**

Ce chiffre, dont on peut supposer qu'il est sous-estimé, montre que, l'information seule ne suffit pas, et que d'autres phénomènes font obstacle à la prévention. En analysant plus précisément nos données, on observe deux types de situation:

- ceux qui vivent dans les conditions de vie les plus précaires ont plus tendance à partager leurs seringues
- ceux qui vivent en couple, dans leur famille ou chez des amis ont également tendance à partager plus leurs seringues. Ici, c'est le fait de consommer avec des personnes de son entourage proche (c'est-à-dire en qui on a confiance) qui augmente les risques de partage.

Concernant le préservatif, 60% de notre public affirme avoir utilisé une "capote" au cours de leur dernière relation sexuelle. Là encore, des différences de comportements sont observées suivant que la (ou le) partenaire soit occasionnelle ou régulière. Ainsi, lorsque celle-ci est régulière, ou considérée comme telle, l'usage du préservatif est moins fréquent. En outre, nos données font apparaître que les personnes séropositives au VIH ont beaucoup plus tendance à utiliser des préservatifs que les personnes séronégatives et celles séropositives aux hépatites. Il semble que, dans les représentations des UD, les risques de contamination par le VIH soient beaucoup plus liés aux voies sexuelles que ne le sont les hépatites, dont ils connaissent mal les modes de transmission.

En outre, les personnes séronégatives, beaucoup moins vigilantes, apparaissent comme un groupe "à risque" car elles utilisent le préservatif de façon beaucoup plus irrégulière.

Concernant la pratique du test de dépistage, on est surpris de constater que cette démarche préventive a été intégrée par les UD . Ainsi, 91% de la population de notre programme affirme avoir réalisé un test de dépistage du VIH. On peut faire l'hypothèse que les "toxicomanes", stigmatisés comme groupe "à risques", ont été sensibilisés de façon beaucoup plus importante à l'intérêt de cette démarche. Toutefois, là encore, concernant le dépistage des Hépatites, cette pratique s'avère un peu moins systématique, même si le taux de personnes ayant fait un test VHB ou VHC cumule à 73%.

Bien que le test de dépistage ait été intégré comme outil de prévention, on remarque que, pour 40% de notre public, les tests datent de plus de deux ans, voire plus de 5 ans pour une petite minorité de personnes très précarisées (5%). Le fait de réaliser un test de dépistage de façon régulière comme un acte de prévention et de surveillance de son état sérologique n'est pas toujours facile pour une population qui doit organiser sa survie au jour le jour. Néanmoins, la démultiplication des messages de prévention autour du test a favorisé le fait que la majorité de notre public ait réalisé un test de dépistage depuis moins d'un an.

Concernant les états sérologiques de notre population, nous observons que 13% des UD affirment être séropositifs au VIH et que 16% ne connaissent pas leur statut sérologique au VIH. Ces chiffres, pour le moins surprenants, nous paraissent être largement sous-estimés par rapport à la réalité du phénomène. Il semble que les conditions de recueil de cette donnée aient pu biaiser les réponses à cette question. En effet, remplir un questionnaire, portant entre autre sur sa situation sérologique, dans un espace collectif tel que notre comptoir a pu inhiber certaines personnes à affirmer leur sérologie devant les autres. Ainsi, il nous est arrivé plusieurs fois que des UD interpellent les accueillants pour leur chuchoter à l'oreille qu'ils sont séropositifs mais qu'ils ne veulent pas cocher "positif" à cette question de peur que les autres personnes présentes n'apprennent leur sérologie. Face à ces différents constats, nous avons depuis modifié les conditions de recueil de données en isolant dans un coin du comptoir les personnes qui remplissent des questionnaires et en évitant de les proposer aux UD lorsqu'il y a trop de monde. Ainsi, nous espérons pour 1997 avoir des résultats plus fiables à présenter.

En tout cas, pour ce qui est de 1996, nous constatons également que de nombreuses personnes sont à la fois séropositives au VIH et aux Hépatites.

DÉTAIL DES SÉROLOGIES AU VIH, VHB ET VHC

- <i>Personnes séropositives au VIH et au VHB</i>	5%
- <i>Personnes séropositives au VIH et au VHC</i>	7%
- <i>Personnes séropositives au VIH et VHB et VHC</i>	4%
- <i>Personnes séropositives au VHB et VHC</i>	10%

Les hépatites sont une préoccupation récente chez les UD, comme chez les acteurs de prévention, qui ont concentré leurs efforts contre l'épidémie du SIDA.

Pourtant, aujourd'hui, nous assistons à une véritable recrudescence de contamination par les hépatites, notamment l'Hépatite C qui est la moins connue médicalement et pour laquelle il n'existe pas de vaccin. **Ainsi, parmi les UD qui fréquentent STEP, 14% sont positifs à l'hépatite B et 29% à l'hépatite C!**

Parce que l'Hépatite n'est pas mortelle à court terme (ou rarement) et qu'il existe un vaccin pour l'Hépatite B, certains UD sous-estiment les risques qui peuvent en découler et sont moins attentifs que pour le SIDA à leurs conduites à risques. Par ailleurs, le manque de données médicales fiables sur l'ensemble des modes de contamination des Hépatites contribue à jeter un flou chez les UD quant aux gestes de prévention adaptés.

Toutefois, dans la majorité des cas, les personnes atteintes par le VHB ou le VHC vont voir leur médecin traitant et se font suivre médicalement. Ceci est moins vrai pour les personnes séropositives au VIH, chez qui "*la fatalité*" de la maladie pèse plus lourd et conforte certains à ne pas se faire suivre médicalement puisque "*de toute façon, on ne guérit pas encore de cette saloperie*".

Enfin, les cas de multicontamination par le VIH et les Hépatites constituent bien évidemment un risque de plus pour les UD qui apparaissent comme une population doublement exposée.

4- Mal nutrition du public

Une partie importante de notre public, parmi les plus précarisés d'entre eux, a un rythme de vie qui laisse peu de place à la satisfaction de ces besoins vitaux que sont l'hygiène, le sommeil, et l'alimentation.

Beaucoup d'UD nous disent n'avoir que très rarement l'occasion de manger un vrai repas, l'essentiel de leur alimentation se constituant d'un sandwich par ci par là, d'un vague yaourt ou d'un litre de lait...

Quand on sait que cette population la plus précarisée est aussi celle qui développe des pathologies sanitaires les plus graves et que l'alimentation sert à l'organisme pour répondre aux agressions virales extérieures, on comprend aisément que **la mal-nutrition** d'une partie de notre public est **un réel besoin de santé** auquel il faut répondre.

5- Suivi médical et contact avec des centres spécialisés

On constate en 1996 que 90% de notre public affirme avoir vu au moins une fois son médecin au cours de l'année pour un problème de santé particulier. Si ce chiffre paraît encourageant, il n'en reste pas moins qu'aller vers une structure de soins, quelle qu'elle soit (hôpital, médecin de ville, ...), n'est pas une démarche facile pour un UD. Ainsi, 10% de notre public affirme ne pas avoir vu de médecin depuis plus de deux ans.

Le fait d'être en contact avec un centre spécialisé dans l'aide aux UD facilite la passerelle vers les dispositifs de soins.

III) RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS À L'ABUS DE DROGUES: UN OBJECTIF ATTEINT ?

A) La Réduction des risques sociaux auprès des Usagers de Drogues du programme STEP

1) La création d'une relation spécifique avec les UD: Premier outil de prévention des risques

Le programme s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire composée de deux représentants de l'axe sanitaire, deux professionnels de l'axe social et d'une personne originaire de la Goutte d'Or, dont la connaissance des codes sociaux du quartier et des modes de vie des UD sont essentiels à son bon fonctionnement.

C'est à partir de **la mise en commun de ces différents savoirs et savoir-faire que s'élabore la relation avec le public** qui fréquente STEP. Ainsi, il ne s'agit pas d'une relation institutionnelle classique de type "professionnel" à "client" ou "expert" à "naïf" mais bien d'une relation transversale de type communautaire où chacune des parties peut apporter son savoir propre et participer à la construction des réponses. Les UD sont donc sollicités comme acteurs de prévention dont l'expertise sur les produits et les modes de consommation sont utilisés pour produire des messages de prévention adaptés. De plus, la prévention de pair à pair est toujours valorisée et privilégiée au sein du local. Ainsi, certains UD ramènent des containers de seringues usagées ramassées dans des squats et récupèrent des seringues propres qu'ils redistribuent ensuite.

Le fait d'accéder à une relation d'écoute et de parole, d'individu à individu, entre citoyens responsables, a favorisé l'appropriation du lieu par les UD, qui se traduit par un respect du local et de son environnement direct. Ainsi, à ce jour, aucun incident ni acte de violence n'est survenu, les usagers se plaçant eux-mêmes comme régulateurs du conflit.

STEP, espace de Réduction des Risques auprès des UD, est donc par essence un lieu où aucun jugement moral n'est porté sur la consommation de produits, abusive ou non, du public qui le fréquente. La relation qui s'instaure avec ce dernier vise à favoriser la propre **responsabilisation de la personne** pour une meilleure gestion de sa consommation de produits, tant sur le plan social que sanitaire. Il ne s'agit donc pas de pousser vers l'abstinence ou l'arrêt de l'usage de substances mais plutôt de donner les moyens aux UD de limiter les risques liés à leur consommation.

C'est donc sur la base de ces différentes composantes que s'est construite progressivement la relation avec les UD fréquentant le programme. Pour permettre un moment de "break" et de convivialité, du café, du thé, parfois même des petits gâteaux sont mis à disposition des personnes. Ces pauses-café sont productrices de dialogue et de sociabilité avec l'ensemble des personnes présentes sur le moment, qu'elles soient usagers de drogues, habitants de la Goutte d'Or venant prendre des renseignements ou jeunes du quartier à la recherche de préservatifs.

C'est également lors de ces échanges informels que peuvent être abordés avec les personnes les problèmes de la vie quotidienne (arrestation par la police, agressions, arnaques par le dealer, ras-le-bol, absence d'hébergement pour la soirée, fatigue,...), formulées des demandes (perte de papiers d'identité, carte Paris Santé, suivi médical VIH, Abcès au bras...), et précisés les messages de prévention.

2. L'instauration d'une passerelle vers les structures sociales

La grande précarité des conditions de vie des UD oblige à apporter des réponses sociales leur permettant d'améliorer leur survie quotidienne. Accéder à un hébergement d'urgence, résoudre ses problèmes de papiers d'identité, pouvoir prendre une douche ou laver ses vêtements usés...sont autant d'éléments qui contribuent, par ailleurs, à prévenir les risques sanitaires liés à leur consommation de produits et à la situation d'exclusion qui en découle.

A travers la relation avec notre public, il s'agit donc de favoriser l'émergence de demandes et d'orienter les personnes vers des structures adaptées. Pour autant, aucun suivi social ne doit être réalisé au sein même du programme; ceci relevant d'une autre logique de travail que celle développée au sein de l'espace STEP.

En 1996, 321 demandes sociales ont donc été exprimées par les UD fréquentant notre programme.

Parmi elles, on peut distinguer deux types de demandes:

- Les demandes d'urgence ou ponctuelles:

Il s'agit de demandes auxquelles on peut répondre directement car elles ne nécessitent pas d'accompagnement individuel pour effectuer la démarche. Dans cette catégorie, on constate une très forte prédominance des demandes d'hébergement d'urgence. Celles-ci culminent au cours des mois d'hiver où les UD sont beaucoup plus sensibles à la difficulté d'avoir un lieu chaud où dormir. Pour pallier cette situation, un partenariat a été construit avec le Sleep'in et le Samu Social, structures d'urgences pouvant être contactées le jour même ou le soir au moment où la personne exprime la demande.

Par ailleurs, chaque soir, tout un ensemble de petits renseignements nous sont demandés tels que l'adresse du Bureau d'Aide Sociale, de Caisses d'Allocations familiales, d'hôtels

pas chers, de lieux où l'on peut se laver...Les UD nous sollicitent sur la marche à suivre par rapport à leur situation particulière et nous leur donnons les indications qui leur permettent d'aller vers les structures adéquates... Il est à noter que les demandes de lieux où l'on peut se nourrir gratuitement (ou pour un coût très réduit) sont de plus en plus nombreuses; ce qui est un indicateur de la paupérisation croissante de notre public.

DEMANDES EXPRIMÉES PAR LE PUBLIC USAGER DE DROGUES

TYPE DE DEMANDES	
DEMANDES SOCIALES	DEMANDES SANITAIRES
333	376

DÉTAIL DES DEMANDES SOCIALES								
Hébergement	Suivi Juridique	Pb Sécurité Sociale	Carte Paris Santé	Domiciliat°	Emploi Stage	Pb de papiers	Demande alimentaire	Appartement thérapeutique
257	13	15	8	9	5	10	15	1

- Les demandes d'accompagnement social

Elles nécessitent un véritable suivi individuel qui ne peut être réalisé par l'équipe de STEP. C'est pourquoi elles sont relayées, soit vers l'Accueil d'EGO, soit vers d'autres partenaires.

Là encore, l'hébergement à court ou moyen terme reste une préoccupation permanente pour les UD, notamment pour les personnes sous substitution qui recherchent une stabilisation de leurs modes de vie. Sont également demandées toutes les procédures ouvrant accès aux droits sociaux tels que le RMI, la Carte Paris Santé, la sécurité sociale etc... Enfin, étant donné le mode de vie marginal des UD, lié à la consommation de substances illégales, les demandes de suivi concernant des problèmes juridiques (prison, interdiction de séjour, perte de papiers d'identité,...) sont elles aussi assez nombreuses.

L'orientation des demandes vers l'Accueil d'EGO a permis véritablement que les personnes qui fréquentent STEP connaissent et utilisent l'ensemble des axes de travail de notre association. Ainsi en 1996 64 personnes orientées par STEP ont été suivies par l'Accueil pour de multiples démarches. Désormais, toutes savent qu'elles peuvent avoir recours aux "services" de l'association quand besoin est.

B) La Réduction des Risques sanitaires auprès des usagers de drogues du programme

1- L'accès au matériel d'injection stérile

Favoriser l'accès au matériel d'injection stérile est l'axe essentiel du projet STEP. Pour ce faire différents outils de prévention sont mis à disposition du public:

- des seringues 1cc et 2cc
- des tampons alcoolisés (2/seringue donnée)
- des fioles d'eau stérile (1/seringue donnée)
- des tubes en carton dur pour mettre les seringues propres ou usagées
- des préservatifs à la demande (30 maximum/personne)

MISE A DISPOSITION DE MATÉRIEL D'INJECTION

DISTRIBUTION DE SERINGUES	1er trim. 96	2ème trim. 96	3ème trim. 96	4ème trim. 96	Total
Seringues 1cc distribuées	4221	6963	9692	11335	32211
Seringues 2cc distribuées	1578	1753	2239	1493	7063
Total seringues distribuées	5799	8716	11931	12828	39274
Total seringues retournées	4038	6348	8068	8684	27138
Pourcentage de retour	69%	73%	67%	68%	69%

DISTRIBUTION DE MATÉRIEL DE PRÉVENTION SECONDAIRE

MATERIEL DE PRÉVENTION	1er trim. 96	2ème trim. 96	3ème trim. 96	4ème trim. 96	Total
Tampons alcoolisés	10880	11475	23839	23949	70143
Eau stérile	5373	8283	11772	11995	37423
Tubes	463	281	157	163	1064
Préservatifs	2236	3775	2942	2078	11031
Plaquettes d'information	336	231	139	163	869

Au démarrage du programme, considérant que le local était ouvert tous les soirs, la consigne de distribution était axée sur l'échange de seringues: si la personne ne ramenait pas de seringues, elle avait droit jusqu'à 5 seringues maximum.- Ce chiffre avait été déterminé à partir d'une étude, réalisée à l'ouverture du local, faisant apparaître que le nombre moyen de shoot/ jour/ UD était de 5 -. Par contre si elle rapportait des seringues usagées, elle pouvait en obtenir 5 + le nombre de seringues ramenées, ceci jusqu'à 15 seringues maximum. Au début du second semestre, ce chiffre maximum a été poussé à 20; ceci afin de permettre aux UD qui gèrent leur consommation, une plus grande autonomie.

Sur ces bases, nous avons donc distribué en 1996 près de **39 274 seringues, 70 143 tampons alcoolisés, 37 423 fioles d'eau stérile et 1 064 tubes en carton.** Ceci signifie, qu'en moyenne, un usager de drogues prend 6 seringues, 10 tampons et 5 fioles d'eau à chaque fois qu'il passe au local.

En fait, l'utilisation du "service" STEP est largement déterminée par la situation sociale des personnes et les produits qu'elles consomment.

En effet, on constate que les personnes les moins marginalisées, celles qui ont un logement et une vie sociale en dehors de leur consommation, passent moins souvent au local mais ramènent et prennent un grand nombre de seringues. On peut penser qu'elles disposent de **conditions de vie plus favorables pour gérer de façon plus autonome et responsable leurs modes de consommation.**

A l'inverse, les personnes les plus précarisées sont celles qui passent quasi quotidiennement au local chercher le nombre de seringues qu'il leur faut pour la soirée mais qui rapportent plus occasionnellement des seringues usagées. Galérer dans la rue ne leur permet pas d'avoir beaucoup de "pompes" sur eux, par crainte notamment de la police, pour qui le port de la seringue constitue toujours une présomption d'usage.

En fonction des produits qu'ils consomment, les usagers de drogues utilisent différents types de matériels. Ainsi, les seringues 1cc sont principalement demandées par les personnes qui consomment de l'héroïne ou du crack. Les seringues 2cc, elles, sont utilisées pour l'usage des médicaments (produits de substitution, amphétamines, etc...).

Par ailleurs, les injecteurs de crack prennent souvent un plus grand nombre de seringues car, étant donné que l'effet du "caillou" est très bref, ils ont tendance à démultiplier le nombre d'injections pour accroître la durée du "plaisir".

On constate également que les UD intègrent progressivement dans leurs pratiques l'usage du matériel de prévention secondaire, même si les modalités d'utilisation de ces outils

sont encore mal connus pour une partie d'entre eux. Ainsi, beaucoup d'UD désinfectent leur point d'injection uniquement après le shoot pour stopper le sang qui peut couler. C'est pourquoi nous insistons beaucoup auprès d'eux afin qu'ils utilisent un tampon avant et un après leur injection. De même, pour l'eau stérile, certaines personnes n'en voient pas l'utilité et préfèrent utiliser de l'eau du robinet ou de l'eau minérale. Il nous faut donc constamment argumenter et expliquer les règles d'utilisation de l'ensemble du matériel qui leur est distribué.

Concernant la récupération de seringues usagées, on a pu observer qu'après quelques mois de fonctionnement et de mise en confiance avec notre public, **le taux de récupération avait fortement augmenté pour se stabiliser aux alentours de 69% en moyenne pour l'année.** Si tous les UD ne ramènent pas leur matériel usagé de la même façon, comme nous l'avons précédemment souligné, il n'empêche que tous affirment avoir le souci de ne pas laisser traîner leurs seringues n'importe où. Par ailleurs, certains UD nous ramènent parfois un grand nombre de seringues usagées qu'ils trouvent dans des squats, des chantiers, des lieux de shoot, etc...

Il ressort donc de ces différents éléments que les UD sont tout à fait capables de se responsabiliser par rapport à leurs pratiques, non seulement en se procurant du matériel d'injection stérile, mais aussi en participant au respect de leur environnement.

2. L'information et la prévention des risques auprès des UD

L'information des UD sur l'ensemble des risques liés à leur consommation de produit est essentielle pour cibler au plus près des pratiques des personnes les risques à éviter et provoquer un changement de leurs comportements. D'une façon générale, on peut souligner que les UD sont extrêmement demandeurs d'information; ce qui est un indicateur de l'évolution favorable de leurs attitudes de prévention.

L'information se fait sur un double niveau:

- L'information générale auprès des UD

Elle concerne tous les aspects sanitaires liés à la prévention du VIH et des Hépatites: modes de contamination, tests de dépistages, CIDAG, lieux d'aide pour les personnes séropositives, structures d'aide aux UD, relations sexuelles protégées, suivi médical VIH ou Hépatites, avancées thérapeutiques, horaires des autres programmes d'échange de seringues, etc... Pour ce faire, tout un ensemble de plaquettes d'information sont distribuées à notre public: journal de prévention ALTER EGO, Journal de l'ASUD, Guide du shoot à risques réduits (ASUD), plaquettes AIDES, Plaquettes Hépatites,

Guide de la Mairie de Paris pour personnes séropositives, Code du shoot à moindre risques, cartes CIDAG etc... Ce qui représente sur l'année 869 documents distribués. L'ensemble de ces informations sont explicitées soit à l'occasion de discussions informelles avec le public qui passe au local soit sur demande précise d'une personne.

- l'information spécifique liée à l'injection et aux produits

Elle concerne de façon beaucoup plus précise les pratiques d'injection et de consommation des UD dans un cadre de prévention des risques sanitaires.

Chaque soir, des conseils sont donnés aux UD sur les techniques d'injection propres, le choix des points d'injection, les effets de produits ou d'associations de produits etc... Ces questions sont souvent abordées lorsque des personnes nous montrent l'état de leurs veines, l'évolution d'un abcès ou encore sont en train de faire une "poussière"... Nous constatons que, particulièrement chez les jeunes injecteurs, les règles de base du "shoot propre" sont mal connues; ce qui fait qu'ils se "charcutent" souvent les veines avant de réussir à s'injecter leurs produits. De même, les "vieux" UD, bien qu'ils connaissent mieux les techniques d'injection, ont souvent les veines dans un état de précarité tel, qu'il leur devient très difficile de trouver une veine potentiellement "utilisable".

L'information est donc un outil indispensable et complémentaire à la mise à disposition de matériel de prévention, car elle permet d'appréhender au plus près des modes de vie des UD les situations à risque et de rendre plus accessibles les messages de prévention.

3) La "bobologie" et l'orientation des demandes sanitaires

Étant donné les modes de vie très durs d'une grande partie de notre population, beaucoup de problèmes de santé, plus ou moins graves, nous sont posés à l'accueil de STEP. Le plus fréquemment, il s'agit de demandes d'urgences relatives à un abcès mal soigné, une veinite, des problèmes de peau, une mycose au pied (les UD marchent énormément), à des coups résultant d'une bagarre, des problèmes gynécologiques pour les femmes...le plus souvent parce que les UD attendent le dernier moment avant d'exprimer une demande de soins. Dans ce cas, nous prodiguons les premiers gestes de soins, si nécessaire, puis orientons la personne vers une structure d'urgence, que ce soit les urgences de l'hôpital Lariboisière ou un ECIMUD. Toutefois, il n'est pas toujours évident d'envoyer un UD vers une structure de soins. En effet, certains lieux sont toujours réticents à accueillir un "toxico" qui, pensent-ils, risquent de leur poser des problèmes. De leur côté, les UD ayant souvent été mal reçus dans ces structures, refusent souvent d'y retourner même si leur problème de santé est grave. C'est pourquoi il nous

arrive parfois d'accompagner des personnes lorsque leur état de santé le justifie ou de les orienter vers des lieux de soins pour UD comme Médecins Du Monde ou Médecins Sans Frontières.

Par ailleurs, nous dispensons également des petits soins sur des coupures, des éraflures, des veinites, ... ce que l'on peut appeler de la "bobologie": petits pansements, massages avec de la pommade, ... Ces petits gestes sont souvent préventifs car des "bobos" mal soignés peuvent parfois devenir problématiques.

DÉTAIL DES DEMANDES SANITAIRES								
Conseils médicaux	Petits soins à STEP	Dépistage hépatites B et C	Dépist. VIH	Problèmes dermatologiques	Problèmes dentaires	Problèmes pulmonaire	Traumatologie	Problèmes cardio-vasculaires
41	39	14	37	21	8	8	15	5
Veinites	Abcès	Suivi hépatites	Suivi VIH	Suivi psychologique	Sevrage	Substitution	Problèmes gynécologiques	Bilan de santé
15	21	6	3	10	62	59	5	7

TYPES DE RÉPONSES ET D'ORIENTATIONS			
STEP réponse sur place	EGO	Structures sanitaires	Autres structures sociales
128	167	119	283

NOMBRE DE PERSONNES REÇUES À EGO			
1er trim. 96	2ème trim.96	3ème trim.96	4ème trim.96
18	14	17	15

Un autre axe important, en terme d'orientation sanitaire, est le travail réalisé à partir de demandes liées à la prévention ou à la prise en charge des problèmes liés au VIH et aux Hépatites. Il se traduit d'une part, par une sensibilisation à la réalisation des tests de

dépistages et le relais vers les CIDAG et d'autre part, l'orientation pour le suivi médical des personnes atteintes par le VIH, le VHB et le VHC.

Enfin, viennent les demandes liées à l'arrêt ou la stabilisation de l'usage de produits formulées par notre public. L'attitude des UD par rapport à la substitution a largement évolué car un grand nombre d'entre eux ont pu expérimenter ce type de traitement avec les avantages et les inconvénients qu'il présente. C'est pourquoi de nombreuses demandes d'accès à la substitution nous sont formulées. On constate que les personnes les plus stabilisées de notre public sont plus demandeuses de la méthadone, alors que les personnes les plus précarisées recherchent plutôt le subutex. Dans tous les cas, elles sont systématiquement orientées vers l'Accueil d'EGO. Il en est de même pour les personnes qui, souhaitant arrêter leur consommation, refusent d'être dépendantes à un produit, même de substitution, et préfèrent demander l'accès à un sevrage et une post-cure.

IV) LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE COMME MODE DE PRÉVENTION GLOBALE DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

A) La promotion d'une politique de Réduction des Risques locale

La politique de Réduction des Risques est une démarche de prévention qui suppose une nouvelle vision des problèmes liés à l'usage de drogues. En effet, dans ce cadre, l'UD n'est plus le sujet malade et irresponsable, objet de notre action, mais bien un partenaire indispensable, acteur de prévention nécessaire à l'élaboration de stratégies de prévention pragmatiques. De même, l'abstinence au produit n'est plus l'objectif ultime pour sortir de la drogue; la Réduction des risques propose d'autres alternatives qui répondent aux besoins des UD à chaque étape de leur parcours de consommation, qu'ils veuillent ou non arrêter ou stabiliser leur usage.

Mettre en place un programme d'échange de seringues, qui plus est dans une dynamique communautaire, participe de ce processus de reconnaissance de nouvelles stratégies de prévention des risques liés à l'usage de drogues.

En effet, dans un quartier comme la Goutte d'Or, où la population locale se sent menacée par le développement d'un trafic de drogues et la présence massive d'UD, et pour laquelle la seule réponse efficace se pose en terme sécuritaire, proposer l'ouverture d'un local d'échange de seringues pouvait paraître comme contraire à ses intérêts. Pourtant, à travers la démarche de travail communautaire, une consensualisation collective a été construite quant aux modalités de fonctionnement du programme et l'implantation du local. Ceci a pu se faire grâce à des rencontres avec les habitants du quartier (porte à porte, journées portes ouvertes, inauguration avec le quartier, visite des commerçants, entretiens avec les associations locales...) qui ont permis de concilier leurs besoins (trouver moins de seringues dans les lieux publics, ne pas avoir de deal au pas de sa porte, ne pas stigmatiser plus le quartier...) avec nos objectifs de santé publique. A ce jour, aucune manifestation de plaintes ou de remise en cause du projet n'est apparue. STEP est donc un programme accepté mais également reconnu par son environnement proche; ce qui montre, de façon symbolique, que, concernant les problèmes de drogues, d'autres alternatives alliant solidarités mutuelles et santé publique peuvent être mises en place.

Si la négociation avec la population locale est nécessaire à l'intégration du programme au sein de son environnement, le partenariat actif avec le tissu socio-sanitaire local est également indispensable pour assurer une cohérence de notre action. Ainsi, la constitution du groupe de concertation locale composé de représentants du quartier, dont le commissaire divisionnaire du 18è, est essentiel à son bon fonctionnement. En se réunissant tous les 6 mois, celui-ci a pour objectif de participer à la construction et la validation du programme mais également à la mise en place de collaborations utiles au développement du projet. Ainsi, le partenariat avec la police nous garantit le respect de notre démarche de santé publique et la tranquillité des UD qui passent à STEP. De même, une collaboration avec les urgences de L'hôpital Lariboisière permet d'améliorer l'accueil et les réponses apportées aux UD, en situation d'urgence, et/ou envoyés par STEP.

Par ailleurs, les différentes expertises représentées au sein du groupe (Médecin, pharmacien, association d'habitants, Observatoire de la Vie Sociale etc...) permettent d'appréhender les problèmes dans toute leur complexité et de réfléchir de façon beaucoup plus globale à de nouvelles stratégies de prévention. **Enfin, c'est à travers ce processus de réflexion collective que chacun peut interroger sa propre pratique, réadapter son activité en fonction d'objectifs communs et, enfin, faire évoluer ses propres représentations face aux "toxicomanes" et à la Réduction des Risques.**

B) Un programme de prévention auprès des habitants et des jeunes du quartier

Conformément à la logique communautaire, STEP est un espace de prévention accessible à toute personne désirant s'informer. De fait, progressivement, le temps que la population s'habitue au local et repère les personnes de l'équipe, nous avons vu arriver à STEP des habitants du quartier venant poser des questions sur le Sida, les Hépatites, les problèmes de drogues etc...

Sur l'ensemble de l'année, on peut ainsi compter près de 1000 passages de personnes non consommatrices de drogues au sein du local.

Il s'agit essentiellement de personnes issues de la Goutte d'Or, parmi lesquelles:

- des voisins du 56, bd de la Chapelle (30%)
- des jeunes du quartier (27%)
- d'autres habitants du quartier (18%)
- des partenaires du quartier (10%)
- d'autres partenaires (10%)
- des habitants d'autres quartiers (5%)

Les demandes exprimées par ce public sont très variées et varient en fonction des catégories représentées.

DÉTAIL DES DEMANDES EXPRIMÉES PAR LE PUBLIC NON USAGER DE DROGUES								
Connaître le local	Conseils prévention santé	Préservatif (s)	Boire un café et discuter	Plainte	Télépho.	Enquête	Développem. social du quarter	Renseignement administratif
123	52	97	550	3	70	20	31	26

Nos voisins du 56, bd de la Chapelle nous saluent régulièrement à travers la vitrine du local et certains d'entre eux entrent pour discuter un moment tout en buvant un café. Si ces moments de convivialité constituent leur principale démarche, il n'en reste pas moins qu'ils savent qu'ils peuvent faire appel à nos "services" pour leurs propres besoins. Ainsi, il nous arrive régulièrement de les conseiller par rapport à leurs démarches médicales ou administratives, de répondre à des questions précises sur le VIH, les hépatites, les modes de contamination et les tests de dépistage, de leur donner des adresses de structures d'aide sociale ou juridique, de rédiger une lettre ou de lire un courrier.... Nous sommes donc identifiés auprès d'eux comme un espace d'information qu'ils peuvent utiliser en fonction de leurs situations.

Un autre public fréquentant régulièrement le local est celui des jeunes du quartier qui viennent chercher des préservatifs. Ces contacts réguliers sont souvent l'occasion de blaguer avec eux afin de leur rappeler les règles de base d'un rapport sexuel sans risques. Avec les plus curieux d'entre eux, il arrive quelquefois qu'une discussion s'instaure portant plus généralement sur les modes de contamination par le VIH et la prévention des risques. Souvent, des plaquettes d'information s'adressant spécifiquement à ce public sont distribuées afin de renforcer l'information. Le fait que les jeunes du quartier, dont certains sont réputés pour être des "anti-tox" investissent notre local, montre qu'il existe un besoin d'information et de prévention chez ce public qui n'est pas suffisamment pris en compte au sein du quartier.

De façon plus ponctuelle, passent nous rencontrer nos partenaires, qu'ils soient du quartier ou non. Il s'agit alors d'échanger sur nos différentes pratiques professionnelles et d'envisager des modalités de collaborations possibles. Par exemple, plusieurs enquêtes

ont été réalisées auprès des UD qui fréquentent STEP, des réunions ont été organisées etc... Certains se procurent également des outils d'information qu'ils redéployent dans le cadre de leurs fonctions.

Enfin, le hasard conduit parfois les gens du quartier ou d'autres quartiers du 18è à s'arrêter devant la vitrine, et, voyant marqué "Prévention SIDA/ Hépatites", à entrer pour s'informer et poser des questions.

Le fait que notre local soit un espace ouvert à tous, et non un lieu "ghetto", est une composante essentielle de notre démarche. En effet, cela permet à des habitants et des usagers de drogues de cohabiter un instant dans un même lieu, de se rencontrer et de se parler le temps d'un café. Pendant cet instant, les préjugés respectifs s'effacent pour laisser place à un dialogue dans un respect mutuel. **Ces différents moments sont producteurs de sociabilité, élément qui constitue les premiers pas vers une réduction de l'exclusion sociale dont sont souvent victimes les UD.**

Dans cette logique, des bénévoles de l'association ont également été introduits au sein de l'équipe. Il s'agit pour une grande part de jeunes personnes issues du quartier, dont une habite juste au dessus de notre local. Si au départ, celles-ci pouvaient avoir des préjugés négatifs à l'égard des "toxicos", leur investissement dans le projet a permis de faire évoluer leur image de l'UD vers celle d'un individu citoyen et de faire partager ce point de vue à l'ensemble du public qui fréquente le programme.

C) La médiation sociale avec l'environnement du local

La mise en oeuvre du programme STEP s'est accompagnée, conformément à la démarche communautaire, d'un travail de médiation sociale avec l'environnement proche du local. En effet, il s'agit de veiller à minimiser les nuisances pouvant résulter du fonctionnement du programme, tout en restant à l'écoute des acteurs environnants. Il nous faut donc être attentifs à la constitution de groupes à la sortie du local, la fréquentation des cages d'escaliers voisines, la présence de seringues usagées dans les alentours, au bruit etc...

Pour ce faire, les liens tissés avec les habitants et les gardiens d'immeubles, les visites aux commerçants ou le contact avec les représentants de la SCNF/Gare du Nord ont permis de mettre en place des collaborations efficaces.

En général, les habitants du 56 bd de la Chapelle n'hésitent pas à venir nous voir lorsqu'un problème se pose avec un UD dans leur immeuble. Ainsi, plusieurs fois, il nous est arrivé d'aller au devant d'UD, qui s'étaient introduits dans l'escalier pour préparer leur shoot, même si ceux-ci ne fréquentent pas notre programme.

De même, un travail de médiation a été mis en place avec les gardiens du parking de la Gare du Nord où de nombreux UD allaient se shooter, parmi lesquels certains d'entre eux

fréquentaient STEP. Pour pallier cette situation, une réunion d'information/sensibilisation a été organisée avec l'ensemble de l'équipe de gardiennage afin de répondre aux questions qu'ils se posaient (peut-on attraper le Sida si on se pique avec une seringue? Comment ramasser des seringues sans se blesser? comment approcher un usager de drogues? ...) et mettre les responsables en contact avec des services d'hygiène et de ramassage de seringues usagées. Bien évidemment, le mot a également été passé à l'accueil de STEP auprès des UD, afin de solliciter ces derniers pour qu'ils laissent leurs lieux d'injection aussi propres que possible et surtout qu'ils rapportent leurs seringues.

Conscients que la présence d'un local d'échange de seringues n'est pas sans conséquences possibles sur son environnement direct, **ce travail de médiation entre les UD et les acteurs environnants est indispensable parce qu'il permet, à travers la prise en compte des intérêts de chacun, aussi différents soient-ils (mais en aucun cas contradictoires), de maintenir un consensus collectif** sur l'opportunité du programme.

En guise de conclusion de ce premier chapitre

Conclure ce chapitre en précisant que l'objectif de réduire les risques liés à l'usage de drogues est atteint au sein de notre programme serait beaucoup trop optimiste à nos yeux. Certes, nous savons que réduire les risques ne signifie pas supprimer l'ensemble des pathologies sociales et sanitaires liées à la consommation de produits. Nous pensons également avoir essayé de mettre en place des conditions favorables à la diminution de certains risques, les plus élémentaires, grâce notamment à la proposition de réponses pragmatiques et urgentes: accès au matériel d'injection, information, dialogue, orientation, conseils etc... Toutefois, il nous paraît impensable de nous contenter de ces résultats, si importants soient-ils, et pourtant si maigres à nos yeux. En effet, la précarisation croissante de notre public est un frein important à l'efficacité de nos stratégies de prévention et oblige à prendre en compte de façon permanente de nouveaux paramètres qui doivent affiner et préciser notre action. Ce sont ces nouveaux éléments que nous allons présenter dans le prochain chapitre consacré à l'exploration des nouvelles conduites à risques et/ou facteurs de vulnérabilité.

*C*hapitre 2

STEP

Face aux constats,

Quelles nouvelles directions?

I) DES NOUVELLES PISTES À PRENDRE EN COMPTE DANS LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

A) La recrudescence des hépatites B et C

Jusqu'à récemment, la prévention des Hépatites est restée secondaire par rapport à celle du Sida dans les stratégies de Réduction des Risques. Et pour cause, jusqu'à récemment, le Sida représentait une maladie dont l'issue était fatale alors que les hépatites, elles, sont rarement mortelles à court terme.

Toutefois, bien que la hiérarchisation des risques était nécessaire, celle-ci a eu des effets pervers sur les comportements des UD par rapport aux Hépatites. En effet, celles-ci étant perçues comme "moins graves", les efforts de prévention des UD se sont axés essentiellement autour de la contamination par le VIH.

Ainsi, notre pratique nous amène à constater que **les modes de contamination et les différents types d'Hépatites sont mal connus des UD**. Et, dans bien des cas, ce n'est qu'une fois qu'ils développent la maladie, qu'ils s'interrogent sur l'ensemble de ces questions.

Si l'on analyse la situation sérologique de notre public, on peut observer que près d'un tiers des UD de notre programme sont séropositifs à l'hépatite B ou C, avec une forte prédominance des contaminations au VHC (29%). Par ailleurs, il ressort qu'une part importante d'entre eux ne connaissent pas leur état sérologique lié aux hépatites (33%) et n'ont jamais fait de tests de dépistage dans ce sens.

Ces chiffres montrent combien il s'avère nécessaire aujourd'hui de construire une vraie stratégie de prévention des hépatites, adaptée aux besoins et modes de vie de notre population.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous allons tenter de présenter un profil socio-sanitaire des personnes ayant contracté une hépatite.

PROFIL DES PERSONNES AYANT CONTRACTÉ UNE HÉPATITE B OU C

Données recueillies sur un échantillon de 286 personnes
à partir d'un questionnaire de 1er contact

Nombre de personnes ayant contracté une hépatite	Hépatite B ou C		Hépatite B		Hépatite C		Hépatite B et C	
	91 soit 32 %		37 soit 13 %		80 soit 28 %		26 soit 9 %	
	H	F	H	F	H	F	H	F
73	18	31	6	64	16	22	4	

Répartition par Sexe	Hommes (n = 231)				Femmes (n = 55)			
	B ou C	Hép. B	Hép. C	B et C	B ou C	Hép. B	Hép. C	B et C
	32%	13%	28%	10%	33%	11%	29%	7%

Ne connaissent pas leur sérologie	Hommes		Femmes	
	Hépatite B	Hépatite C	Hépatite B	Hépatite C
	35 %	36 %	27 %	26 %

Situation sociale des pers. séropositives aux hépatites	Hébergement				Sécurité Sociale			
	Stable		Précaire		OUI		NON	
	Hép. B	Hép. C	Hép. B	Hép. C	Hép. B	Hép. C	Hép. B	Hép. C
43%	41%	57%	59%	78%	82%	22%	18%	

Pratiques à risques des personnes séropositives aux hépatites	Partage seringues				Utilisation systématique du préservatif			
	OUI		NON		OUI		NON	
	Hép. B	Hép. C	Hép. B	Hép. C	Hép. B	Hép. C	Hép. B	Hép. C
9%	14%	91%	86%	52%	51%	48%	49%	

Si les femmes sont aussi touchées que les hommes par ce virus, il semble qu'elles soient plus souvent au courant de leur statut sérologique qu'eux. On peut penser que la possibilité pour certaines d'entre elles d'avoir des enfants a pu obliger celles-ci à se faire dépister de façon plus fréquente que les hommes.

Malgré quelques disparités, on constate que les personnes ayant contracté une hépatite appartiennent aux différents groupes, "insérés" ou "marginalisés", constituant notre population. L'hépatite touche donc à la fois les personnes ayant des conditions de vie quasi "normales" et celles vivant dans des conditions précaires. Cependant, la précarité

des conditions de vie est, là encore, un facteur de vulnérabilité puisque environ 60% de la population "touchée" par les hépatites vit dans la "galère".

D'autres facteurs semblent influencer la contamination par les hépatites. En effet, parmi les personnes "insérées" de notre programme, on constate une prédominance de la contamination par l'hépatite B. Tandis que, chez les personnes "en galère", il ressort une prédominance des contaminations par l'hépatite C.

Produits consommés par les personnes séro- positives aux hépatites	HÉPATITE B									
	Substi. + Crack	Héro.	Crack	Médoc.	Héro. + Crack	Héro. + Médoc.	plus de 2 produits	Substi.	Autre	Héro. + Substi.
	5%	38%	8%	3%	33%	3%	5%	0%	0%	5%
	HÉPATITE C									
Substi. + Crack	Héro.	Crack	Médoc.	Héro. + Crack	Héro. + Médoc.	plus de 2 produits	Substi.	Autre	Héro. + Substi.	
4%	36%	5%	5%	30%	3%	10%	3%	1%	4%	

Séropositivité aux hépatites par type de produits consommés parmi l'ensemble du public de STEP										
type d'hépatite	Substi. + Crack	Héro.	Crack	Médoc.	Héro. + Crack	Héro. + Médoc.	plus de 2 produits	Substi.	Autre	Héro. + Substi.
Hépatite B	33%	12%	33%	11%	15%	12%	8%	0%	0%	22%
Hépatite C	50%	25%	40%	24%	29%	25%	32%	22%	33%	33%

Si l'on regarde quels sont les produits consommés par les personnes séropositives, il apparaît que la majorité d'entre elles sont héroïnomanes. Toutefois, ce chiffre masque un peu la réalité car il est en fait représentatif du profil de notre population qui se compose essentiellement de personnes héroïnomanes. Par contre, si l'on analyse les chiffres en fonction des différents types de produits consommés par notre public, on peut observer plusieurs choses. D'abord, parmi les personnes consommant de l'héroïne, 12% sont séropositives au VHB et 25% au VHC. Cette prédominance de l'hépatite C parmi les personnes consommant de l'héroïne peut être mise en parallèle avec les pratiques intraveineuses liées à la consommation de ce produit. Ensuite, il semble que l'on puisse faire une corrélation entre la consommation de crack et la contamination des Hépatites. En effet, parmi les personnes de notre file active ne consommant que du crack (c'est-à-dire 10 UD) 1/3 sont séropositives aux VHB et la moitié au VHC. Il en est de même pour les personnes associant héroïne et crack (84 UD) 15% sont touchées par le VHB et 30% par

le VHC. Là encore, la pratique d'utilisation intraveineuse du crack influence largement les contaminations par les hépatites. Le fait que les "crackers" démultiplient leur nombre d'injection augmente de façon significative les risques d'infection.

Si l'on observe les pratiques à risques liés à l'abus de drogues, on constate que, parmi les personnes qui affirment avoir récemment partagé leurs seringues, 39% d'entre elles sont séropositives au VHC et 10% infectées au VHB. **Le partage de seringues semble être un facteur de risques essentiel dans l'infection au VHC.** Toutefois, la différence entre le taux de contamination au VHB et celle au VHC est étonnante lorsqu'on sait que ces deux types de virus se contractent de la même façon par le sang.

En ce qui concerne l'utilisation du préservatif, nos chiffres montrent que près de la moitié des personnes infectées au VHB ou VHC n'utilisent pas de façon systématique "une capote" au cours de leurs relations sexuelles. De plus, parmi l'ensemble des personnes qui n'utilisent pas systématiquement de préservatifs, 16% d'entre elles sont séropositives au VHB et 35% au VHC ! Sachant que l'hépatite B est une maladie sexuellement transmissible et que l'ensemble des modes de contamination de l'hépatite C sont encore cliniquement mal connus (notamment en ce qui concerne les risques sexuels), il apparaît clairement que la contamination par voie sexuelle est un facteur de risque fondamental. Ainsi, la prévention des hépatites passe nécessairement par une éducation aux rapports sexuels à moindres risques et une sensibilisation plus accrue des UD à se faire dépister.

B) La vulnérabilité des femmes

De nombreuses études ont mis en évidence la vulnérabilité des femmes par rapport à l'infection au VIH. Plus précisément, les femmes toxicomanes apparaissent comme "un groupe à risques" particulier dont les besoins spécifiques et les rôles sociaux multiples doivent être pris en compte pour affiner nos stratégies de prévention. En effet, celles-ci sont souvent partagées entre leur rôle de mère, leur consommation abusive de produits et la nécessité d'assurer la survie du couple. Pour ce faire, elles sont souvent amenées à faire appel à la "débrouille" qui se traduit par une prise de risques accrus: recours beaucoup plus fréquent que les hommes à la prostitution, violence physique, racket, etc... Par rapport à l'ensemble de ces questions, quel profil peut-on faire des femmes qui ont fréquenté notre programme en 1996 ?

PROFIL ET VULNÉRABILITÉ DES FEMMES

(Données recueillies auprès de 55 femmes fréquentant STEP)

Identifica- tion des femmes	Nationalité					D'où viennent-elles?					
	Franc.	Pays du Ma- ghreb	Pays de l'Afriq. noire	Pays de l'Europ		Goutte d'Or	Autres 18ème	Autre Paris	Banlie.	Provin.	SDF
	87%	9%	0%	4%		20%	20%	18%	33%	5%	4%

Situation sociale des femmes	Travail		Logement							Sécu. Sociale	
	OUI	NON	Perso.	Parents	Ami	Hôtel	Foyer	Squat	Sans Héber.	OUI	NON
	17%	83%	29%	11%	11%	20%	7%	16%	5%	76%	24%

Age de début de consommation des femmes	<16 ans	16 à 20 ans	21 à 25 ans	26 à 30 ans	31 à 35 ans
	22 %	46 %	26 %	4 %	2 %

Produits consommés par les femmes	Subst + Crack	Héro.	Crack	Médoc	Héro. + Crack	Héro. + Médoc	plus de 2 prod.	Subst .	Autre	Héro. + Subst.
	4%	45%	0%	2%	32%	0%	6%	4%	3%	4%

Pratiques à risques	Partage des seringues		Utilisation systématique du préservatif		
	OUI	NON	OUI	NON	
	19 %	81 %	65 %	20 %	COUPLE 15 %

Situation Sérologiq.	Test de dépistage						Résultats sérologiques			
	VIH		VHB		VHC		VIH	VHB	VHC	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	Positif	14%	11%	29%
	98%	2%	78%	22%	78%	22%	Négatif	82%	62%	45%
							Inconnu	4%	27%	26%

Contact Médecin	Dernière visite		Fréquence	
	- de 3 mois	+ de 3 mois	Régulière	Occasionnelle
	34%	66%	70 %	30 %

Contact Structures d'aide aux UD	OUI	NON
	56%	44%

Les femmes qui fréquentent STEP sont pour la plupart de nationalité française (87%), une minorité d'entre elles étant de nationalité des pays du Maghreb (9%) et du reste de l'Europe (4%).

Cette population se compose essentiellement de personnes âgées de plus de 30 ans (60%). Seules 20% d'entre elles ont moins de 25 ans. Ceci signifie qu'une grande partie d'entre elles ont des enfants à charge, qu'elles assument souvent seules ou en ayant recours à d'autres personnes (famille proche, concubin, ...).

Les femmes, de la même façon que les hommes, sont touchées par la précarité sociale. Seules 17% d'entre elles travaillent, la grande majorité survivant grâce à quelques aides sociales (RMI, allocation familiales...) ainsi que la débrouille (manche, vols, etc...). Le recours à la prostitution est très fréquent parmi elles, engendrant souvent une démultiplication des risques sanitaires et sociaux: risques liés à la contamination des MST (Sida, Hépatite B, autres maladies ...), violence physique et psychologique, racket, etc...

En fait, notre pratique nous amène à constater 2 types de profil de femmes UD

- Celles, relativement insérées, qui vivent en couple avec des enfants, ont un logement stable (personnel ou chez leurs parents) un travail même ponctuel et gèrent leur usage de produit. En général, le couple sert d'autorégulateur de la consommation de produit.

- Celles, très précarisées, isolées tant par la rupture avec leur famille d'origine que par l'instabilité de leur relation affective avec les hommes. Elles organisent leur vie autour de la recherche d'argent, la consommation de produit, l'assurance de leur survie quotidienne (hébergement, nourriture, ...). Leur état de santé est très souvent inquiétant: mauvaise hygiène corporelle, problèmes gynécologiques, faiblesse physique,...

On remarque que les femmes ont débuté leur consommation de produits de façon beaucoup plus précoce que les hommes. Ainsi, 22% d'entre elles ont commencé à s'injecter des substances avant 16 ans et 46% parmi elles entre 16 et 20 ans!

En 1996, les femmes de notre programme sont essentiellement consommatrices d'héroïne. Toutefois, près de 40% d'entre elles associent le crack à leur consommation, soit d'héroïne, soit de produits de substitution. Les médicaments (benzodiazépines, amphétamines, etc...) sont peu utilisés par cette population, comparativement aux hommes.

Au niveau de leurs pratiques et leurs modes de vies, les femmes semblent, là encore, démultiplier les prises de risques par rapport aux hommes. En effet, 20% d'entre elles déclarent partager leurs seringues et seules 65% d'entre elles affirment utiliser le préservatif de façon régulière. On peut faire l'hypothèse que lorsque celles-ci vivent en couple ou ont un partenaire qu'elles considèrent comme régulier, elles ont plus tendance à partager leur matériel et sont moins vigilantes par rapport à l'utilisation du préservatif. Pour une petite minorité d'entre elles très marginalisée, on peut penser que c'est le besoin de consommer dans l'urgence qui peut pousser certaines à partager leur matériel d'injection. Le recours à la prostitution est également un facteur qui joue dans la mesure où beaucoup consomment pour "travailler" et sont sollicitées pour des rapports sexuels sans préservatifs par de nombreux clients.

Au niveau de leur situation sérologique, 98% des femmes ont réalisé un test de dépistage du VIH et presque 80% d'entre elles des tests de dépistage du VHB et du VHC. Les périodes de grossesses constituent souvent pour les femmes l'occasion de faire ces démarches; ceci afin de mieux préparer l'arrivée de l'enfant. C'est pourquoi, en général, elles ont une meilleure connaissance de leur situation sérologique que les hommes.

Concernant leurs résultats sérologiques, curieusement, on observe chez les femmes des taux de contamination similaires à ceux des hommes: 13% sont séropositives au VIH, 11% aux VHB et 29% au VHC.

Parmi les femmes séropositives au VIH, 85% sont âgées de plus de 28 ans et 60% sont dans une situation de grande précarité sociale.

Toutefois, les femmes, plus fréquemment que les hommes, gardent des contacts avec des structures d'aide et de soins aux usagers de drogues, même lorsqu'elles se trouvent en situation de grande détresse sociale et sanitaire.

C) Les problèmes liés à l'abus de crack

Le développement de l'usage du crack parmi les UD qui fréquentent notre programme est un phénomène inquiétant qui vient bousculer nos stratégies de Réduction Des Risques liés à l'usage de drogues, tant sur le plan sanitaire que social.

En effet, à travers notre pratique, nous constatons que l'usage abusif du crack entraîne des modes de vie de plus en plus précaires. Les "crackers" galèrent souvent plusieurs jours de suite sans dormir, passant leur temps à rechercher le produit et l'argent nécessaire à sa consommation. Si au départ, un "caillou" revient moins cher qu'une dose d'héroïne, l'effet du crack étant très bref, il faut acheter beaucoup de galettes (environ 4-5 cailloux) pour avoir un plaisir qui dure. C'est pourquoi, à l'arrivée, la consommation de crack revient beaucoup plus cher et nécessite plus d'argent; ce qui engendre également plus de délinquance. Ainsi, les risques liés à la marginalité se multiplient: errance,

absence d'hébergement, rupture avec le réseau socio-sanitaire, prison, mauvaise hygiène corporelle, manque de sommeil, mal-nutrition, ...Par ailleurs, la "culture" du monde du crack est très différente de celle de l'héroïne. Sous l'effet de la cocaïne, les relations entre UD sont très tendues et les phénomènes de violence sont beaucoup plus fréquents: arnaques, racket, bagarres, règlements de comptes...sont des faits quotidiens.

L'ensemble de ces constats explique pourquoi les "crackers" sont souvent dans un état sanitaire inquiétant.

Dans ce contexte, l'efficacité des stratégies de prévention développées au sein de notre programme rencontre plusieurs obstacles.

En effet, nous observons que les usagers de crack sont beaucoup moins sensibles aux messages de prévention et démultiplient les pratiques à risques. Ainsi, beaucoup nous disent réutiliser et partager leurs seringues assez fréquemment, de même que pour le reste du matériel d'injection. Ce phénomène peut s'expliquer pour différentes raisons. D'abord, sous l'effet de la cocaïne, la sensation de "*toute puissance*" peut les amener à sous-estimer les situations à risques qu'ils rencontrent. Ensuite, la consommation effrénée de crack entraîne un rythme de vie dans l'urgence qui ne favorise pas la responsabilisation sanitaire de ses adeptes. Ainsi, le besoin de consommer "tout de suite" prime sur la nécessité de se protéger "tout le temps".

Enfin, étant donné la brièveté de l'effet d'un "*kif*", les consommateurs de crack réalisent un nombre très important d'injections. Pour transformer le "caillou" en préparation injectable, il suffit de mélanger le crack avec du jus de citron et de mélanger cette mixture jusqu'à dilution du produit. **Certains consommateurs nous ont raconté avoir ainsi effectué jusqu'à 40 injections en une seule nuit!** Bien évidemment, dans ces conditions, l'ensemble des règles du shoot propre ne sont pas toujours respectées et il est fréquent que les "crackers" réutilisent leur vieux matériel, ramassent des citrons sales, préparent à plusieurs, etc...

C'est pourquoi, avec le développement de l'usage du crack, nous constatons également une augmentation des pathologies directement liées à son usage par voie intra-veineuse: abcès, veinites, septicémies, endocardites, etc... Pathologies d'autant plus préoccupantes que cette population est extrêmement réfractaire à aller se faire soigner dans les structures adaptées et attend, bien souvent, le dernier moment avant de se résigner à "faire quelque chose".

II) LES NOUVELLES STRATÉGIES DE PRÉVENTION À METTRE EN PLACE

A) Mieux informer les usagers de drogues

Informer les UD est, nous l'avons vu, un axe essentiel de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues. En effet, l'information constitue la première étape nécessaire aux changements de comportements des UD vers une réduction des pratiques à risques. Si celle-ci peut paraître simple à réaliser, il est en fait compliqué de produire une information qui se traduise, à terme, par une évolution des comportements des UD. Ainsi, pour être efficace, l'information doit, d'une part, être accessible et compréhensible par notre public et, d'autre part, prendre en compte les modes de vie et pratiques à risques des UD.

A STEP, l'information se fait essentiellement de façon informelle avec chaque individu. Des plaquettes d'informations sur des thèmes précis sont également distribuées en fonction des besoins exprimés. Toutefois, elles ne sont pas toujours adaptées à l'ensemble de notre public: présentation trop sophistiquée, vocabulaire de spécialiste,... Les modes de vie et codes sociaux des UD n'y sont pas suffisamment pris en compte.

Aussi peut-on envisager d'autres modes de communication et d'information des UD, qui s'appuient sur une dynamique individuelle et collective, agissant ainsi de façon complémentaire.

Parmi les pistes éventuelles, on peut citer:

- Des réunions régulières avec les UD afin de discuter avec eux du fonctionnement du programme

Il s'agit de réfléchir avec les UD sur les modalités du programme et d'envisager avec eux les adaptations nécessaires

- Des soirées à thèmes sur la Réduction des Risques au sein du local STEP
Une fois par mois, il est possible d'envisager la mise en place de réunions avec les UD fréquentant notre programme autour de thèmes précis et avec la présence d'un intervenant, "spécialiste" du domaine abordé.

Exemples de thèmes: . les risques liés à l'injection du Subutex
. Le test de dépistage dans les CIDAG
. L'obtention de la Carte Paris Santé

- Des sessions de formation/sensibilisation à des gestes de prévention sanitaire auprès des UD

Plusieurs fois dans l'année, on peut organiser des réunions de formation/sensibilisation mettant en scène les UD comme acteurs de prévention sanitaire

Ex: Quoi faire face à une overdose ?

Ex: Comment prodiguer les premiers gestes de secours?

Par ailleurs, il faut également produire une information nouvelle portant sur les modes de consommation et prises de risques spécifiques de notre public. Celle-ci doit passer, dans un premier temps, par une meilleure formation de l'équipe afin que celle-ci puisse faire passer des messages de prévention beaucoup plus ciblés. Puis, dans un second temps, il paraît pertinent de construire des outils d'information, en collaboration avec les UD, qui puissent être distribués à l'ensemble de notre public.

Les domaines à explorer peuvent être d'ores et déjà repérés à partir de nos observations du terrain:

- Les risques liés à la consommation de crack
- Les problèmes liés à l'injection des produits de substitution
- Les effets et risques liés à l'association de différents produits
- La consommation des amphétamines

B) Le développement et l'adaptation du matériel de prévention

Le développement de nouvelles pratiques de consommation et l'émergence de nouveaux risques, notamment ceux liés aux hépatites, obligent à repréciser nos outils de prévention, voire d'expérimenter de nouveaux matériels susceptibles de mieux répondre à la situation de notre public.

- La première préoccupation concerne **le nombre de seringues distribuées à STEP**. En effet, le système d'échange instauré au sein du programme a été élaboré par rapport à un public essentiellement consommateur d'héroïne. Face à l'augmentation de la population d'usagers de crack, dont les modes de consommation engendrent un plus grand nombre d'injections, il paraît nécessaire de réadapter la quantité de seringues distribuées ainsi que notre système d'échange. La précarité sociale dans laquelle vit la majorité de ce public rend, en effet, difficile la récupération des seringues usagées et tend à augmenter les risques de partage ou de réutilisation du matériel. Il paraît donc peu adapté de maintenir un système de distribution basé sur la récupération et limité à un nombre maximum de 20 seringues neuves par personne. Les nouvelles modalités devront être discutées en équipe et en partenariat avec les UD.

- Une autre piste de réflexion concerne **la mise à disposition de l'acide ascorbique** auprès des UD fréquentant STEP. En effet, nous constatons que les UD utilisent, bien souvent, des vieux bouts de citrons trouvés çà et là dans la rue, sans savoir les risques qui peuvent découler de ces pratiques: abcès, septicémies, veinites, candidoses, etc... Le message "un citron = un shoot" nous paraît donc inadapté par rapport aux modes de vie et pratiques d'injection des UD. Toutefois, la mise en place de cet outil devra s'accompagner d'un "mode d'emploi" afin de sensibiliser les UD à son bon usage.

- Dans le cadre d'une prévention plus ciblée, on peut également envisager **la mise à disposition expérimentale de filtres stériles**. En effet, la persistance des pratiques de partage du matériel secondaire (cuillère, filtre, citron, ...) constitue un vecteur important de la contamination par les Hépatites. Aussi sensibiliser les UD à l'utilisation personnelle d'un outil tel que le filtre stérile tendrait à promouvoir la prévention des pratiques de partage dans son ensemble.

C) La mise en place d'un travail de rue

Afin d'améliorer nos objectifs de prévention de proximité, il nous semble intéressant de pouvoir développer un travail de rue connexe à l'activité de STEP.

Celui-ci s'appuierait sur un double niveau:

1 - aller à la rencontre des UD dans la rue

Notre pratique nous amène à constater qu'il existe une frange très marginalisée d'UD qui ne fréquente, ni notre programme, ni les autres structures bas seuil. Un travail de rue permettrait donc, non seulement de prendre contact avec cette population, mais également, de réaliser un travail de prévention par la mise à disposition de matériel d'injection stérile et de préservatifs. L'objectif essentiel n'est pas seulement de favoriser l'accès au matériel de prévention, mais surtout, d'amener cette population vers les structures spécialisées.

Par ailleurs, face à une population consommatrice de crack, moins sensible aux messages de prévention, la mise en place d'un travail de rue apparaît comme une stratégie de proximité nécessaire à la réduction de leurs pratiques à risques. Il s'agit, à travers cette démarche, d'adapter nos messages de prévention aux rythmes de vie des UD et permettre ainsi une meilleure appropriation de l'information.

2 - Faire de la médiation avec l'environnement direct de STEP

Afin de préserver la légitimité du programme au sein de son environnement direct, il nous semble qu'un travail de proximité avec l'ensemble des acteurs du voisinage (commerçants, associations, parking de la Gare du Nord, habitants ...) soit une action pertinente. En effet, il convient d'être vigilant quant aux nuisances éventuelles générées indirectement par la présence de notre local: seringues usagées dans la rue, UD allant s'injecter dans les cages d'escaliers, etc... **La médiation sociale apparaît alors comme une démarche fondamentale pour concilier les intérêts de chacun et permettre une consensualisation autour de nos objectifs de santé publique.**