

Espoir Goutte d'Or
13, rue St Luc
75018 Paris
Tél. : 01 53 09 99 49

STEP
Seringues, Tampons, Eau, Préservatifs
56, bd de la Chapelle
75018 Paris
Tél. : 01 42 64 23 21



RAPPORT D'ÉVALUATION

DU PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES
DE L'ASSOCIATION ESPOIR GOUTTE D'OR



1 9 9 8

sommaire

En avant propos

De l'intérêt d'évaluer un programme d'échange de seringues	p. 5
STEP : Un programme novateur de réduction des risques	p. 9
La démarche d'évaluation du programme STEP	p. 13

STEP : La construction d'un seuil adapté comme mode d'accès à la prévention

Accéder à une relation sociale : un premier pas vers la prévention	
L'adaptation du dispositif aux besoins des UD	p. 19
La construction d'une relation de proximité	p. 22
La population de STEP : entre précarité sociale et vulnérabilité sanitaire	
Favoriser l'accès au plus grand nombre d'UD	p. 25
Evolution du profil de la population	p. 27
La prévention et ses outils de réduction des risques	
Un objectif de responsabilisation des usagers	p. 37
L'accès au matériel d'injection	p. 37
L'accès des usagers à l'information	p. 41
L'accès au réseau socio-sanitaire	p. 42

STEP : Réduire les risques, une mission accomplie ?

Les pratiques de consommation des usagers : une évolution dans quels sens ?	
Les produits et leurs modes de consommation	p. 49
Description des pratiques à risques des usagers	p. 53
Une tentative d'évaluation du programme : quel impact sur les pratiques des UD	
Comparaison des situations entre les nouveaux utilisateurs et les habitués du programme	p. 55

STEP : Le temps des nouveaux enjeux

Les axes prioritaires ...pour la réduction des risques	
Mettre en place des programmes de substitution injectable	p. 61
Expérimenter des salles d'injection	p. 62
Développer des programmes de distribution médicalisée d'héroïne	p. 63
Ouvrir des lieux d'accueil de nuit	p. 64
Favoriser une collaboration plus cohérente avec la police	p. 64
Les axes prioritaires ...pour le programme STEP	
Poursuivre l'expérimentation de nouveaux outils de prévention	p. 67
Renforcer nos stratégies d'information	p. 68
Systématiser la passation des questionnaires	p. 69
Améliorer la formation de l'équipe	p. 69

En conclusion...

En avant propos...

De l'intérêt d'évaluer un programme d'échange de seringues

L'intérêt d'évaluer un programme d'échange de seringues s'appuie sur 5 axes complémentaires et interactifs:

➤ **Promouvoir la politique de réduction des risques**

Les programmes d'échange de seringues interviennent dans le cadre de la politique de *réduction des risques*, récemment mise en œuvre par l'Etat pour répondre aux problèmes liés à l'usage de drogues et au Sida.

La prise en compte des risques socio-sanitaires liés à la consommation de produits est une **préoccupation récente** en France. Jusque-là, les dispositifs classiques opérant dans ce champ axaient leurs efforts essentiellement vers un but : amener les personnes dépendantes vers une abstinence totale. Un dispositif d'accès aux sevrages, d'abord, aux postcures ensuite, devait permettre aux individus de «décrocher» de la drogue et de les maintenir, à plus ou moins long terme, éloignés de leur environnement social considéré comme pathogène.

Dans un contexte dramatique **d'épidémie de Sida et d'hépatites**, et face au constat qu'un grand nombre d'usagers de drogues n'étaient pas prêts à abandonner leur consommation de produits, il importait de créer **de nouvelles réponses, pragmatiques et adaptées** aux besoins des personnes.

La *réduction des risques* apparaît donc comme une alternative nouvelle aux problèmes posés par l'abus de drogues. Pour le Dr Annie MINO¹, médecin psychiatre à l'Université de Genève, il s'agit de «**l'ensemble des actions individuelles ou collectives, médicales et sociales, visant à réduire les risques médicaux, psychologiques et sociaux liés à la consommation de drogues**».

Malheureusement, les fondements de cette politique ont souvent été mal compris parce qu'ils s'appuient sur **une nouvelle vision de la toxicomanie**, et par là même du «toxicomane». Dans ce cadre, l'usage de drogues doit être accepté comme partie intégrante des comportements humains.

¹ Annie MINO, Evolution de la politique de soins en matière de toxicomanie : la réduction des risques, Genève, 1992.

Dès lors qu'il paraît impossible d'éradiquer le recours à des substances psychoactives, **notre société doit apprendre à accepter ce phénomène, le contrôler, le maîtriser, le gérer à moindre dommage pour les usagers eux-mêmes, comme pour l'ensemble des citoyens.**

Evaluer un programme d'échange de seringues tel que STEP, c'est donc participer à ce processus d'objectivation du «phénomène drogue», le rendre moins passionnel et plus réaliste, moins idéologique et plus pragmatique, moins simpliste et plus accessible dans toute sa complexité sociale, sanitaire, éthique et politique.

➤ **Être un observatoire de 1^{er} ligne des pratiques de consommation et des risques associés**

De par l'illégalité de son statut, la consommation de drogues est une activité clandestine et marginale. C'est pourquoi il est souvent très difficile d'avoir **une connaissance précise sur l'ampleur et les caractéristiques de ce phénomène.**

Les principales sources d'information dans ce domaine proviennent généralement, soit des statistiques des services de police (nombre d'interpellations, saisies de substances, etc.), soit des institutions de soins (sevrages hospitaliers, suivis médicaux, etc.). Et encore, il est souvent très compliqué de comparer de tels chiffres, car ceux-ci se rapportent à des catégories d'usagers différentes.

L'intérêt d'évaluer un programme d'échange de seringues est **donc de produire de l'information sur une population plus large.**

Bien sûr, nous avons conscience que notre public n'est pas complètement représentatif de l'ensemble des individus consommant des drogues. Toutefois, cette démarche a l'avantage d'apporter une description de «terrain», complémentaire à celles précédemment citées.

Par ailleurs, nous connaissons actuellement **un contexte en pleine mutation** en matière de produits consommés. Les pratiques des UD sont en pleine évolution avec, d'une part, l'explosion de la consommation de cocaïne et, d'autre part, l'arrivée des drogues synthétiques dans la rue.

Or, les PES² et autres structures de proximité sont bien **souvent les premiers témoins des changements à venir**, puisqu'ils sont en première ligne et assistent au devant de la scène aux prémices des bouleversements.

➤ **Favoriser une gestion collective du programme**

Dans un contexte de dualité entre les structures d'aide aux UD et les habitants mécontents que leurs intérêts ne soient pas suffisamment pris en compte, l'évaluation apparaît comme un **moyen de gérer collectivement** le fonctionnement de ces lieux d'accueil.

En effet, l'actualité récente a montré combien il était important **d'impliquer les acteurs locaux dans la construction et la mise en œuvre des dispositifs** d'aide aux UD, afin de réguler ensemble les conflits, anticiper les dysfonctionnements, et légitimer l'action au sein de son environnement.

² Programmes d'Echange de Seringues

Dans la démarche communautaire, l'évaluation permanente et participative est au cœur de notre travail, car c'est à travers elle que nos actions peuvent être **construites et déconstruites collectivement, adaptées et réadaptées au plus près des besoins** de l'environnement dans lequel elles s'inscrivent.

Ainsi, STEP a-t-il su créer les conditions nécessaires à l'appropriation du programme par les acteurs locaux environnants : création d'un groupe de concertation locale, participation d'un représentant de la police au comité de suivi, contacts permanents avec les habitants et les commerçants, travail de rue aux alentours du local, réalisation d'une étude d'impact par une association du quartier, etc..

L'évaluation est un **outil indispensable à la transparence et la lisibilité** des actions entreprises et permet **une meilleure compréhension** de la politique de réduction des risques. De ce fait, elle favorise l'adaptation des structures à leurs contextes environnementaux.

➤ **Participer à la reconnaissance des besoins des UD**

La démarche communautaire place les usagers de drogues, non pas seulement comme objets de notre intervention, mais avant tout comme **acteurs et partenaires** autant en ce qui concerne les décisions relatives aux actions comme à leur mise en œuvre concrète.

En effet, ils sont **détenteurs d'un savoir «de rue» et d'une expérience**, complémentaires à ceux des professionnels, et indispensables à la cohérence de notre activité avec la réalité de terrain.

L'évaluation apparaît dans ce processus comme un moyen de **systématiser ce savoir «informel»**, favoriser le partage des savoirs et savoir-faire et valoriser ainsi la place des UD au sein du groupe «communautaire».

Cette reconnaissance des UD participe pour nous d'un processus plus global d'accès à **l'individualité et à la citoyenneté**.

➤ **Aider à la mise en œuvre de politiques adaptées**

A travers l'évaluation, il s'agit également de faire «remonter» jusqu'aux décideurs, qu'ils soient administratifs ou politiques, **l'ensemble des informations susceptibles de contribuer à l'élaboration des politiques publiques**.

En confrontant les instances décisionnelles avec les situations de terrain, elle permet une meilleure compréhension des caractéristiques des UD, une identification plus claire des problématiques, une appréhension plus grande des enjeux et des priorités...favorisant ainsi la mise en œuvre de politiques plus adaptées aux besoins réels des usagers de drogues.

Ce faisant, l'évaluation est aussi un **instrument de contre pouvoir**, valorisant la parole de ceux qui en général n'y accèdent pas et reconnaissant les usagers de drogues comme partenaires nécessaires pour la mise en œuvre de politiques publiques réalistes et efficaces.

STEP : un programme novateur de réduction des risques

➤ Une brève présentation

L'association EGO, réseau d'entraide communautaire, intervient dans le quartier de la Goutte d'Or autour des problèmes liés à l'usage et à l'abus de drogues. Confrontée dans sa pratique à une population de plus en plus concernée par le Sida, elle a souhaité apporter une **réponse pragmatique pour lutter contre cette épidémie.**

C'est ainsi qu'en 1995, EGO met en place un programme d'échange de seringues et de prévention Sida/Hépatites.

Ce dernier, baptisé STEP en référence au matériel donné (Seringues – Tampons – Eau – Préservatifs), a pour but de créer un **contact en première ligne** avec un public marginalisé, de **mettre à disposition du matériel** d'injection stérile, d'**informer** les usagers sur les risques liés à leur consommation, et enfin, de favoriser le relais vers le réseau socio-sanitaire existant.

STEP est un **programme fixe** qui se déroule dans un local tout spécialement prévu à cet effet et volontairement distinct du lieu d'Accueil de l'association. Il se situe au 56, bd de La Chapelle - 75 018 Paris - et ouvre ses portes 7 jours sur 7 de 19h30 à 23h30. Le choix des horaires s'est fait de façon à assurer le relais après la fermeture des autres structures (pharmacies, associations, bus de prévention, ...) et permettre aux UD, qui consomment souvent plus la nuit, d'accéder à du matériel de prévention.

L'accueil du public est assuré par une **équipe pluridisciplinaire**, comprenant deux professionnels de l'axe sanitaire, une représentante de l'axe social et une personne originaire du quartier ; ce qui correspond à 3 équivalents temps plein.

➤ Un quartier d'implantation : la Goutte d'Or

Implanter un local d'échange de seringues dans un quartier comme celui de la Goutte d'Or n'était pas un pari gagné d'avance.

Cette entreprise a nécessité un long travail préalable d'explicitation et de concertation autour de ce projet, ce qui a constitué la clé de réussite de son implantation. Et pourtant, mettre en place un programme d'échange de seringues dans ce quartier n'était pas le fruit du hasard...

La Goutte d'Or, quartier populaire du 18^e arrondissement de Paris, est souvent montrée du doigt comme un haut lieu de vol, de recel, de prostitution, mais **aussi de trafic de drogues où tout peut se vendre à n'importe quelle heure du jour et de la nuit...**

Et pourtant, quartier **multiculturel** et **pluriethnique** (plus de 80 ethnies différentes y sont représentées), la Goutte d'Or est aussi une histoire riche de tolérance, de mixité et de dynamisme, avec un tissu social et associatif particulièrement dense pour prendre en charge ses propres difficultés.

Situé de la rue Ordener au boulevard de La Chapelle, et de la rue Marx Dormoy au boulevard Barbès, ce périmètre comptait au dernier recensement 22 000 habitants, **avec une forte représentation de jeunes** par rapport à la moyenne parisienne.

Constituée par vagues d'immigrations successives (provinces françaises, Maghreb, Afrique noire, Asie), la Goutte d'Or porte **les stigmates d'une précarité sociale importante**.

Le Tableau de Bord édité par l'Observatoire de la Vie Sociale de l'association de la Salle Saint Bruno fait état d'un **fort taux de chômage** (20% en 1997), avec notamment des chômeurs de longue durée et un niveau de qualification plus faible que dans le reste de Paris. La question **du logement**, souvent petit et sans confort, voire carrément **insalubre**, reste également posée, même si une rénovation est actuellement en cours. En 1997, les indicateurs de précarité attestent là encore d'une **augmentation des situations difficiles** : nombre croissant des allocataires du RMI, dettes locatives, stagnation du revenu moyen des ménages et diminution des plus bas revenus...

Les problèmes liés au trafic et à l'usage de drogues viennent s'ajouter aux précédents dans les années 70, lorsque certains lieux de vente et de consommation (l'Îlot Chalon, rue de l'Ouest etc.) sont fermés sur Paris.

La drogue arrive donc par l'intermédiaire de dealers, extérieurs au quartier, mais qui trouvent très vite une clientèle potentielle parmi **les jeunes**, qui à leur tour deviennent des revendeurs. L'importance du trafic attire également une **clientèle, extérieure au quartier**, mais qui investit les lieux pour consommer et assurer sa survie quotidienne.

La Goutte d'Or est aussi un quartier précurseur par rapport aux produits disponibles sur le marché. Dans les années 70, on y trouve essentiellement de l'héroïne, puis dans les années 80, également de la cocaïne.

Dans les années 90, **la Goutte d'Or est un des premiers quartiers où le trafic et la consommation de crack se développent**, pour finalement s'implanter au détriment du marché de l'héroïne.

Aujourd'hui, les UD préfèrent consommer de la cocaïne et du crack à une héroïne de mauvaise qualité, même s'ils les associent très souvent à d'autres types de produits légaux ou illégaux.

La décennie qui s'écoule est, sans aucun doute pour nous, celle qui a été marquée **par de nouvelles formes de polytoxicomanies**.

➤ **Une spécificité : la démarche communautaire**

La démarche communautaire est un mode d'intervention spécifique. **Elle vise la mobilisation de l'ensemble de la communauté pour produire des réponses adaptées aux problèmes socio-sanitaires auxquels sont confrontés ses habitants.**

Dans le champ de la «toxicomanie», ce mode d'action s'appuie sur **une alliance entre professionnels, habitants et usagers de drogues**, ainsi qu'une mise en réseau avec l'ensemble des acteurs composant le tissu social local.

L'intervention communautaire ne se limite pas uniquement à l'accompagnement des UD, mais a **une action globale en terme de développement social local**. En effet, il s'agit de répondre aux problèmes sanitaires qui apparaissent, tout en agissant sur les facteurs sociaux qui génèrent ces pathologies au sein de l'environnement local. Elle a donc une action éminemment **sociale et sanitaire**.

L'évaluation permanente et participative est sa méthode de travail. Les actions mises en place collectivement, à travers l'implication de tous, sont ensuite analysées ensemble, puis redéfinies en fonction des besoins constatés. Les activités mises en place ne sont donc jamais construites «une fois pour toute», mais plutôt objet **d'une réadaptation systématique**.

Mis en place par l'association EGO, qui fonde son action sur la dynamique communautaire, STEP n'échappe pas à l'ensemble de ces caractéristiques. De ce fait, il apparaît **comme un programme d'échange de seringues novateur, expérimental et unique en France**.

La démarche d'évaluation du programme STEP

➤ Une démarche participative...

Celle-ci s'appuie sur l'articulation de 3 niveaux :

1. Une évaluation interne axée sur la connaissance des pratiques des UD

Réalisée par l'équipe de STEP, elle a pour objectifs de :

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

Des outils quantitatifs et qualitatifs ont été créés et mis en place :

- Une fiche de bord* Utilisée quotidiennement, elle précise pour chaque passage : l'identification codée de la personne, les seringues retournées, le matériel délivré, les demandes exprimées et les orientations réalisées
- Une feuille de liaison* Chaque soir, on y consigne les événements de la soirée, la relation avec les usagers, les visites de partenaires, les contacts avec les habitants, etc.
- Un questionnaire de «premier contact»* Proposé à chaque nouvelle personne, il cible son profil socio-sanitaire ainsi que ses pratiques de consommation au moment où elle vient pour la première fois.
- Un questionnaire «habités»* Destiné aux personnes fréquentant STEP depuis longtemps, il porte sur leur situation sociale et sanitaire, leurs pratiques de consommation, et enfin, leur utilisation du programme.
- Les réunions d'équipe* Tous les lundis de 15h00 à 17h00, elles permettent de réfléchir ensemble sur le déroulement et le fonctionnement du programme.
- Les réunions du «collectif»* Ouvertes au public tous les mercredis soir à EGO, elles favorisent une dynamique d'échange sur l'ensemble des activités de l'association. Elles constituent le temps fort de la vie d'EGO.
- Les réunions des salariés d'EGO* Le mercredi de 11h00 à 14h00, elles ont pour objectif de faire le point sur le fonctionnement de l'association et l'articulation des différents projets d'EGO.

Cette année encore, nous avons amélioré nos outils de recueil d'information et avons rajouté certains items, notamment ceux portant sur les pratiques de réutilisation et le partage du matériel secondaire.

2. Une évaluation externe sous forme d'étude d'impact sur l'environnement de STEP

En collaboration avec l'**Observatoire de la Vie Sociale** du quartier (Association de la Salle Saint Bruno), elle consiste à :

- ❑ Repérer et anticiper les incidences et/ou nuisances engendrées par la présence du local,
- ❑ Appréhender les rumeurs, les réactions et les informations circulant par rapport au programme,

Pour ce faire, ont été mis en place :

- ❑ *Des entretiens semi-directifs* tous les six mois, auprès de personnes «sources d'information» sur les problèmes de drogues dans le quartier (équipe 1^{ère} ligne d'EGO, police, gardiens de square, services de propreté, etc.)
- ❑ *Des entretiens semi-directifs* tous les six mois, auprès de personnes «relais d'opinions» dans le quartier (commerçants, gardiens d'immeubles, habitants des alentours, etc.)

Les observations résultant de l'enquête sont alors présentées et discutées au cours de chaque réunion du groupe de suivi de STEP.

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

Participent à ce comité :

- Mme Rivka BERCOVICI, experte en questions sociales,
- Mme Véra BOUHNIC, habitant le voisinage,
- M. Alain GAUBERT, pharmacien des alentours,
- M. Pierre-Marie LASBLEIS, coordinateur de l'Observatoire de la Vie Sociale, (association de la Salle Saint Bruno)
- M. Alex MAIRE, Médecin généraliste à la Goutte d'Or,
- M. Roland MAUCOURANT, Commissaire Divisionnaire du 18^e arrondissement de Paris,
- M. Michel NEYRENEUF, représentant l'association Paris Goutte d'Or,
- Une représentante de l'ECIMUD de l'hôpital Lariboisière,
- Un usager du programme STEP,
- M. Dominique TARDIVEL, Président de l'association EGO,
- L'équipe de STEP.

Ce groupe, **aux compétences volontairement élargies**, se réunit tous les six mois afin de discuter du fonctionnement du programme, de ses activités, des perspectives à mettre en place. Il a un rôle de conseil et de proposition, qui sont ensuite validés par le «collectif» du mercredi soir.

Cette année, nous avons souhaité **renforcer l'inscription des UD** dans les instances décisionnelles ou consultatives de notre association. C'est pourquoi 3 usagers fréquentant STEP ont pu successivement intégrer ce comité de pilotage. Cette expérience est très positive car ces personnes se placent désormais comme promoteurs du projet auprès de leurs pairs.

➤ **La méthode de recueil de données à STEP**

Mettre en place une démarche de recueil de données rigoureuses, dans un espace voulu le plus informel possible, n'est pas, de prime abord, une entreprise facile.

La première difficulté tient au fait que, pour favoriser une meilleure gestion des alentours du programme, STEP a été volontairement conçu comme **un lieu de passage**, où les UD ne puissent ni s'asseoir, ni s'installer. Cet aménagement du programme a été possible du fait de la présence, à quelques centaines de mètres, d'un lieu d'accueil tenu par notre association.

Toujours est-il, qu'il nous a fallu créer les **conditions nécessaires** visant à faciliter la passation des questionnaires.

Au début, nous les faisons remplir au comptoir, mais nous avons très vite constaté que la présence d'autres personnes, connues ou inconnues, gênait la réponse aux questions d'ordre plus intimes, telles que leur situation sérologique, leurs conduites sexuelles etc..

C'est pourquoi cette année, nous avons fait passer les personnes de l'autre côté du comptoir de façon à permettre **un espace de confidentialité** suffisant au recueil des réponses.

Le fait de poser aux UD des questions sur des thèmes pour lesquels l'équipe est porteuse de messages de prévention (ex: Réutilisez-vous ou partagez-vous vos seringues ? Avez-vous utilisé un tampon d'alcool avant de vous injecter ? Pourquoi fréquentez-vous STEP ? etc.), nous a également poussés à nous demander s'il fallait faire remplir les questionnaires **seul ou avec un membre de l'équipe**. Notre expérience nous a conduits à penser que, si les UD répondaient seuls, le nombre d'erreurs risquait beaucoup d'augmenter (mauvaise compréhension des questions, difficulté à lire ou à écrire, état de conscience altéré par les produits etc.).

Nous avons donc décidé de continuer à **faire remplir les questionnaires avec un membre de l'équipe**, même si cela pouvait biaiser certaines réponses.

Une autre difficulté au recueil de données réside dans le fait que les UD sont souvent très pressés, soit parce qu'ils ont hâte d'aller faire leur injection, soit parce qu'ils doivent courir après leur dealer, et qu'il est souvent très difficile de trouver **le moment propice** où ils seront accessibles et disponibles.

L'équipe a donc dû apprendre à argumenter et expliciter le **«pourquoi»** du questionnaire; ceci afin d'aller au delà des préjugés ou des vécus négatifs des UD par rapport aux formulaires en tous genres, et faire en sorte qu'ils acceptent de nous consacrer un peu de leur temps.

En 1998, nous avons donc fait passer **266 questionnaires** dont 194 de «premier contact» et 72 auprès des «habités» de notre programme.

Si l'on comptabilise une file active de 1630 personnes différentes sur l'année, ce chiffre représente à **peine 17% de notre public**.

Un problème de représentativité de notre échantillon se pose donc, sachant que les catégories d'usagers les plus «réfractaires» aux questionnaires ont été, soit les personnes venues pour la toute première fois (54% de notre public n'est venu qu'une seule fois), soit les UD extrêmement marginalisés.

Il ne s'agira donc pas de présenter ici une étude exhaustive sur l'ensemble de notre public mais plutôt de mettre en évidence **les grandes tendances caractérisant notre activité**.

Pour ce qui est de leur traitement statistique, les informations recueillies ont été codifiées puis rentrées dans notre ordinateur sous forme de base de données. Elles sont traitées à partir **du logiciel EPI INFO** version 6 de l'Ecole Nationale de Santé Publique.

STEP :

**La construction d'un "seuil adapté"
comme mode d'accès à la prévention**

Accéder à une relation sociale : Un premier pas vers la prévention

➤ L'adaptation du dispositif aux besoins des UD

Favoriser l'accès des UD au programme STEP est **une démarche qui se construit**. Ainsi, chaque modalité de fonctionnement, chaque aménagement de l'espace sont réfléchis et déterminés en fonction des besoins réels de notre population. Il s'agit de **trouver le «seuil adapté»** qui facilitera, à court terme, l'accès des UD à la réduction des dommages liés à leur consommation.

▪ La continuité du dispositif

STEP est un programme de prévention qui fonctionne de façon permanente, 7 jours sur 7 dans un lieu fixe, 12 mois sur 12, toute l'année.

Cette continuité renvoie aux UD des **repères clairs, faciles à s'approprier**. Ils savent qu'ils peuvent, chaque soir, même les dimanches et les jours fériés, et encore plus ces soirs-là, s'approvisionner en matériel de prévention au même endroit.

Le fait de pouvoir accéder à du matériel 7 jours sur 7 signifie également que la prévention ne s'arrête pas le week-end, mais au contraire, qu'il s'agit d'une préoccupation de tous les jours et de tous les instants.

La démarche d'aller s'approvisionner en matériel propre n'est plus occasionnelle en fonction des possibilités du moment, **mais s'intègre dans les comportements comme une habitude**, qui favorise à plus long terme une évolution réelle des pratiques des UD.

▪ Un accueil de nuit

Ouvrir notre local d'échange de seringues en soirée, de 19h30 à 23h30 repose sur un choix motivé.

La nuit est loin d'être synonyme de repos pour les UD mais apparaît au contraire comme un moment d'intense activité. C'est là qu'ils vont le plus consommer, le plus s'exposer aux risques, le plus ressentir la violence de la rue ainsi que leur propre vulnérabilité...

Il s'agit donc d'offrir l'accès à du matériel de prévention, à **ce moment particulier de la soirée**, tout en sachant que les autres structures (pharmacies, boutiques, etc.) sont, soit **fermées**, soit présentes **ponctuellement** (bus mobiles de prévention).

Toutefois, assurer un accueil de nuit, à **deux personnes seulement**, n'est pas une expérience facile. En effet, toute l'ambiance «électrique» de la nuit, toutes les tensions des usagers, toute l'urgence de leur consommation...sont ressenties de façon plus intense.

Pour peu qu'un usager se soit fait agressé et nécessite l'intervention urgente des pompiers ou qu'un autre arrive et mette en danger les accueillants ou les UD, l'équipe peut se sentir plus facilement débordée, mais aussi plus isolée à la fois des autres membres d'EGO, comme des autres structures.

L'équipe a donc dû apprendre à gérer ces situations, connaître les limites de son intervention, passer le relais à d'autres types d'intervenants.

▪ **L'accès «bas seuil»**

Pour rentrer dans le local de STEP, il n'y a qu'un pas à franchir. La porte est grande ouverte sur la rue.

Ici, nous n'avons pas voulu de sonnette, pas de code d'entrée, pas de sélection préalable, pas de file d'attente, pas de nombre limité d'usagers stationnant à l'intérieur, etc. Bref, **aucune condition** préalable n'est nécessaire pour entrer dans le local.

Ici, l'accueil a été organisé de façon à ce qu'il soit **le plus informel possible**, le plus convivial et aussi le plus proche avec les personnes qui fréquentent le lieu.

Ce choix repose sur la volonté de produire un cadre de fonctionnement qui soit non seulement accessible aux UD, mais également, qui leur permette d'investir le lieu à leur propre rythme.

Si des **règles de fonctionnement** existent, elles ne constituent pas un obstacle à l'accès des UD au programme et sont en **permanence évaluées et négociées** avec eux.

Autre caractéristique de l'espace : **l'accueil sous forme de comptoir**. Il permet de délimiter l'espace d'accueil de l'espace de travail de l'équipe, sans pour autant être un obstacle à la communication, puisque c'est à travers le comptoir que les échanges de paroles ou de matériels ont lieu.

▪ **L'adaptation à la temporalité de l'urgence**

La précarité grandissante d'une partie de notre public et la vie «dans la rue» induisent des **comportements de survie dans l'urgence**.

Chaque jour constitue une nouvelle épreuve où il va falloir trouver de l'argent, courir après son dealer, échapper aux contrôles de police, penser à se nourrir, éventuellement à son hébergement, surtout s'il fait froid dehors,...La priorité est avant tout celle du quotidien, jusqu'à ce qu'il soit possible d'envisager autre chose.

Du fait de leurs modes de vie chaotiques, les UD ont donc **développé une temporalité de l'urgence**, où priment les besoins quotidiens au détriment des stratégies à long terme.

La prise en compte de l'urgence est donc au cœur de notre action à travers l'offre de réponses et d'aide à la survie quotidienne des UD: matériel de prévention, adresses ponctuelles, petits soins, orientations, informations, etc. Mais également dans le maintien d'un lien social avec cette population à travers le respect de l'état personnel de chaque individu à un moment donné, du rythme de chacun, du temps nécessaire, si long soit-il, à l'émergence de demandes, etc..

Il nous semble aujourd'hui nécessaire de réhabiliter le sens noble du travail dans l'urgence car il constitue pour nous, à la fois, un objectif quotidien, mais aussi un passage nécessaire pour la mise en place d'actions à moyen ou long terme.

▪ **La transparence du dispositif**

La mise en place d'un local d'échange de seringues peut susciter dans son environnement proche des questionnements, de la curiosité, voire même des «fantasmes» par rapport au lieu et aux personnes qui l'utilisent.

C'est pourquoi nous avons fait le **choix de la transparence**, en aménageant une vitrine qui laisse totalement transparaître ce qui se passe à l'intérieur. Chaque passant peut donc observer les lieux, se familiariser avec ce qu'il représente, se l'approprier dans son territoire.

Cet aspect nous semble très important pour l'inscription du programme dans son environnement parce que, d'une part, il contribue à banaliser le lieu aux yeux des habitants, et d'autre part, il symbolise le fait qu'il n'y a pas de coupure entre le «dedans» et le «dehors» pour les UD.

STEP n'est donc pas un projet «en marge» de la vie sociale, ni un espace «ghetto», mais s'enracine pleinement et visiblement dans son contexte.

▪ **La participation des UD**

Dans la démarche communautaire, les UD sont pleinement acteurs du projet. Les actions mises en œuvre sont construites avec eux et évaluées avec eux.

Pour ce faire, «**la réunion du collectif**», qui se déroule chaque mercredi soir à EGO de 20h00 à 22h00, est une instance de régulation, de confrontation et d'échange de savoirs, tout à fait indispensable pour le bon fonctionnement de notre activité. En effet, elle est ouverte à tous, et de nombreux usagers de STEP qui fréquentent désormais EGO y sont présents.

A cette occasion, toutes les informations concernant chaque secteur d'activité d'EGO y sont discutées, et, parmi elles, «**les nouvelles de STEP**» sont présentées, avec un aperçu des données relatives à l'activité de la semaine (nombre de passages, de matériel distribué, de seringues récupérées) et des incidents ou thèmes à discuter (ex: le bénévolat à STEP, les nouveaux outils de prévention, le problème des personnes qui «squattent» au comptoir, etc.).

A travers les discussions et les confrontations, des décisions sur le fonctionnement du programme sont prises collectivement. Ceci permet aux UD de **s'approprier les règles** et de participer pleinement à la gestion du lieu par le fait qu'ils en soient eux-mêmes les porteurs.

Cette réunion a également pour fonction de **réguler les conflits** et de prévenir les phénomènes de violence, puisque chaque personne accueillie peut venir «régler ses comptes» à cette occasion, ou manifester son désaccord sur n'importe quel aspect de la vie de l'association. Ces plaintes ou réclamations sont toujours écoutées, prises en compte et discutées, pour finalement être résolues, au moins jusqu'à la prochaine fois.

Nous prenons constamment conscience de l'importance que joue cet espace où les conflits peuvent s'exprimer sur d'autres scènes que celle de la violence physique.

Un autre aspect de la participation des UD est leur **représentation au sein du groupe de suivi** de STEP, au même titre que l'ensemble des autres participants.

Sachant que leurs modes de vie peut rendre difficile un investissement à long terme, 3 personnes ont successivement assumé cette fonction au cours des 3 dernières réunions du comité.

Cette démarche a été un vif succès, tant pour les UD qui se sont sentis valorisés dans leur rôle, que pour les autres participants dont les représentations à l'égard des «toxicos» ont évolués favorablement.

Enfin, c'est également et surtout **quotidiennement**, que les UD participent à la gestion du local STEP, à travers des **gestes qui peuvent paraître à première vue anodins**, mais qui ont toute leur importance symbolique : vider les cendriers, sortir les poubelles, noter soi-même ses initiales et sa date de naissance sur la fiche de bord, rappeler aux autres usagers les consignes de prévention, présenter le programme aux visiteurs, etc.

Ces attitudes témoignent d'une attention, d'un respect et d'une appropriation du lieu par les personnes qui l'utilisent.

➤ **La construction d'une relation de proximité**

▪ **Une équipe complémentaire**

L'équipe de STEP se compose de 4 personnes, aux profils **différents mais complémentaires**.

Chaque soir, la permanence est tenue par un homme et une femme. Nous avons pu observer combien la **présence de femmes** à l'accueil contribuait largement à réguler les phénomènes de tensions ou de conflits. En effet, celles-ci sont plus dans la négociation des règles et la médiation entre les UD, tandis que les hommes se situent plus sur le registre de la «virilité».

Un autre facteur important pour faciliter une relation de proximité réside dans le fait d'avoir dans l'équipe des personnes ayant **une identité culturelle similaire** à celle de notre public, dont une grande partie est d'origine maghrébine. Ainsi, le fait de comprendre la langue, de pouvoir la parler, d'avoir des codes culturels communs ... facilite beaucoup la communication et participe également à la régulation des tensions.

Au sein de l'équipe, différents types de savoirs sont également représentés.

On trouve, tout d'abord, les **«savoirs techniques»** qui se rattachent à des domaines de connaissances bien spécifiques nécessaires à l'accomplissement de l'action : compétences sanitaires, compétences sociales, compétences méthodologiques, etc...

Avec eux, se côtoient les **«savoirs culturels»**, qui se réfèrent, au delà de la seule identité culturelle, à l'appartenance au quartier de la Goutte d'Or et à une connaissance globale de son territoire : son histoire, ses habitants, ses jeunes, ses codes socioculturels, ses problèmes spécifiques, son tissu social, ses espaces de vie collective, etc...

Ces deux types de savoirs coexistent au sein de notre action **de façon interactive**; l'un ne pouvant exister sans l'autre. Les fonctions ne sont pas figées, ni cloisonnées et chaque membre de l'équipe, même s'il est porteur d'un certain type de savoir, doit néanmoins s'appropriier l'ensemble des compétences nécessaires à l'accomplissement de son rôle d'agent de prévention.

Cette hétérogénéité volontaire de l'équipe permet ainsi **de proposer différentes possibilités de référents à un public**, lui-même très diversifié. Et, nous pensons **que la stabilité de l'équipe est un facteur** qui vient également renforcer ce processus d'identification et de reconnaissance communes.

▪ Une relation d'individu à individu

La démarche communautaire implique nécessairement la construction d'une professionnalité nouvelle qui se caractérise par **une transversalité de la relation avec les UD**.

Dans ce cadre, le «professionnel» n'est pas celui qui détient «le savoir» au détriment de l'autre, et qui de ce fait, se situe dans une relation de pouvoir par rapport à l'individu qui le sollicite. Tout au contraire, il s'agit de favoriser un partage, autant relationnel que technique, qui puisse **permettre aux UD de s'approprier les moyens nécessaires à la prise en charge de leurs propres difficultés**.

La première base de ce fondement est le développement d'une relation **d'individu à individu**. Les salariés sont donc là d'abord en tant que personnes, avec leurs qualités et leurs défauts, avec des expériences personnelles différentes, avec leurs forces et leurs faiblesses, avec leurs croyances et leurs convictions, mais aussi, leur militantisme pour la réduction des risques ou la défense des droits des citoyens.

S'il y a bien un projet commun, il n'y a pas en revanche, **de fonctions prédéfinies ou de normes institutionnelles dans lesquelles chacun devrait se fondre et se plier**. Ici, il n'y a pas une seule façon d'accueillir le public ;chaque membre de l'équipe a sa propre spécificité, sa propre façon de faire, sa propre approche des personnes, etc.

Cette hétérogénéité des postures professionnelles favorisent **la diversité des interactions possibles** avec les UD et permet de répondre à la variété des demandes.

Les UD sont considérés, non pas comme des «toxicos», mais avant tout comme des individus, qui eux aussi, ont leur propre culture de la rue ou de consommation, leurs propres expériences à partager, leurs «galères» et leurs espoirs... Dans cette relation, on prend en **compte l'état personnel de chacun** sur le moment, que les personnes soient fatiguées et qu'elles n'aient pas envie de parler, que la violence de la vie dans la rue fasse déborder le trop plein de colère et provoque des «coups de gueule», que la «course aux produits» empêche les gens de se poser un peu...

STEP offre donc un cadre relationnel, qui n'enferme pas l'utilisateur dans une identité de toxicomane, mais qui au contraire tend à promouvoir son rôle de citoyen.

▪ La distance avec la logique d'abstinence

Le fait de travailler dans un programme d'échange de seringues a supposé pour l'ensemble des membres de l'équipe la construction d'une pratique où l'objectif à atteindre n'est pas l'abstinence du public accueilli, mais plutôt la réduction des risques liés à sa consommation de drogues.

Si dans les mots, chaque salarié s'accorde sur l'intérêt et l'importance de cette approche, dans la pratique, en revanche, chacun a pu constater combien **il était facile de dévier de cet objectif**, et c'est à de nombreuses occasions que nous avons eu, tous, à nous interroger sur nos propres représentations par rapport à la «drogue», sur nos frustrations par rapport aux UD, sur nos limites en tant qu'acteurs de prévention...

Ainsi, nous avons dû apprendre en premier lieu **à ne pas juger** les personnes sur leur consommation abusive de produits, sur ce qui serait bien pour eux, sur ce qu'ils auraient dû faire et qu'ils n'ont pas fait...

En effet, face à l'état de dégradation accélérée de certaines personnes, il peut être tentant de proposer des «breaks», le temps de récupérer leurs forces et leur santé. Et, pourtant, nous nous sommes rendus compte combien ces attitudes résultaient de **nos frustrations personnelles** face à eux, et ne faisaient que renforcer leurs sentiments d'échec face à la drogue.

A force de débats internes, nous avons pris conscience que **l'acceptation de l'usage de drogues** par chacun d'entre nous était le principe de base indispensable à l'activité d'échange de seringues et notre rôle d'agent de prévention et de réduction des risques.

Aujourd'hui, nous avons compris toute **l'importance de «dédramatiser» l'usage de drogues** auprès des personnes qui viennent nous voir. Face aux normes morales que notre société leur renvoie tous les jours, les UD culpabilisent de ne pas pouvoir arrêter leur consommation. Il nous faut donc développer des attitudes de non jugement, pour pouvoir instaurer une relation sans tabou, sans honte, où la personne pourra parler en toute franchise des produits qu'elle consomme, de ses pratiques, etc

▪ **L'acceptation des limites du travail dans l'urgence**

Le travail dans l'urgence a pour nous toute son importance, mais **aussi toutes ses limites qu'il faut connaître et savoir accepter.**

Il est sûr que si nous nous attachons à créer un lien social avec une population très marginalisée, il nous faut en revanche être vigilant à ce que cette relation n'empiète pas trop sur notre travail d'information et de réduction des risques. En effet, plus les personnes sont désocialisées et coupées des structures, plus elles vont être dans la demande d'écoute, d'intimité, de parole et de soutien moral. Or, si nous devons permettre un certain espace d'échanges et d'expression, STEP n'est pas en **revanche le lieu adapté pour répondre à ce type d'attentes** et doit être en mesure de passer le relais, soit vers l'accueil d'EGO, soit vers d'autres structures.

De même, si nous devons orienter les personnes par rapport à certaines demandes, qu'elles soient sociales ou sanitaires, **nous ne faisons pas de suivi** à court ou moyen terme des UD. En effet, nous pensons que répondre aux besoins d'urgence des UD, à travers notamment l'offre de matériel, et réaliser un accompagnement social et sanitaire ne relèvent pas des mêmes logiques symboliques, même si elles sont complémentaires.

Là encore, nous avons dû apprendre à gérer nos frustrations lorsque nous sommes face à des personnes qui cumulent les difficultés et que notre offre se limite à du matériel de prévention ou de l'information. On peut alors avoir un sentiment d'impuissance, qu'il faut accepter comme condition nécessaire à l'action.

Enfin, c'est aussi au quotidien que nous **devons «faire avec» les rythmes et les possibilités de chacun**: accepter que certains ne veulent pas aller vers les hôpitaux même s'ils ont des abcès énormes, comprendre qu'une personne ne soit pas prête à se rendre à EGO même si cela fait 10 fois qu'elle vous demande l'adresse, respecter le fait que d'autres ne veulent pas être orientés au Sleep'in même s'ils dorment dans la rue, prendre en compte la peur d'aller se faire dépister même si on a partagé ses seringues avec un inconnu, etc.

Cette attitude ne signifie pas **une démission de notre part, bien au contraire, c'est un principe de respect de l'autre indispensable à tout travail de réduction des risques.**

Aujourd'hui, l'acceptation de nos limites **a conforté nos convictions sur l'importance du travail dans l'urgence**, et chaque jour, nous savons que nous aussi, professionnels, avons à nous battre au quotidien pour lutter contre le sida, les hépatites, les abcès, les pratiques de partage, les problèmes d'hébergement d'urgence, etc..

La population du programme STEP: Entre précarité sociale et vulnérabilité sanitaire

➤ Favoriser l'accès au plus grand nombre d'UD

▪ Evolution de la fréquentation du programme STEP

Depuis son ouverture, en novembre 1995, la fréquentation du programme STEP n'a cessé de croître.

Ainsi, nous sommes passés de 264 passages en 95 (pour seulement 2 mois de fonctionnement) à 13 293 en 1998, avec une file active de 1630 personnes différentes. Ces chiffres montrent que STEP touche un nombre particulièrement important de personnes.

Cette année, nous pouvons toutefois noter **une certaine stabilisation** de la fréquentation puisque le nombre de passages n'a augmenté que de 5% par rapport à l'année dernière, alors que ce chiffre était de 87% en 1997.

Evolution de la fréquentation du programme STEP				
Années	1995*	1996	1997	1998
Nbre de passages³	264	6 821	12 691	13 293
File active⁴	64	585	1 669	1 630
Personnes nouvelles	64	585	575	462
Nbre de passages Par soirée	5	19	35	37

* seulement Novembre et décembre 95

On peut penser qu'après 3 ans d'activités, **STEP a atteint son «rythme de croisière» avec une moyenne de 37 passages par soirée**, et un record de fréquentation de 69 passages en une seule permanence courant septembre 1998.

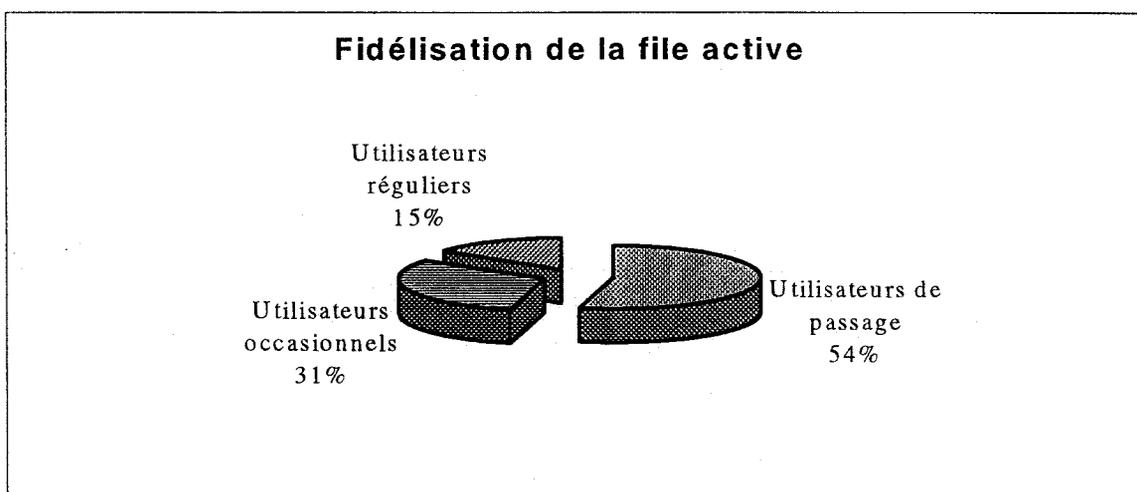
³ Nous entendons par «passage» la fréquentation d'une personne dans une soirée. Une même personne n'est notée qu'une seule fois par soirée, même si elle vient plusieurs fois chercher du matériel.

⁴ La file active représente le nombre de personnes différentes ayant fréquenté le local dans une année.

▪ La fidélisation de notre file active

On peut décomposer la file active de STEP en différents types «d'utilisateurs»:

- les «utilisateurs» de passage, qui ne sont venus qu'une seule fois dans l'année
- les «utilisateurs» occasionnels, qui ont fréquenté le lieu une dizaine de fois en moyenne
- les «utilisateurs» réguliers, qui ne représentent que 15% de notre file active mais 60% des passages.



Cette répartition montre que la file active de STEP est très **hétérogène**, avec une forte proportion de **personnes de passage**.

Ce constat peut s'expliquer, d'abord par le fait que la Goutte d'Or **attire une clientèle de passage**, qui vient d'autres quartiers ou de banlieue, pour s'approvisionner en produits. Mais on peut également penser qu'un certain nombre de personnes fréquentant notre programme sont **des consommateurs occasionnels**, qui gèrent leur usage sans que celui-ci ne devienne forcément abusif.

La fidélisation de la file active est enfin révélatrice d'un fort «turn-over» de notre population, dont **une grande partie se renouvelle chaque année**.

▪ Les horaires de fréquentation du local

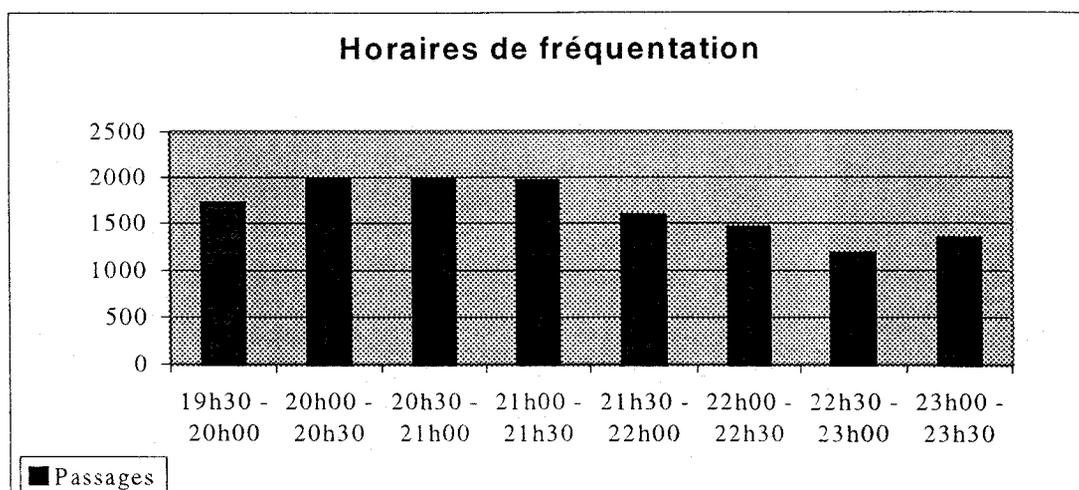
La mise en évidence des moments les plus fréquentés, au cours de nos permanences, est un élément important pour mesurer **l'adaptation de nos horaires d'ouverture**, avec les pratiques des UD.

En effet, la détermination de notre créneau d'ouverture s'est basée sur la volonté de prendre le relais avec les autres dispositifs (pharmacies, La boutique, Médecins du Monde, etc.) à un moment où les UD consomment le plus, en l'occurrence la soirée.

Comparativement aux années précédentes, on peut constater que la fréquentation des UD se répartit de façon plus homogène sur l'ensemble de la soirée et que les variations en terme de passages sont beaucoup moins marquées.

Contrairement à l'année 1997, **le pic d'affluence** ne se situe plus à 19h30, dès l'ouverture du local, mais tend plutôt à se déplacer **sur la tranche horaire de 20h00 à 21h30**. De même, si la dernière heure d'ouverture reste

le moment de plus faible fréquentation, le nombre de passages observés sur cette tranche a augmenté, et tout particulièrement entre 23h00 et 23h30.



Si nous avons pu, en 1996, nous interroger par rapport à l'adaptation des heures d'ouverture du local STEP, du fait d'une très faible fréquentation du local à partir de 22h30, cette année confirme le choix que nous avons fait en déterminant ces horaires.

➤ **Evolution du profil de notre population**

▪ **Les caractéristiques personnelles de notre public**

Après trois ans d'activité, nous pouvons mettre en évidence les évolutions et les changements concernant les caractéristiques personnelles de notre public:

▶▶ *Une diminution de la fréquentation des femmes*

Depuis l'ouverture du local, les hommes ont toujours été largement majoritaires au sein de notre public, alors que les femmes ne représentent qu'une petite minorité, plafonnant à 18% de notre file active en 1997.

Cette année, ce phénomène se renforce avec **une diminution du nombre de femmes fréquentant notre programme** (233 en 1998 au lieu de 311 en 1997), et sa conséquence logique sur la proportion de passages féminins qui chute à 11%.

▶▶ *Un vieillissement de notre population*

L'âge de notre public est très variable puisqu'il se situe entre 18 et 51 ans, cette année. Toutefois, on peut constater **une nette diminution des jeunes de moins de 25 ans** qui représentaient 14% de notre public en 1996, contre seulement 5% cette année. Cette évolution inquiétante laisse supposer que les jeunes UD sont de moins en moins en contact avec les structures spécialisées.

La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 30 – 35 ans, qui devient cette année nettement majoritaire avec 42%. La moyenne d'âge confirme, elle aussi, la **tendance au vieillissement** puisqu'elle atteint **32 ans** (au lieu de 30 ans en 96).

» *Des différences culturelles moins marquées*

Si notre population a toujours été majoritairement de **nationalité française** depuis l'ouverture du local, nous pouvons constater, en revanche, une nette diminution du nombre de personnes de nationalités étrangères, qui est passé de 30% en 1996 à 19% en 1998.

En observant les origines culturelles de notre population, il ressort que **les personnes d'origine française et celles originaires des pays du Maghreb** sont les plus représentées avec un chiffre de 38%. Cette situation témoigne d'une augmentation de la fréquentation des personnes d'origine française par rapport à 1996.

Là encore, les personnes originaires des pays d'**Afrique noire** (3%) ou des DOM – TOM (4%) sont toujours très **minoritaires**. Nous pouvons penser qu'une partie d'entre elles adoptent des modes de consommations autres que celles par voie intraveineuse. Enfin, viennent les personnes originaires d'**autres pays européens**, qui restent à un niveau stable, depuis 1996, aux alentours de 15%.

» *Une provenance plus massive des personnes de banlieue*

Jusqu'en 1997, les personnes qui fréquentaient STEP venaient majoritairement de Paris, et parmi elles, 24% étaient originaires du 18^e arrondissement.

Cette année est marquée par un **afflux plus important de personnes provenant de banlieue** (51%), qui viennent inverser cette tendance. Il nous faut ici rappeler que depuis l'ouverture de STEP, les «banlieusards» ont toujours constitué un groupe très important parmi notre public.

Nous pensons, en effet, que l'importance du **trafic** à la Goutte d'Or attire de nombreuses **personnes extérieures au quartier qui viennent s'approvisionner en produits**, mais dont une partie non négligeable investit ce territoire également comme lieu de vie, de consommation et de galère. Ce phénomène se renforce doublement du fait de l'implantation physique du local STEP, qui se situe tout près de la Gare du Nord. Ce n'est donc pas l'implantation de notre programme qui attire les personnes de banlieue, mais bien plutôt la perspective de pouvoir acheter leurs produits qui détermine cet afflux.

» *Des situations familiales plus variées*

Les $\frac{3}{4}$ du public qui fréquente STEP sont **célibataires**. Ce statut témoigne souvent de la précarité extrême des conditions de vie qui laissent peu de place à des relations sociales et/ou affectives autres que celles liées à la consommation de produits.

Toutefois, nous constatons cette année, **une augmentations du nombre de personnes qui vivent en couple** (33%) et de celles qui ont **des enfants** (38%). Le fait de vivre en couple est généralement un facteur de régulation de leur consommation et d'aide dans le maintien d'un équilibre, parfois précaire, entre sa vie familiale et son usage de produits.

Evolution du profil de notre population

Données recueillies à partir d'un questionnaire passé auprès de 266 personnes

Evolution de la répartition par sexe						
Répartition par sexe	1996		1997		1998	
File active par sexe	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	480	105	1358	311	1397	233
Répartition par passage	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	85%	15%	83%	17%	89%	11%

Evolution des catégories d'âge			
Classes d'âges	1996	1997	1998
< 25 ans	14%	11%	5%
26 à 30 ans	33%	31%	30%
31 à 35 ans	35%	38%	42%
36 à 40 ans	12%	15%	17%
41 ans et plus	6%	5%	6%

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

Evolution de la répartition par origines culturelles			
Origines culturelles	1996	1997	1998
France	34%	37%	38%
Autres pays Européens	16%	14%	15%
Pays du Maghreb	41%	37%	38%
Pays d'Afrique noire	4%	4%	3%
DOM-TOM	NC ⁵	6%	4%
Autres	5%	2%	2%

Evolution de la provenance géographique			
Provenance	1996	1997	1998
Goutte d'Or	10%	9%	7%
Autres 18^{ème}	15%	12%	11%
Autres Paris	24%	23%	24%
Banlieue	45%	43%	51%
Province	5%	4%	6%
Autres	1%	9%	1%

⁵ Non comptabilisés cette année là

▪ Des situations sociales plus contrastées

» *L'absence de travail, un problème récurrent*

Les ¾ des personnes qui fréquentent STEP sont **sans travail**, et parmi elles, certaines n'ont même jamais travaillé. Comparativement aux années précédentes, nous pouvons toutefois, constater une légère amélioration puisque la proportion de personnes qui ont une activité stable est passée de 12% à 17% et ceux qui ont un emploi occasionnel de 5% à 8%.

Le fait de travailler reste **un facteur de socialisation essentiel** puisqu'il permet de conserver un rythme de vie «normal», de maintenir un réseau de relations plus larges que celles liées au «bizness» ou à la drogue, et enfin, de pouvoir subvenir à ses besoins quotidiens.

» *Un accès inégal à d'autres ressources*

En l'absence d'activité rémunérée, les personnes doivent apprendre à se «débrouiller» pour subvenir à leurs besoins. **Le RMI apparaît comme la première roue de secours**, et les UD sont de plus en plus nombreux à y avoir recours (39% cette année).

Si cette augmentation témoigne d'un meilleur accès des UD à leurs droits sociaux, elle ne doit pas cependant cacher **qu'un quart d'entre eux ne bénéficient toujours d'aucune ressource**. La difficulté à se procurer l'ensemble des papiers nécessaires, la vie dans la rue, ou encore la consommation dans l'urgence constituent souvent des obstacles à la réalisation de leurs démarches.

Et même dans le meilleurs des cas, les UD doivent mettre en place des **systèmes de survie illégaux et complexes** (prostitution féminine et masculine, deal, rabattage, vol, «manche» etc.) pour pouvoir assurer leurs besoins quotidiens, qui avec le développement de l'usage du crack, deviennent de plus en plus contraignants.

» *Une amélioration de la couverture sociale*

Depuis 1996, le nombre de **personnes ayant accès à une couverture sociale** a progressé de 10%, pour atteindre aujourd'hui 84% de notre public.

La Carte Paris Santé (34%) et **la Carte Etat Santé (9%)** ont largement contribué à ce phénomène en permettant aux personnes les plus démunies d'avoir accès à une couverture sociale; et ce, même si toutes n'avaient pas leurs droits ouverts (10%) au moment où elles ont répondu aux questionnaires.

Si l'on peut se réjouir d'une telle évolution, malheureusement, **le «statut» de toxicomane**, et surtout l'étiquette stigmatisante qu'il renvoie, constitue toujours **un obstacle majeur à l'accès aux services sociaux et sanitaires** auxquels leur couverture donne droit. Enfin, une minorité de personnes (16%), parmi les plus exclues, n'ont pas de couverture sociale et restent coupées de tous les dispositifs d'aide sociale et de soins.

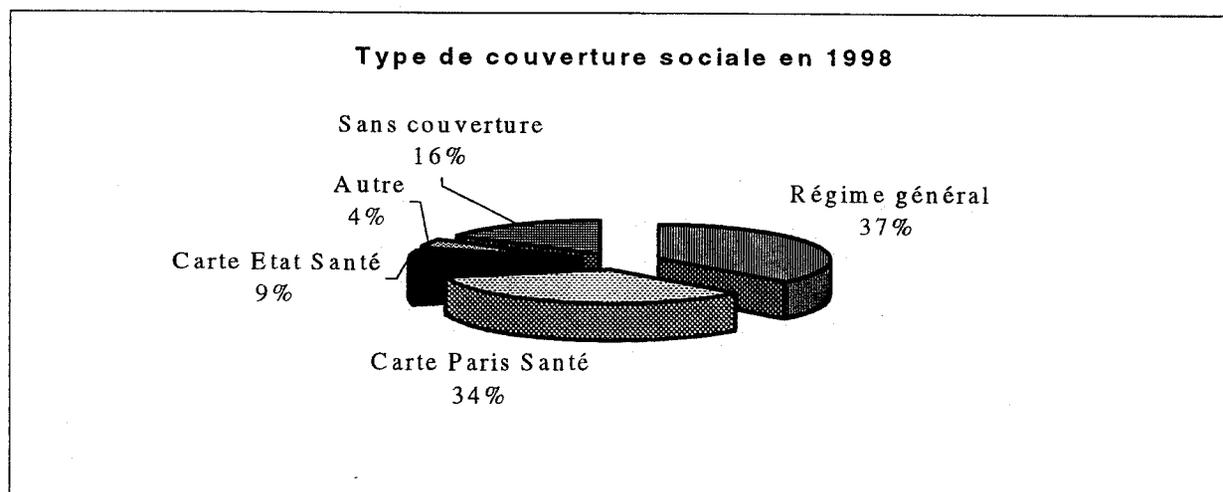
Evolution de la situation sociale de notre public

Evolution de l'activité professionnelle			
Type d'activité	1996	1997	1998
Emploi stable	12%	12%	17%
Emploi occasionnel	5%	6%	8%
Sans emploi	83%	82%	75%

Autres ressources			
Type de Ressources	1996	1997	1998
Allocations chômage	NC*	7%	4%
R.M.I	NC*	35%	39%
COTOREP	NC*	7%	7%
Allocations logement	NC*	1%	1%
Autres ressources	NC*	1%	1%
Sans ressources	NC*	31%	23%

Evolution de l'hébergement			
Type d'hébergement	1996	1997	1998
Hébergement stable	45%	46%	49%
Hébergement précaire	26%	35%	31%
Aucun hébergement	29%	19%	20%

Evolution de la couverture sociale						
Ont une couverture sociale	1996		1997		1998	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
		74%	26%	77%	23%	84%



» *L'hébergement, toujours précaire*

L'absence de logement constitue, pour une grande partie de notre population, **une préoccupation permanente**, puisque 51% d'entre elle est, soit dans des situations d'hébergement précaire (chez un ami, à l'hôtel, en foyer, etc.), soit n'ont aucun hébergement (squat, cage d'escalier, etc.).

Cette situation de précarité contribue largement à **renforcer l'instabilité des modes de vie des UD**, déjà bien chaotiques du fait de leur consommation souvent très intense. On peut toutefois remarquer que le nombre de personnes ayant un logement stable (personnel ou chez ses parents) a quelque peu augmenté par rapport à 1996.

De même, il semble que la proportion de personnes qui bénéficient d'un hébergement d'urgence, si précaire soit-il, ait augmenté par rapport à celles qui se retrouvent «dans la rue»; ce qui pourrait laisser **supposer une certaine tendance à la hausse**.

» *La prison, un passage souvent obligé*

Le fait de consommer des drogues illicites a pour conséquence directe **de placer l'usager en situation d'illégalité et de clandestinité**.

Lorsqu'en plus de leur consommation, les personnes se trouvent dans des situations de grande précarité sociale, obligées pour survivre de se «débrouiller» par des **moyens souvent en marge de la légalité** (prostitution, manche, vols, deal, etc.), on comprend alors aisément qu'une grande partie d'entre elles aient été incarcérées. Ainsi, 68% de notre public déclare avoir été en prison, dont la moitié entre 1 et 5 fois, et 20% plus de 10 fois.

De par leur situation d'illégalité, les UD sont souvent l'objet **d'une pression policière permanente** et d'arrestations répétées, qui ne font que renforcer leur exclusion sociale.

» *Le contact avec le réseau spécialisé*

37% des personnes qui fréquentent STEP affirment **être en contact avec les structures d'aide spécialisées** en toxicomanie. Parmi ces structures, les premières à être avancées sont les dispositifs de soins en toxicomanie (Marmottan, hôpital Fernand Widal, Centre du Moulin Joly, etc.). Viennent ensuite les structures dites «de proximité», comme la Boutique, Boréal, Le Sleep'in, Médecins du Monde, etc...

Le fait qu'une grande part de notre public ne soit pas en contact avec le réseau spécialisé peut s'expliquer par différentes raisons. D'abord, on peut penser que certaines personnes, consommant des produits occasionnels, ne s'identifient pas aux dispositifs pour «toxicos». Ensuite, pour les personnes venant de banlieue, il est clair qu'il y a moins de structures dans leur environnement proche. Enfin, une bonne partie de notre public continue à être coupée des dispositifs, soit parce que leurs conditions d'accès sont mal adaptées, soit parce qu'ils sont momentanément incapables d'aller vers ces structures.

▪ Un état de santé en légère amélioration ?

» *Un suivi médical plus fréquent*

Comparativement aux années précédentes, on remarque **une augmentation constante du nombre de personnes qui déclarent avoir un suivi médical régulier**. Ce chiffre est passé de 51% à 79% cette année. Le développement de l'accès aux traitements de substitution semble avoir très largement contribué à cette évolution puisque 50% des personnes avancent cette raison comme motivation à leur dernière visite.

Il semble que le fait que les UD soient plus régulièrement en contact avec un référent sanitaire, leur ait également permis de **mieux prendre en charge leurs problèmes somatiques**, qui arrivent en seconde position après la substitution. Un phénomène inquiétant est la diminution du nombre de personnes qui disent avoir vu leur médecin pour un suivi médical de leur VIH ou leur hépatite, alors que, dans ce même temps, l'épidémie de l'hépatite C progresse toujours.

Enfin, même si une minorité continue d'avoir peu de contact avec les professionnels du médical, il semble toutefois que **le nombre de personnes vraiment isolées du système de soin diminue**.

» *Un développement de l'accès à la substitution*

Depuis quelques années, la substitution s'est largement intégrée dans les pratiques des UD, leur offrant une **nouvelle alternative thérapeutique** à travers une stabilisation et une meilleure gestion de leur consommation.

Si au départ les UD avaient quelques réticences par rapport à cette nouvelle offre de soins, nous constatons aujourd'hui qu'elle fait **totalelement partie de leur quotidien**. Ainsi, 63% des personnes qui fréquentent STEP déclarent avoir une prescription médicale.

Le Subutex® apparaît comme le **principal produit utilisé** puisqu'il concerne actuellement 43% de notre public. Le fait qu'il soit d'un accès plus facile pour les usagers, sans nécessité de s'inscrire dans un programme comme pour la méthadone, a largement contribué à cette évolution. En effet, parmi les UD les plus précarisés, nombreux sont ceux dont les modes de vie sont trop chaotiques pour pouvoir être capables de se **plier aux conditions d'accès aux programmes de Méthadone**, tels qu'ils existent en France (excepté le bus de Médecin du Monde). Ainsi, seulement 12% de notre public est aujourd'hui substitué à la méthadone, soit à peine plus que le Skénan qui plafonne à 11%.

» *Une stabilisation de la contamination par le VIH*

Le nombre de **personnes touchées par le VIH** semble, année après année, se stabiliser aux alentours de 14% de notre public.

Comparativement à d'autres études réalisées dans ce champ, ce chiffre peut paraître quelque peu sous-estimé, étant donné que nous nous adressons à une population d'usagers par voie intraveineuse, donc tout particulièrement exposée aux risques. Ainsi, *les indicateurs et tendances*⁶ publiés par l'OFDT en 1996 évaluent la **séropositivité au VIH chez les UD entre 12% et 36%** selon les sources d'information.

Malgré toute l'imperfection de nos chiffres, la stabilisation que nous observons se voit confirmée par la *Lettre d'information*⁷ du CRIPS qui fait état d'une **diminution du nombre d'UD dans les nouveaux cas de Sida déclarés, et d'une stagnation de la transmission par usage de drogues par voie injectable**. Là encore, le fait que la presque totalité (92%) de notre public ait réalisé un test de dépistage et que, de plus en plus, les UD soient au courant de leur statut sérologique attestent d'une évolution positive des indicateurs dans ce domaine.

⁶ *Drogues et toxicomanies Indicateurs et tendances* publié par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, édition 1996.

⁷ *Lettre d'Information*, publiée par le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida, Ile de France, édition Janvier 1999.

Evolution de l'état de santé des usagers de drogues

Evolution du suivi médical			
Fréquence	1996	1997	1998
Moins de 3 mois	51%	62%	79%
6 mois à 1 an	37%	21%	13%
Plus d'un an	12%	17%	8%

Raisons de santé de la dernière visite			
Raisons de santé	1996	1997	1998
Substitution	NC*	41%	50%
Sevrage	NC*	9%	7%
Suivi VIH	NC*	10%	6%
Suivi Hépatites	NC*	16%	8%
Problèmes somatiques	NC*	24%	29%

Evolution de l'accès à la substitution			
Type de substitution	1996	1997	1998
Méthadone	NC*	9%	12%
Subutex®	NC*	29%	43%
Skénan	NC*	7%	11%
Moscontin	NC*	2%	1%
Non substitués médicalement	NC*	53%	37%

Evolution de la sérologie au VIH						
Sérologie au VIH	1996		1997		1998	
Dépistage	Oui 91%	Non 9%	Oui 92%	Non 8%	Oui 92%	Non 8%
Séropositif au VIH	Oui 13%	Non 71%	Oui 16%	Non 74%	Oui 14%	Non 75%
Sérologie inconnue	16%		10%		11%	

Evolution de la sérologie au VHB						
Sérologie au VHB	1996		1997		1998	
Dépistage	Oui 73%	Non 27%	Oui 78%	Non 22%	Oui 79%	Non 21%
Séropositif au VHB	Oui 14%	Non 53%	Oui 18%	Non 57%	Oui 14%	Non 61%
Sérologie inconnue	33%		25%		25%	

Evolution de la sérologie au VHC						
Sérologie au VHC	1996		1997		1998	
Dépistage	Oui 72%	Non 28%	Oui 79%	Non 21%	Oui 79%	Non 21%
Séropositif au VHC	Oui 29%	Non 38%	Oui 41%	Non 36%	Oui 43%	Non 33%
Sérologie inconnue	33%		23%		24%	

» Une progression moins importante de l'hépatite B

Par rapport à 1996, on peut se réjouir de ne pas constater une forte progression du nombre de personnes touchées par l'hépatite B, qui atteint 14% cette année.

Comparativement à d'autres sources d'information, nos chiffres paraissent là encore sous-estimés. Ainsi, en 1995 une étude⁸ de l'IREP sur les attitudes et pratiques des usagers de drogues face au Sida et aux hépatites fait état de 23% de personnes séropositives au VHB. En 1997, une autre étude⁹ de l'IREP, portant cette fois-ci sur les consommateurs de crack, fait ressortir le même chiffre, témoignant également d'une certaine stabilisation de l'épidémie. Nous pouvons penser que l'existence d'un vaccin contre le VHB a largement contribué à éviter la propagation du virus chez les UD. Ainsi, dans notre programme, 38% d'entre eux affirment avoir été vaccinés.

Si l'on peut constater qu'ils sont plus nombreux à faire leur test de dépistage du VHB (79%), il reste encore une trop forte proportion de personnes (25%) qui ignorent leur statut sérologique, ce qui laisse supposer que cette épidémie peut encore progresser.

» L'hépatite C en nette recrudescence

De plus en plus, l'hépatite C devient un axe de prévention prioritaire, tant nous constatons une recrudescence du nombre de personnes touchées par ce virus. Ainsi, en 1996, 29% des personnes interrogées déclaraient être séropositives au VHC, en 1998, ce chiffre atteint près de 43%.

Les deux études de l'IREP, précédemment citées, indiquent 47% de séropositivité au VHC pour celle réalisée en 1995, et 51% pour celle réalisée en 1997. Les indicateurs de l'OFDT en 1996 estiment la séropositivité au VHC chez les usagers de drogues par voie intraveineuse à 57%.

On peut penser que si nos chiffres sont encore sous-estimés par rapport à des données plus « officielles » c'est qu'une partie de notre public n'a toujours pas réalisé de dépistage (21%) pour connaître sa sérologie et que d'autres, s'ils ont fait un test, ignorent encore leurs résultats. Par ailleurs, la constante diminution du nombre de personnes séronégatives au sein de notre population est un indicateur fiable sur l'évolution dramatique de cette épidémie.

■ Evolution de la typologie des différents profils de notre population

Depuis l'ouverture du local, la population de STEP a toujours été très hétérogène. C'est pourquoi dès 1996, nous avons pu mettre en évidence une typologie présentant les différents profils socio-sanitaires de notre public :

□ « Les insérés précaires » (15%)

De 20% en 1996 à 15% en 1998, la partie la plus insérée de notre public diminue légèrement mais de façon constante chaque année.

Ils représentent ceux qui ont conservé un rythme de vie « normale », malgré leur consommation de produits. Ainsi, ils vivent pour la plupart en couple, avec pour certains des enfants à charge, et ont une activité professionnelle qui leur permet d'assumer les besoins liés à leur vie de famille (logement personnel, etc.) mais aussi à leur consommation.

Ce groupe a plus souvent recours à la substitution pour gérer son usage de substances et maintenir un équilibre, parfois précaire, entre les contraintes de leur activité professionnelle, de leur vie de couple, et de leur « toxicomanie ». Ce sont eux également qui affichent les attitudes préventives les plus soutenues puisqu'ils

⁸ Les attitudes et les pratiques des usagers de drogues confrontés aux risques de contamination par les virus du Sida et des hépatites, Etude du Dr R. INGOLD et M. TOUSSIRT - IREP - 1995

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

partagent moins leur matériel, se font davantage dépister et suivre médicalement, ont acquis les règles du shoot propre, etc.. Enfin, ce groupe est relativement peu en contact avec les structures spécialisées en toxicomanie, souvent parce qu'ils n'en éprouvent pas le besoin ou qu'ils savent mieux utiliser le réseau de droit commun.

□ *«Les désocialisés précaires» (67%)*

Après un léger recul en 1997 à 54%, le groupe des «**désocialisés précaires**» regagne cette année du terrain pour finalement représenter 67% de notre public.

Ils se caractérisent par une situation de **grande précarité sociale** car ils sont **sans emploi**, et **sans hébergement stable**. Toutefois, cette catégorie réussit tant bien que mal à maintenir des **liens avec le réseau spécialisé** ce qui lui permet d'obtenir des réponses ou des aides à plus ou moins court terme. Ainsi, ils ne sont pas totalement sans ressources, notamment grâce au RMI, ni totalement dans la rue, obtenant des chambres d'hôtel pour une semaine, ou une place dans un foyer.

Leur consommation de produits leur laisse peu de place à une vie de famille ou de couple car il leur faut «faire leur argent», et **consommer leur produit dans l'urgence**. Leurs **pratiques à risques** sont plus élevées que celles du groupe précédent : partage des seringues, et tout particulièrement du matériel secondaire, dépistage moins fréquent, moindre réceptivité aux messages de prévention... Si la consommation de produits est au cœur de leur préoccupation quotidienne elle n'empiète pas cependant sur l'accomplissement de leurs besoins primaires et vitaux (se nourrir, dormir, hygiène corporelle, etc.).

□ *Les «ultra marginalisés» (18%)*

Ils représentent la catégorie **la plus marginalisée des UD** qui fréquentent notre local. Après une forte augmentation en 1997 (28%), il semble que cette année le nombre de personnes totalement coupées des dispositifs ait **tendance à diminuer** (seulement 18% en 1998).

En effet, **la recherche et la consommation de produits sont l'axe central de leur préoccupation quotidienne**, reléguant leurs besoins, même les plus élémentaires (manger, dormir, etc..) au second plan. Sans ressources, sans hébergement, **ils ne fréquentent pas les structures spécialisées**, sauf peut-être celles dites de proximité, et se trouvent donc dans des situations d'extrême marginalisation sociale et sanitaire.

Ils se situent dans **une temporalité de l'urgence**, ce qui les exclut momentanément des réponses ou des démarches à court ou moyen terme. Les messages de prévention sont beaucoup plus difficiles à faire passer dans ce groupe car la prise de risques, quels qu'ils soient, est le moteur de leur survie quotidienne (arnaques, police, OD, Sida, etc.); d'où, une certaine banalisation de ces facteurs. De fait, ce sont eux qui ont les pratiques à risques les plus importantes et les séropositivités au VIH et aux virus des hépatites les plus élevées. Enfin, leur état de santé est très préoccupant et cette situation est rendue d'autant plus inquiétante qu'ils accèdent peu aux dispositifs de soins.

1998 aura donc été marquée par une diminution des deux catégories extrêmes de notre population, c'est-à-dire moins de personnes insérées socialement mais également moins de personnes ultra marginalisées. C'est donc la précarité sociale qui s'impose de façon plus probante sur les deux autres profils socio-sanitaires.

La prévention et Ses outils de Réduction des Risques

➤ Un objectif de responsabilisation des usagers

STEP, en tant que programme d'échange de seringue, n'a pas pour objectif d'aider les UD à stopper leur consommation de produits, mais fonde son action sur la conviction et **le constat que l'individu est capable d'autogérer sa consommation à moindres risques**. Depuis l'épidémie de Sida, les UD ont d'ores et déjà pu prouver qu'ils étaient capables de **se responsabiliser et de réduire leurs pratiques à risques pour peu qu'on leur en donne les moyens**. Le fait même aujourd'hui, qu'ils viennent chercher du matériel de prévention montre encore qu'ils ont intégré les messages, et qu'ils sont soucieux de préserver, dans la mesure du possible, leur santé.

STEP a donc pour objectif de **susciter une dynamique d'auto-responsabilisation des UD** vers une diminution des risques inhérents aux produits qu'ils utilisent, à l'usage par voie intraveineuse, à leurs pratiques sexuelles, et aux modes de contamination du VIH et des hépatites.

Le fait de promouvoir un usage à moindres risques contribue également à une prise en compte plus large des problèmes sociaux qui conditionnent leurs modes de vie et des questions de santé en général.

Cette démarche spécifique prend en compte le rythme de chacun, son mode de vie particulier, ses pratiques de consommation, ses prises de risques personnelles, ses problèmes de santé. La relation est toujours **interactive** car il ne s'agit pas d'imposer des discours «prêt-à-porter», mais au contraire, de construire avec eux des messages, qui leur soient accessibles.

➤ L'accès au matériel d'injection propre

La mise à disposition de matériel de prévention est **le premier pas** vers une évolution des pratiques à risques des UD et la **promotion du «shoot propre»**.

C'est pourquoi nous favorisons l'accès des UD au matériel suivant :

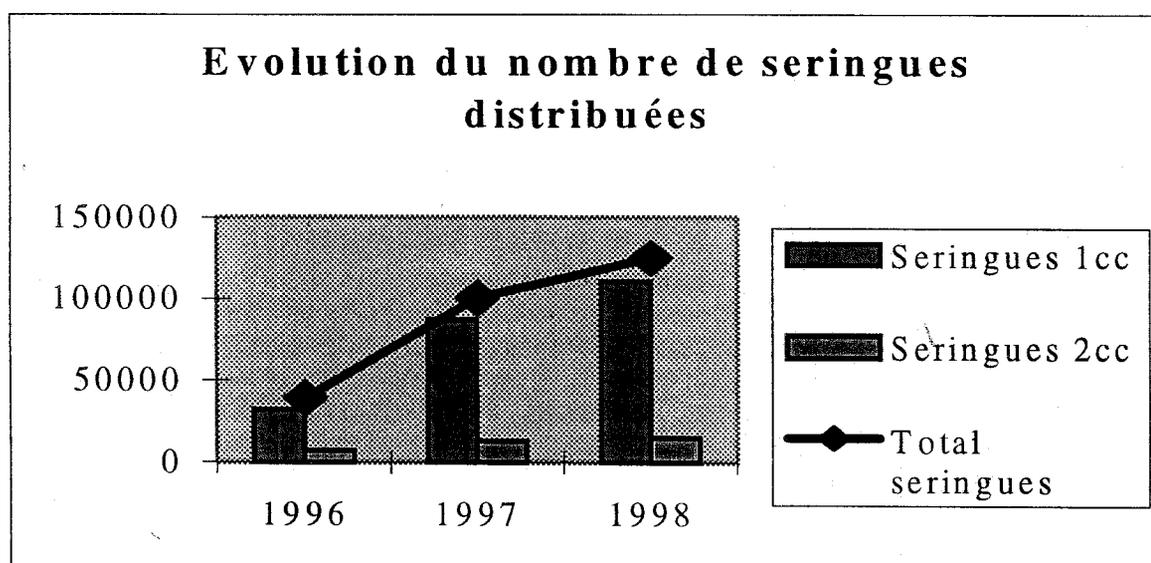
- Seringues 1cc ou 2cc (30 maximum)
- Tampons alcoolisés (2/seringue donnée)
- Fioles d'eau stérile (1/seringue donnée)
- Tubes individuels de rangement et de stockage de son matériel
- Container de récupération de seringues sales
- Préservatifs (30 maximum)
- Gel lubrifiant

▪ Distribution et retour des seringues

La détermination du nombre de seringues distribuées a largement évolué depuis 1996. Au départ, pour renforcer l'acceptation du projet dans le quartier, notre système de distribution visait à **favoriser la récupération des seringues usagées** en obligeant les usagers à ramener des seringues sales pour en avoir des neuves, ceci jusqu'à **un maximum de 20**.

En 1997, le changement des modes de consommation de notre public et tout **particulièrement l'explosion de la consommation de crack** qui induit un nombre de shoots par jour beaucoup plus important qu'avec l'héroïne (jusqu'à 30 injections), nous a obligés à revoir notre système à la hausse. Face à la difficulté de trouver un consensus entre les différents membres de l'équipe, c'est le groupe de suivi du programme qui a statué sur cette question, se prononçant pour **un système de distribution sans conditions jusqu'à 30 seringues maximum**, accompagné toutefois d'un discours renforcé sur le retour des seringues.

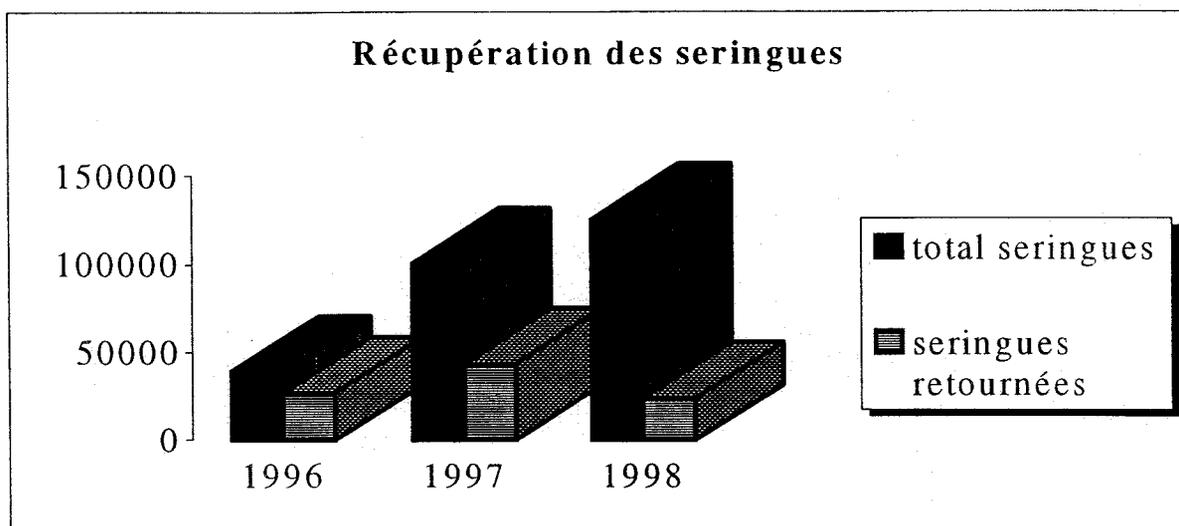
Depuis l'ouverture du local, le nombre de seringues distribuées est en constante évolution passant d'un total de 39274 en 1996 à **125 265 seringues**, cette année.



On peut remarquer que les usagers prennent essentiellement des seringues 1cc car c'est avec celles-ci que sont préparées les injections de cocaïne ou de crack. A l'inverse, les seringues 2cc sont plus principalement utilisées pour l'injection de médicaments, qui nécessitent une préparation de plus grande contenance.

Pour ce qui est du retour des seringues souillées, notre **taux de récupération** accuse **une diminution constante** depuis 1996. Après un score de 69% la première année de notre activité, nous sommes passés à 45% en 1997, pour finalement chuter à 19% cette année, soit environ 24018 seringues récupérées.

La difficulté à retourner ses seringues usagées relève pour nous de plusieurs facteurs. Le premier est **une pression policière** constante à l'égard des usagers qui préfèrent ne pas conserver leur matériel sur eux car le port de la seringue constitue toujours une présomption d'usage pouvant donner lieu à une arrestation. Le second est **une situation d'urgence** permanente, renforcée par la consommation de **crack**, dans laquelle se trouvent beaucoup d'usagers qui les rend moins sensibles aux messages de prévention, et moins accessibles aux discours de responsabilisation.



Malgré cette difficulté, la question du retour des seringues reste pour nous **une préoccupation permanente**, tant à travers le renforcement de la sensibilisation des UD, que par le contact avec les habitants des alentours.

▪ Mise à disposition du matériel de prévention secondaire

Afin de promouvoir le shoot propre, nous sensibilisons les usagers à l'utilisation de matériel de prévention secondaire.

En 1998, nous avons ainsi distribué 164 294 tampons alcoolisés, 91 296 fioles d'eau stérile, 44 589 préservatifs, 1595 doses de gel lubrifiant, 1042 tubes individuels, et 161 containers de récupération.

Evolution de la distribution de matériel secondaire			
Type de matériels	1996	1997	1998
Tampons alcoolisés	70143	161548	164294
Eau stérile	37423	73270	91296
Acide citrique	Non distribué	Non distribué	3416
Préservatifs	11031	18929	44589
Gel lubrifiant	Non distribué	Non distribué	1595
Tubes	1064	1296	1042
Containers	Non distribué	Non distribué	161
Plaquettes d'infos	869	713	1262

Nous constatons que les UD sont de plus en plus demandeurs de ce type de matériel, ce qui atteste d'une **évolution positive de leurs pratiques** vers une plus grande hygiène de shoot (cf. page 47).

De plus, suite à des demandes répétées d'usagers qui souhaitent laver leurs mains sales, nous avons installé, depuis 1997, un lavabo, juste à côté du comptoir. Ceci nous semble aller dans une même optique de promotion de l'hygiène, et les UD sont très nombreux à l'utiliser, sans même que nous ayons à les inciter.

▪ L'expérimentation de nouveaux outils

□ *L'acide citrique*

Suite au constat **d'une démultiplication du nombre d'abcès**, due en partie à l'utilisation répétée de citrons sales pour diluer le crack ou l'héroïne, nous avons souhaité **tester l'acide citrique** comme outil de prévention.

Au cours du premier semestre 98, nous avons donc distribué près de **3416 sachets** aux usagers de notre programme.

Dans un premier temps, cet outil nous a semblé intéressant, non seulement parce qu'il a permis de créer un **dialogue de prévention** sur les techniques de shoot, mais également parce que nous avons constaté effectivement moins d'abcès chez ses utilisateurs.

Toutefois, plusieurs problèmes se sont posés sur son utilisation :

- Sa présentation sous forme de petits cristaux conditionnés en sachets **n'est ni stérile**, ni destinée à l'injection et présente des **difficultés de dosage** et de conservation pour les personnes mal initiées.
- **Les conséquences de son utilisation à long terme** semblent mal connues et aucune étude à ce jour n'a été réalisée pour mesurer son efficacité.

Face aux positions discordantes de nos partenaires et au manque de positionnement clair de nos tutelles sur ce sujet, nous avons donc décidé d'interrompre momentanément la distribution de l'acide citrique. En collaboration avec les autres PES, nous avons également demandé **par courrier une autorisation claire de distribution de cet outil à nos tutelles et une présentation sous forme galénique injectable**. Cette sollicitation reste à ce jour sans réponse.

□ *Le gel lubrifiant*

Afin de renforcer nos messages de **prévention des MST**, nous avons souhaité distribuer du **gel lubrifiant** en plus des préservatifs.

En effet, nous constatons que de plus en plus de personnes ayant recours à **la prostitution** fréquentent notre local, et pour certaines, **méconnaissent les règles d'utilisation du préservatif**. Ainsi, plusieurs personnes nous ont dit «mettre plusieurs préservatifs d'un seul coup pour éviter qu'ils se déchirent»; d'autres nous racontent que les préservatifs sont «difficiles à mettre», etc.

Le fait de proposer un nouvel outil a permis de créer un dialogue autour des pratiques sexuelles à moindres risques. Si au début, les femmes hésitaient à prendre du gel, sous prétexte qu'elles n'en «avaient pas l'utilité», aujourd'hui cet outil est passé dans les mœurs de chacun comme un matériel de prévention et de confort.

□ *Les seringues à filtres incorporés*

Suite à un contact avec une personnes mandatée par la société Compet Médical AG (Suisse) pour tester en France des seringues avec filtres incorporés, nous avons souhaité réfléchir à **une éventuelle participation à cette étude**.

En effet, dans le cadre d'une prévention plus ciblée de l'hépatite C, cet outil permettait d'éviter la manipulation et le partage des filtres, et potentialisait le filtrage en retenant les petites particules, souvent causes de problèmes de santé graves.

Après avoir approfondi cette question, nous nous sommes rendu compte que, si le filtrage était plus efficace, il avait également tendance à améliorer **la pureté du produit**, d'où **un risque accru d'overdose** si les personnes ne réduisaient pas leur dose habituelle.

Nous avons donc abandonné cette piste, car cet outil ne semblait pas approprié par rapport à la précarité des conditions d'injection de notre population.

□ *Les containers de récupération*

Face à la diminution du nombre de seringues retournées, nous avons souhaité donner les moyens concrets aux UD de ramener leur matériel.

C'est pourquoi nous avons mis à leur disposition cette année des containers de récupération de différents types :

- **des boîtiers** , commercialisés par la société FITPACK, d'une contenance approximative de 10 seringues, et permettant de ranger son matériel propre et ses seringues sales. Malgré l'accueil positif des usagers par rapport à cet outil, nous n'avons pas pu continuer à le distribuer car son coût d'achat (10frs l'unité) s'est avéré trop élevé.

- **des containers**, fournis par le SMASH et pouvant stocker jusqu'à 50 seringues sales.

Les gros containers sont surtout utilisés par les personnes qui ont un hébergement stable, car il est souvent plus facile pour elles de conserver leurs vieilles seringues.

➤ **L'accès des usagers à l'Information**

Favoriser l'accès à l'information des usagers de drogues est un outil essentiel de la réduction des risques, car c'est à travers elle que sont repérées les pratiques à risques, et donnés les conseils de prévention pour responsabiliser les UD.

Malheureusement, l'information, telle qu'elle existe actuellement est **souvent peu adaptée** à ce type de public, soit qu'elle utilise un langage trop technique, soit qu'elle ne prenne pas suffisamment en **compte les modes de vie** ou les **pratiques de consommation** des UD. C'est pourquoi notre rôle consiste à vulgariser l'information existante mais aussi à créer de nouveaux supports de prévention.

□ *L'information sur les techniques d'injection*

Chaque soir, lorsque les usagers viennent chercher leur matériel, tout un ensemble de **conseils** sont délivrés sur son utilisation en particulier et sur **les techniques d'injection** en général : utilisation des tampons alcoolisés, de l'eau stérile, points d'injection les plus adaptés, les abcès, les poussières, l'hygiène de base, les problèmes liés au citron, la conservation de son capital veineux, etc..

En plus des discussions informelles, nous disposons de tout un ensemble de **plaquettes d'informations** (guide du shoot à risques réduits, code du shoot propre, etc.) qui nous permettent de renforcer nos messages.

□ *L'information sur le Sida et les hépatites*

Les usagers sont extrêmement demandeurs d'informations sur le Sida et de plus en plus sur les hépatites. Elles concernent les modes de transmissions, les modalités de dépistages, la possibilité de vaccination, les avancées thérapeutiques, les droits sociaux des personnes séropositives, l'aide et l'accompagnement des personnes, etc.

Là encore, nous disposons de tout un ensemble de plaquettes que nous mettons à disposition : adresses de CDAG, journaux de prévention ALTER EGO, ASUD, REMAIDES, plaquettes de AIDES, brochures Hépatite C, etc.

□ *L'information sur les risques liés aux produits*

Il s'agit de tous les conseils qui portent sur les effets des produits et des associations de produits : «descente» du crack, injection du Subutex ou du Skénan, associations de médicaments (rohypnol + crack ou subutex + benzodiazépines etc.), produits de coupages et qualité des produits, risques d'overdoses, etc.

Ce type de messages est celui pour lequel nous disposons le moins de plaquettes d'infos ou de supports, ce qui atteste d'un besoin pressant de **produire des outils dans ce domaine**.

□ *La mise en œuvre de nouvelles formes d'information*

Cette année, nous avons essayé de diversifier notre offre d'information à travers :

- **La construction de plaquettes d'infos sur des thématiques nouvelles et d'actualité**
 - Les risques liés à l'usage de crack
 - Acide citrique, citron et vinaigre : avantages et inconvénients
 - Comment prévenir et guérir les abcès ?
 - Les overdoses : Quoi faire ?
 - Les lieux d'échange de seringues sur Paris

Ces outils ont été construits avec la participation des usagers de STEP et de l'accueil d'EGO.

- **L'organisation d'une «Semaine de prévention Sida», à l'occasion du 1^{er} décembre**, sous forme de discussions informelles au sein de l'accueil avec des intervenants de différentes structures médico-sociales (CDAG, EMIPS, AIDES)

Cette formule ayant remporté un vif succès auprès des usagers, nous comptons renouveler cette expérience l'année prochaine.

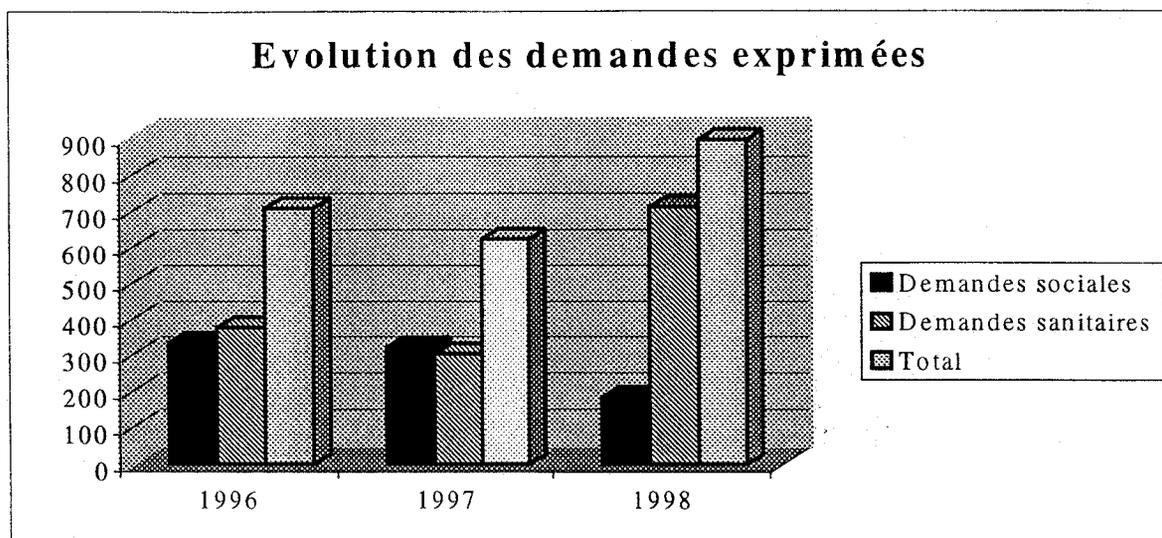
➤ **L'accès au réseau socio-sanitaire**

Etant donné la grande précarité dans laquelle vit une grande partie de notre public, nous sommes quotidiennement amenés à répondre à des problèmes, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, dans l'urgence ou à moyen terme.

STEP doit donc jouer **le rôle de passerelle vers le dispositif social et sanitaire**, aider les personnes à retisser du lien avec les structures, orienter vers le réseau existant... tout ceci sans pour autant être un lieu de suivi. En effet, l'orientation ponctuelle diffère du suivi ou de l'accompagnement individuel parce qu'elle se situe dans un espace temps et une logique symbolique différente, qui relève de l'urgence de la consommation pour la première, et de la stabilisation à court ou moyen terme pour la seconde. Ceci ne signifie pas qu'elles soient contradictoires, mais plutôt complémentaires. Dans ce sens, STEP est bien un accueil en position de relais avec l'accueil d'EGO.

On peut remarquer que depuis 1996, le nombre de demandes exprimées a tendance à augmenter, cumulant à 896 cette année. Toutefois, il semble que cette progression ne soit pas linéaire et que ce sont surtout les demandes sanitaires qui sont devenues majoritaires en 1998.

▪ Les demandes sociales en légère diminution



On peut penser, de prime abord, que le nombre de demandes sociales exprimées par notre public a largement diminué par rapport à 1996.

Pourtant, si l'on regarde plus attentivement, on se rend aisément compte que ce sont surtout les demandes d'hébergement qui sont moins nombreuses. Loin de signifier que l'hébergement n'est plus une priorité chez notre public, ce phénomène résulte surtout d'un changement des modalités de partenariat avec le Samu Social, qui, en 1997, nous a demandé de ne plus téléphoner nous –mêmes pour les réservations, mais d'orienter les personnes directement sur leur numéro vert. Du coup, les UD qui avaient l'habitude de passer par STEP afin d'avoir un hébergement pour la nuit, se sont organisés par eux-mêmes avec le Samu Social.

Type de demandes	1996	1997	1998
Administrative	37	28	53
Juridique	23	12	15
Hébergement	258	255	95
Infos aide à la survie	15	26	20
Total	333	321	183

Il n'en reste pas moins que l'hébergement constitue la principale demande avancée par notre public, et tout particulièrement l'hébergement d'urgence. Le manque de places dans les structures spécialisées et l'inadaptation des dispositifs classiques d'hébergement rend très difficile l'orientation de notre public. Quoi qu'il en soit, celle-ci se fait généralement, soit vers les structures d'urgence (Samu Social, Sleep'in, La halte des amis de la rue, etc.), soit vers l'accueil d'EGO pour des démarches à plus ou moins long terme.

Les demandes de type administratif ont tendance, elles, à progresser par rapport à 1996. Elles concernent l'accès aux droits sociaux (RMI, carte Paris-Santé, etc.) et la réalisation de papiers administratifs (extrait d'acte de naissance, etc.). En général, les informations et/ou adresses sont données sur place, seules les demandes nécessitant un accompagnement de la personne sont orientées vers l'accueil d'EGO.

Les demandes d'aide à la survie constituent également un axe d'information important, progressant même légèrement par rapport à 1996. Il s'agit de toutes les demandes d'informations concernant les lieux où l'on peut manger, dormir, laver son linge, prendre une douche, trouver une chambre d'hôtel pas cher, etc.. Nous distribuons des plaquettes d'infos et des adresses de partenaires, tels que La Boutique, Emmäus, Boréal, etc.

Enfin, les demandes de type juridique enregistrent une diminution certaine, même si elles continuent d'être présentes étant donné les modes de vie marginaux des UD. Elles sont le plus souvent orientées vers l'accueil d'EGO, car en général elles impliquent la mise en œuvre de démarches à court ou moyen terme.

▪ **Les demandes et orientations sanitaires nettement majoritaires**

Comparativement à 1996, les demandes sanitaires ont très largement progressé, pour devenir cette année **nettement majoritaires** et représenter 80% du total des demandes.

La principale évolution résulte de l'augmentation du nombre de conseils de prévention réalisés auprès des UD. On peut penser que l'introduction de nouveaux outils de prévention, cette année, a largement contribué à ce phénomène, en suscitant des dialogues plus fréquents sur leur utilisation, mais aussi sur les règles du shoot propre en général. Ces conseils sont généralement prodigués sur place, et comptabilisés comme tels dans le détail de nos orientations.

Evolution des demandes sanitaires			
Types de demandes	1996	1997	1998
Problèmes somatiques	108	119	110
Conseil/Prévention	51	71	219
Pbs. spécifiques toxico.	157	79	150
Demandes liées au VIH	40	18	69
Demandes liées au VHB	11	7	61
Demandes liées au VHC	9	9	104
TOTAL	376	303	713

La vie dans la rue, la violence, la précarité, l'abus de produits, ... sont autant d'éléments qui renforcent la **vulnérabilité sanitaire** des usagers faisant émerger de plus en plus des complications somatiques. Ceux-ci comprennent à la fois, la «**bobologie**» et les cas de santé urgents (coups de couteaux, malaises, overdoses, etc.), mais aussi les autres problèmes de santé, qu'ils soient gynécologiques, ophtalmologiques, etc.

En fonction de la gravité et de l'urgence du problème, nous orientons, voire même accompagnons, la personne, soit directement à l'hôpital (service des urgences, ECIMUD, etc.), soit vers d'autres structures spécialisées (Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, etc.). Si la demande nécessite un suivi nous l'envoyons alors vers l'accueil d'EGO.

Evolution des orientations socio-sanitaires			
Types d'orientations	1996	1997	1998
STEP (réponse sur place)	128	82	368
EGO	167	139	180
Structures spécialisées	81	68	82
Réseau sociosanitaire	321	274	117
TOTAL	697	563	747

Les demandes liées aux hépatites enregistrent elles aussi une augmentation importante, et tout particulièrement celles liées au VHC. Le fait qu'un grand nombre d'utilisateurs soient touchés par cette épidémie a largement favorisé l'émergence de demandes dans ce domaine. Il s'agit de toutes les demandes d'information sur les modes de contamination, de tests de dépistage, de suivi médical, etc. Elles sont orientées, soit vers des CDAG, soit vers des médecins ou encore vers l'hôpital.

Il en est de même pour les demandes liées au VIH, qui ont également fortement progressé cette année et qui sont adressées au même réseau de partenaires.

Enfin, il reste une dernière catégorie de demandes qui concerne les problèmes spécifiques à la toxicomanie : substitution, sevrages, postcures, suivi psychologique, abcès, veinites, etc.. Là encore, nous réalisons les premiers gestes sur place, si nécessaire, et orientons vers l'accueil d'EGO lorsqu'il s'agit de démarches.

Les demandes liées à l'urgence représentent près de 60% du total des demandes exprimées, ce qui atteste largement de la priorité des besoins des UD fréquentant notre local.

STEP :

Réduire les risques
Une mission accomplie ?

Les pratiques de Consommation des Usagers : Une évolution dans Quel sens ?

➤ Les produits et leurs modes de consommation

▪ La durée moyenne de la toxicomanie

Le public qui fréquente STEP présente un **long parcours de toxicomanie**.

Ainsi, la majorité des personnes interrogées affirment avoir débuté leur usage par voie **intraveineuse** avant l'**âge de 20 ans**. Si l'on considère que près des $\frac{3}{4}$ de notre public a plus de 30 ans aujourd'hui, alors on peut évaluer entre 10 et 20 ans la durée de consommation, la **moyenne se situant, elle, à 12 ans**.

Evolution de l'âge de la première injection			
Catégories d'âge	1996	1997	1998
- de 16 ans	17%	11%	8%
De 16 à 20 ans	55%	53%	44%
De 21 à 25 ans	21%	25%	31%
De 26 à 30 ans	6%	9%	11%
+ de 30 ans	1%	2%	6%
Moyenne d'âge	18 ans	20 ans	21 ans

Malgré tout, si l'on observe l'évolution des chiffres par rapport à 1996, il semble que l'**âge d'entrée dans la toxicomanie par voie intraveineuse ait tendance à augmenter**. Ainsi, les catégories d'âge se situant avant 20 ans ont largement diminué (- 20%), tandis que celles se situant au dessus de 21 ans progressent proportionnellement. L'âge moyen de début de consommation vient également confirmer cette tendance puisqu'il est passé de 18 ans en 1996 à 21 ans en 1998.

▪ Produits et modes d'usages

➤ *Le crack, principal produit utilisé*

Si au cours de notre première année de fonctionnement en 1996, le crack paraissait secondaire dans les pratiques de consommation des UD, il est devenu, en peu de temps, le **principal produit utilisé par notre public, devançant de loin l'héroïne**. Ainsi, aujourd'hui, 62% des personnes interrogées déclarent consommer du crack, contre seulement 38% en 1996.

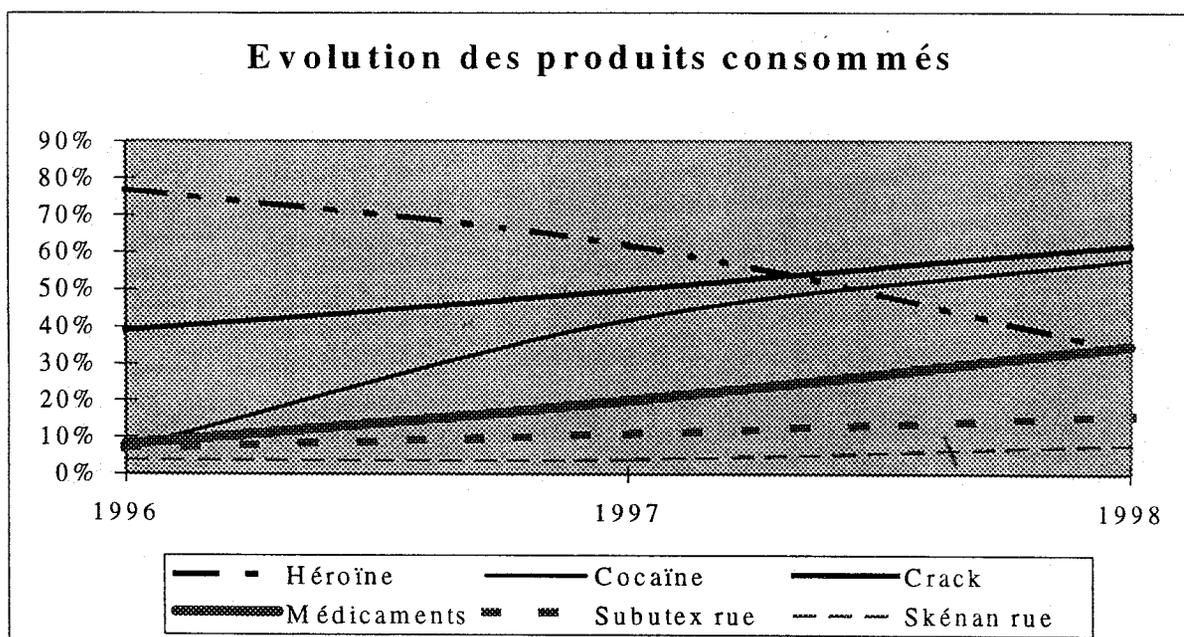
La **voie injectable** est le **principal mode de consommation** de cette substance (82%), même si beaucoup le fument également (59%).

Le développement massif de cet usage n'est pas sans poser de multiples problèmes, aux usagers d'abord, mais aussi aux agents de prévention que nous sommes.

En effet, sous l'effet stimulant du crack, les personnes ne ressentent plus le besoin de sommeil, et perdent l'appétit ; il peuvent donc «galérer» des jours entiers, sans dormir, sans se nourrir, négligeant leur hygiène et la fatigue de leur corps. Le milieu du crack est un monde où la violence, l'arnaque, la nécessité de faire de l'argent pour avoir toujours plus de produits, l'urgence de la consommation, la paranoïa... sont omniprésents. Car, l'effet d'un «kif» dure si peu de temps, entre 5 et 15 minutes, qu'il faut renouveler l'opération des dizaines de fois pour obtenir un plaisir qui dure... C'est pourquoi nombreux sont les usagers qui nous rapportent avoir fait **une trentaine d'injections en un même soir**.

Les «crackers» sont donc beaucoup plus exposés à une **vulnérabilité sanitaire**, non seulement parce qu'ils démultiplient les risques liés à l'injection (abcès, veinites, etc.) et au partage de matériel, mais aussi parce qu'ils sont souvent dans **un état de santé très dégradé, dû à leurs modes de vie précaires**.

Le crack impose un mode de vie régi par l'**urgence** qui rend ses utilisateurs également moins sensibles aux messages de prévention, moins disponibles à la discussion, moins attentifs à leurs problèmes de santé, et moins prompts à fréquenter les structures d'aide et de prévention.



» La cocaïne prend le pas sur l'héroïne

En 1996, les ¾ de notre public étaient des consommateurs d'héroïne, parmi lesquels certains utilisaient également du crack en association. Si la cocaïne «en poudre» était peu présente, à cette époque dans leurs pratiques, elle connaît en revanche dès 1997 **un véritable «boom»** qui se confirme cette année, puisque 58% des personnes interrogées déclarent en faire usage.

Dans la grande majorité des cas, la cocaïne est consommée **par voie injectable** (95%), plus rares sont les personnes qui la sniffent (8%) ou qui la fument (5%).

A l'inverse, nous avons pu constater **une diminution constante de l'usage d'héroïne** qui chute cette année à 34%, c'est à dire moitié moins qu'en 1997.

On peut penser que **le développement des traitements de substitution** a largement favorisé ce phénomène, en permettant à de nombreux usagers d'accéder au subutex ou à la méthadone et d'arrêter ainsi leur consommation d'héroïne. Par contre, il semble également qu'un grand nombre d'UD fréquentant notre programme et sous substitution se soient mis à consommer plus fréquemment de la cocaïne, tout simplement parce que celle-ci peut leur procurer **des sensations de plaisir**, lesquelles étant presque inexistantes sous traitement.

L'évolution croissante de cet usage n'est pas non plus sans poser de **problèmes socio-sanitaires**, lesquels relèvent des mêmes problématiques que celles du crack chez les consommateurs abusifs.

Produits et modes de consommation en 1998						
Type de Produits	% de consommation	Modes d'usages				
		Avalé*	Sublingual*	Sniffé*	Fumé*	Injecté*
Crack	62%	0%	0%	0%	59%	82%
Cannabis	60%	0%	0%	0%	100%	0%
Cocaïne	58%	0%	0%	8%	5%	95%
Alcool	50%	100%	0%	0%	0%	0%
Héroïne	34%	0%	0%	10%	0%	100%
Médicaments sédatifs	33%	100%	0%	0%	0%	0%
Subutex rue	16%	10%	50%	4%	0%	62%
Ecstasy	12%	100%	0%	0%	0%	0%
Skénan rue	8%	12%	0%	0%	0%	88%
Méthadone rue	4%	100%	0%	0%	0%	0%
Médicaments excitants	2%	100%	0%	0%	0%	0%
Moscontin rue	2%	50%	0%	0%	0%	50%
LSD	2%	100%	0%	0%	0%	0%

*Les modes d'usages correspondent à 5 questions différentes posées aux usagers. Leurs pourcentages respectifs ne sont donc pas liés entre eux mais bien indépendants les uns des autres.

►► *La polytoxicomanie médicamenteuse, en progression constante*

La consommation abusive de médicaments apparaît elle aussi comme une préoccupation grandissante, tant elle s'est développée ces dernières années. De 8% en 1996, le pourcentage de polytoxicomanes est passé à 20% en 1997 et 35% cette année.

Si cette évolution est indéniable, nous assistons toutefois à un changement de configuration des produits utilisés par les polytoxicomanes, avec d'un côté, une chute de la consommation de médicaments dits «stimulants», et de l'autre, **une forte progression des médicaments dits «sédatifs».**

En observant les pratiques des UD, il semble que l'on puisse faire un parallèle entre l'explosion de l'usage de cocaïne, y compris le crack, et l'évolution de la consommation de médicaments «sédatifs», notamment **celle des benzodiazépines** (rohypnol, valium, etc.). En effet, ces derniers sont souvent utilisés en association avec la cocaïne, soit pour en amortir les effets trop stimulants, soit pour rendre moins angoissante la «descente».

La consommation de ces médicaments se fait essentiellement par voie orale, cela n'excluant pas, bien sûr, l'injection d'autres produits. De même, les pratiques d'injections de médicaments «stimulants» (gardénaï, orthénaï, amphétamines, etc.) ont totalement diminué, soit que certains aient disparu de notre population, soit que les autres se soient convertis aux médicaments «sédatifs».

Si l'usage de ces produits est **parfaitement légal** après prescription, ce sont pourtant ceux qui posent **le plus de problèmes en terme de réduction des risques.**

En effet, ils provoquent, chez leurs utilisateurs, une **altération importante de leur état de conscience** et réduit leur capacité de maîtrise sur leurs comportements. A demi-conscients sous l'effet de ces produits, les UD vont alors s'exposer beaucoup plus aux situations à risques, allant même parfois jusqu'à mettre en danger leur propre vie.

Dans de tels moments, il est vain de penser que les usagers puissent être réceptifs aux messages de prévention, étant eux-mêmes très difficilement accessibles à la communication.

Par ailleurs, les associations de produits qu'ils réalisent, souvent **potentialisés avec de l'alcool**, peuvent provoquer de graves complications sanitaires : problèmes cardiaques, intoxications, dépressions respiratoires, risques d'overdoses accrus, etc.

» Les produits de substitution : un usage «de rue» en développement

Avec le développement des programmes de substitution, s'est mise en place **une consommation parallèle** dite «de rue», se traduisant par un usage abusif, non médicalement prescrit, des produits de substitution. Comparativement aux années précédentes, nous constatons que cette utilisation «détournée» tend à progresser puisque, de 11% en 1996, elle représente aujourd'hui 30% des cas de consommation, tous produits confondus.

Ce développement s'explique, en partie, par l'utilité que peut avoir la disponibilité de ces produits sur le marché de la drogue. Ainsi, il permet à tous ceux qui ne peuvent avoir accès à un traitement médical de **s'initier** quand même au produit, et à tous les autres de **gérer** les aléas d'approvisionnement et les risques liés au syndrome de **manque**.

Le subutex (16%) apparaît comme le principal produit consommé par notre public dans ce contexte, suivi de près par le skénan (8%). En revanche, l'utilisation «détournée» de méthadone (4%) et de moscontin (2%) reste minoritaire.

Les pratiques des UD¹⁰ font apparaître que **la voie intraveineuse** reste le principal mode d'usage pour le subutex (62%) et le skénan (88%)¹¹. Toutefois, l'utilisation par voie orale (sublinguale ou avalée) n'est pas pour autant insignifiante puisqu'elle représente 60% des consommations de subutex, 100% de celles de méthadone et 50% du moscontin. On remarque que certains adeptes du subutex allient la voie intraveineuse et la voie sublinguale de façon alternée.

Le fait que les UD s'injectent des produits non destinés à l'injection pose, bien sûr, **des problèmes sanitaires importants** : complications cardio-vasculaires et respiratoires, recrudescence des abcès, phlébites, sclérose des veines, etc.

» L'apparition d'une consommation d'ecstasy

L'ecstasy a longtemps été considéré comme une **drogue délimitée**, se référant à un contexte particulier, celui des «**raves parties**», et s'adressant à un public spécifique de «**jeunes**» consommateurs. Ce n'était ni une drogue de la rue, ni celle des populations «exclues» mais, bien plutôt, un produit sélectif s'adressant à un public «d'initiés», non discriminé socialement.

Il est vrai que l'ecstasy apparaissait comme **minoritaire** dans les pratiques de consommation de notre public, ne représentant l'an passé que 2% des cas de consommation. De fait, nous avons porté peu d'attention à cet usage, tant nous pensions qu'il s'agissait là de consommations ponctuelles, et, par là même, nous avons sûrement sous-estimé son développement.

Et pourtant, aujourd'hui, nous assistons à **une augmentation importante de son utilisation** puisque 12% des personnes interrogées déclarent consommer de l'ecstasy. Si l'on classe les produits par ordre d'importance, l'ecstasy se place juste derrière le subutex de rue et avant le skénan de rue !

L'émergence de cette substance dans d'autres contextes de consommation, et tout particulièrement celui «de la rue», est donc **une donnée nouvelle** qu'il nous faut prendre en compte pour améliorer nos stratégies de prévention.

¹⁰ On sait qu'un UD consomme souvent plusieurs produits et qu'il peut adopter différents modes d'usage à la fois.

¹¹ Ces chiffres concernent également les traitements médicalement prescrits.

➤ Description des conduites à risques des usagers

▪ Le partage de seringues

Il convient de souligner en premier lieu que les $\frac{3}{4}$ de notre public déclarent ne pas partager leurs seringues, montrant par là même que les UD, dans leur majorité, **sont capables de se responsabiliser par rapport à leurs pratiques.**

Malheureusement, ce constat ne doit pas pour autant masquer un autre phénomène, beaucoup plus inquiétant, qui est **l'augmentation du partage de seringues parmi notre population.** Malgré l'imperfection de nos chiffres en 1996 et 1997, dont on peut penser qu'ils sous-estiment l'ampleur de cette pratique, nous constatons cette année une progression qui va de 15% à 35% de pratiques de partage de seringues, soit une augmentation de plus du double.

Si la plupart des études mettent en évidence des pourcentages relatifs aux pratiques de partage, nous avons également essayé de repérer le nombre de personnes qui ont déclaré avoir partagé leurs seringues. Ce chiffre représente cette année 19% de notre public.

Evolution des pratiques de partage de seringues			
Pratiques de partage	1996	1997	1998
Ont emprunté une seringue souillée	6%	6%	17%
Ont prêté leur seringue usagée	7%	9%	18%

▪ La réutilisation des seringues

Si le partage de seringues reste, fort heureusement, une pratique minoritaire, leur réutilisation, en revanche, apparaît comme **un phénomène courant** puisque 53% des personnes interrogées affirment utiliser leur seringue **au moins 2 fois.**

Utilisation moyenne d'une même seringue en 1998				
1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois et plus
47%	29%	15%	4%	5%

Nous ne disposons malheureusement pas de données comparatives avec les années précédentes. Toutefois, si l'on s'appuie sur les études de l'IREP précédemment citées (voir p.30), celles-ci font état **d'une diminution de l'utilisation moyenne d'une seringue**, avec une variation de 5 fois en 1988 à 2 fois en 1997. Au regard de nos chiffres, il semblerait que cette tendance soit confirmée pour 98.

▪ Le partage du matériel secondaire

Si les messages sur l'utilisation personnelle du matériel secondaire s'intègrent peu à peu dans les comportements des UD, ils sont encore **très nombreux à partager les outils servant à la préparation de leur injection.**

Ainsi, près d'un UD sur deux déclare avoir partagé sa cuillère ou son filtre au cours du dernier mois.

Comparativement aux données de l'IREP, qui en 1995 évaluaient les pratiques de partage de matériel secondaire entre 54% et 70%, nos chiffres se situent bien en dessous de cette tranche. Néanmoins, il paraît difficile aujourd'hui de savoir si cette différence résulte d'une réelle **sous estimation** de nos données ou plutôt d'**une évolution positive des comportements des UD**... Nous serons bien évidemment attentifs à cette question l'année prochaine.

Partage du matériel secondaire en 1998			
Réutilisation du coton	Doseur à crack	Filtre	Cuillère
39%	42%	43%	49%

▪ Les conduites sexuelles des UD

Progressivement, l'utilisation du préservatif semble **s'intégrer dans les conduites sexuelles** des UD.

Ainsi, en 1996, ils étaient 70% à déclarer se protéger lors de rapports sexuels, tendance qui semble se maintenir jusqu'à cette année.

Evolution des conduites sexuelles des UD						
Conduites sexuelles	1996		1997		1998	
	OUI 70%	NON 30%	OUI 59%	NON 41%	OUI 65%	NON 35%
Dernière relation sexuelle en 1998						
Utilisation du préservatif	OUI 59%			NON 41%		
Type de partenaire	Régulier(e) 24%	Occasionnel(le) 35%	Régulier(e) 33%	Occasionnel(le) 8%		

Parmi ceux qui n'utilisent pas le préservatif, le fait **de vivre en couple** ou **d'avoir un(e) partenaire régulier(e)** est avancé comme raison principale. S'il s'agit là, pour certains, d'un choix «raisonné» de personnes ayant une connaissance commune suffisante, nous savons que, pour d'autres, en revanche, la relation de proximité peut contribuer à **sous-estimer les prises de risques**. Il nous faut donc, malgré une tendance positive, rester vigilant sur cette question.

Une tentative d'Evaluation du Programme : Quel impact sur Les pratiques des Usagers?

➤ **Comparaison des situations entre les nouveaux utilisateurs et les habitués du programme**

Evaluer l'impact d'un PES sur les pratiques des personnes qui le fréquentent est **une entreprise délicate**, tant sont **nombreux les facteurs** qui influent sur leur situation et que nous ne pouvons pas maîtriser.

Toutefois, nous avons fait le choix de tenter cette expérience en nous appuyant sur **une étude comparative** entre les pratiques de consommation des **nouveaux arrivants** et celles des **personnes fréquentant le programme** depuis plus d'un an.

Nous espérons ainsi observer **des différences de comportements** entre le moment où les UD viennent pour la première fois et celui où ils ont bénéficié de l'action du programme sur un laps de temps assez long. Là encore, il ne s'agit pas de faire une étude exhaustive sur les évolutions observés mais plutôt de mettre en évidence des grandes tendances révélatrices des changements à venir ou de l'impact d'un tel programme.

▪ **Ce qui a changé favorablement...**

▶▶ *Une réutilisation des seringues moins fréquente*

En comparant les pratiques d'utilisation des seringues, on s'aperçoit que 52% des UD habitués déclarent utiliser leur seringue une seule fois, contre seulement 41% chez les nouveaux arrivants. De même, lorsqu'il y a réutilisation de celles-ci, les «habitués» ne sont que 7% à l'utiliser plus de 3 fois, alors que chez «les nouveaux», ce chiffre atteint 14%.

Il semble donc y avoir une différence significative, attestant d'**une évolution positive des comportements** des UD qui fréquentent notre programme.

▶▶ *Une réduction des pratiques de partage de matériel*

Au regard de nos chiffres, il ressort que l'ensemble des **pratiques de partage de matériel** sont moins élevées chez les UD habitués que chez les nouveaux venus.

Ainsi, nous constatons des variations importantes allant de -14% pour le partage des cuillères à -10% pour celui des filtres, ou encore -6% pour ce qui concerne la réutilisation des «cotons» usagés. Il semble que les messages sur l'**utilisation personnelle** de ces différents matériels s'intègrent doucement dans les comportements des UD.

▪ Ce qui reste problématique...

» *La persistance du partage de seringues*

En observant nos données, on se rend compte rapidement **de la persistance des pratiques de partage de seringues chez les UD de notre programme.**

Ainsi, 18% des «habituéés» affirment avoir emprunté leur seringues au cours du dernier mois, alors que ce chiffre est de 16% chez les «nouveaux». De même, 15% des personnes fréquentant STEP régulièrement déclarent avoir prêté leur seringue souillée, contre 20% chez les nouveaux venus.

En analysant le profil des personnes concernées, on peut mettre en évidence **certaines facteurs qui semblent être plus particulièrement liés à cette pratique :**

- ⇒ **Les femmes** sont proportionnellement plus représentées que les hommes dans cette catégorie
- ⇒ **Les jeunes usagers** semblent avoir plus de pratiques de partage que les plus anciens
- ⇒ Les personnes **vivant dans des conditions précaires** (sans hébergement stable et sans ressources) développent des pratiques à risques plus importantes
- ⇒ **Les consommateurs de crack**, dans l'urgence et la «boulimie» de leur consommation, ont des comportements à risques plus élevés
- ⇒ **Les personnes séropositives au VHC** partagent beaucoup plus leurs seringues que celles séropositives au VIH ou au VHB
- ⇒ **Les personnes qui partagent leurs seringues** sont aussi celles qui ont les conduites à risques les plus fréquentes (réutilisation des seringues, partage des cuillères et des filtres, mauvaise hygiène de shoot, etc.)
- ⇒ Les personnes qui partagent leurs seringues le font davantage avec **des personnes de leur entourage proche** (copains 50%, partenaires 35%) qu'avec des inconnus (15%)

Pour mieux comprendre ces différents constats, on peut proposer une hypothèse développée par Anne LOVELL dans un article sur *Les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échange de seringues*¹². S'appuyant sur une étude américaine concernant le partage des seringues, elle met en évidence, que parmi l'ensemble des variables¹³ fortement corrélées à cette pratique, c'est **la passation des seringues souillées au réseau social** qui est de loin le facteur le plus discriminant. Ceci signifie, selon elle, que «certaines normes de groupes sont telles que l'utilisation de seringues souillées est considéré **comme un comportement acceptable**».

Le partage de seringues ne serait donc pas seulement une conduite individuelle, mais aussi et surtout une norme de groupe sur laquelle les programmes de prévention doivent pouvoir agir pour être plus efficaces.

¹² Les facteurs limitant l'efficacité des programmes d'échange de seringues par Anne LOVELL, Transcriptase n° 70 Décembre 1998.

¹³ 7 variables sont citées : précarité du logement, sans traitement pour la toxicomanie, nombre d'année d'injection peu élevé, fort pourcentage de seringues échangées, femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, injection quotidienne de cocaïne, passation de seringues souillées au réseau social

STEP :

Le temps des nouveaux enjeux...

Les axes Prioritaires...

Pour la politique de Réduction des Risques

➤ **Mettre en place des programmes de substitution injectable**

La politique de réduction des risques doit s'attacher à mettre en place **des réponses pragmatiques** à chaque étape du parcours de consommation des usagers, que l'abstinence soit ou non un objectif à atteindre.

Elle doit s'adapter au moment où l'individu se trouve, proposer des outils qui lui permettent de réduire les risques liés à son usage de produits mais aussi de progresser pas à pas, en respectant **son rythme personnel et son contexte de vie**.

La substitution a été proposée aux usagers de drogues dans cette optique, comme **un moment de transition et de stabilisation** après une période d'usage(s) de produit(s). Elle doit permettre aux individus de reprendre la maîtrise de leur usage et reconstruire une vie sociale où le(s) produit(s) n'en sera plus le centre de gravité.

Toutefois, les programmes de substitution, tels qu'ils ont été développés en France, ont insuffisamment pris en compte les modes de consommation, en s'appuyant essentiellement sur un mode d'administration orale, négligeant par là-même **la culture d'usage basée sur la voie intraveineuse** («le rituel» de la seringue). En effet, nombreux sont les usagers à déclarer être «autant accros à la seringue qu'aux produits». Et, certaines études neurobiologiques ont elles aussi démontré qu'il existait un lien véritable entre la sensation de plaisir et la seringue, tout simplement parce que cette dernière est le vecteur du produit.

De fait, nous constatons aujourd'hui qu'un grand nombre d'usagers de drogues, sous traitement, **injectent leur substitution** et ce, même s'ils sont dans une logique thérapeutique. Ce chiffre concerne, pour notre programme, 62% des personnes sous subutex, et 88% de celles sous skénan.

Le fait de **passer d'un ou plusieurs produits à un autre** constitue déjà une première étape difficile chez certains UD, mais se retrouver, en plus, du jour au lendemain **d'un mode de consommation par injection à un mode d'administration par voie orale** devient très vite compliqué.

Par ailleurs, les complications sanitaires liées à l'injection de médicaments non destinés à l'injection se sont démultipliées et nous paraissent suffisamment graves pour justifier une telle mesure.

Il serait donc pertinent d'élargir la palette d'outils en matière de traitement et de pouvoir proposer, aux personnes qui le souhaitent, une substitution injectable

➤ **Expérimenter des salles d'injection**

Les PES ont pour mission de favoriser l'accès au matériel de prévention et de **promouvoir le «shoot propre» auprès des usagers de drogues**. Pour cela, nous distribuons du matériel stérile et faisons passer des messages d'hygiène aux usagers de drogues.

Or, dès qu'ils se retrouvent dans la rue, la grande majorité doit s'attacher à **trouver un lieu où ils pourront faire leur injection**, loin du regard des passants et des passages répétés de la police. Le plus souvent, il s'agit d'endroits **peu appropriés**, sales, insalubres, où aucune règle d'hygiène ne pourrait résister à la précarité du lieu.

Rappelons ici que, selon nos chiffres, 40% des UD ont réalisé leur injection dans des toilettes publics, 10% dans la rue, 5% dans des escaliers... Sans compter qu'avec l'anxiété de se faire prendre en flagrant délit de consommation, les UD font leur «shoot» à la va-vite, pressés d'en finir le plus rapidement possible.

On comprend donc aisément que, dans ces conditions, **l'absence de lieux appropriés pour les UD constitue une grande limite à notre travail de prévention** car, d'un côté, nous diffusons du matériel de prévention et de l'information, mais de l'autre, nous ne leur donnons pas les moyens concrets de mettre en œuvre les conseils que nous leur prodiguons.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas ignorer les **conséquences nuisibles pour les habitants** qui résident à proximité des lieux de trafic et de consommation. Trouver des seringues dans les cages de son escalier, découvrir un usager en train de se «shooter» dans son immeuble, croiser des groupes d'usagers et de dealers dans sa rue, constater des actes de vandalisme... sont autant d'éléments qui contribuent à renforcer les craintes des habitants et cautionnent les discours du tout répressif.

Pourtant, nous sommes persuadés, qu'en expliquant aux personnes concernées les enjeux de la situation, celles-ci finissent par se rallier à des perspectives différentes et préférer la mise en œuvre d'initiatives nouvelles. Ainsi, dans le 18^e arrondissement de Paris, cette volonté a pris la forme **d'une pétition** organisée par l'association Paris Goutte d'Or pour demander la mise en place **de dispositifs innovants**, dont des salles d'injection.

A l'étranger, les exemples ne manquent pas. Que ce soit en Allemagne ou en Suisse, les expériences menées ont mis en évidence tout l'intérêt des salles d'injection, non seulement pour permettre aux UD d'accéder à des conditions de consommation **dignes et humaines**, mais aussi pour améliorer la cohabitation avec les résidents des alentours.

Après les programmes d'échange de seringues, la mise en œuvre de salles d'injection semble être la prochaine étape d'une politique de réduction des risques efficace, pour les usagers de drogues comme pour l'ensemble des citoyens.

➤ **Développer des programmes de distribution médicalisée d'héroïne**

Depuis longtemps, nous constatons qu'il y a des personnes, parmi les UD les plus marginalisés, pour lesquelles il n'existe pas d'offre thérapeutique adaptée. Souvent, elles ont **cumulé les échecs en matière de traitement**, ayant expérimenté les sevrages, les postcures et même la substitution, sans parvenir à un résultat positif. Persuadées d'être définitivement «accros», elles s'enferment souvent dans un processus de consommation intensive, cumulant les problèmes sociaux et sanitaires qui en découlent.

Nous pensons que la politique de réduction des risques doit **expérimenter des réponses nouvelles** qui prennent en compte les besoins réels des UD et les capacités de chacun au moment où ils se trouvent dans leur parcours de consommation.

C'est pourquoi **la mise en place expérimentale de programmes de distribution médicalisée d'héroïne** nous paraît être une expérience souhaitable et nécessaire.

Bien sûr, il peut paraître, de prime abord, assez surprenant, voire paradoxal, de penser qu'on peut «soigner» un usager de drogues avec de l'héroïne. Pourtant, nous pensons qu'un tel dispositif présenterait de nombreux intérêts thérapeutiques.

Tout d'abord, il permettrait de favoriser l'accès à **un produit de qualité** et ainsi améliorer l'état physique des personnes, souvent dégradé par l'utilisation de substances frelatées. Le fait de pouvoir bénéficier **d'un contact régulier avec un référent sanitaire** serait également très appréciable étant donné que ces UD ont souvent de graves problèmes de santé et qu'ils ne fréquentent pas le système de soins existant. Bien évidemment, ce contact servirait aussi à les informer sur les risques liés à leurs pratiques et les responsabiliser par rapport au VIH et aux Hépatites.

Enfin, il nous semble aussi fondamental **d'améliorer l'intégration sociale des usagers de drogues** par une réduction de leurs comportements délinquants, la reconstruction d'un réseau de socialisation autre que celui de la drogue et du «business» et enfin, une meilleure aptitude au travail.

En Suisse, le programme de distribution médicalisée d'héroïne, expérimenté depuis 1994, a montré **qu'il était possible de stabiliser, et même de réduire**, la consommation non seulement d'héroïne, mais aussi de cocaïne, chez les UD inclus dans ce dispositif. Les statistiques de la Police Suisse ont, quant à elles, fait état d'une diminution importante des délits liés à la toxicomanie, ce qui laisse supposer une amélioration du cadre de vie de la population en général.

La politique de réduction des risques doit s'attacher à trouver de nouvelles perspectives d'actions à des seuils adaptés et variés. A ce titre, la distribution médicalisée d'héroïne nous paraît être la réponse minimaliste indispensable et nécessaire à la cohérence du dispositif de prévention et de soins.

➤ **Ouvrir des lieux d'accueil de nuit**

Avec le développement de l'usage de crack, nous constatons que **le rythme de vie** des UD est de plus en plus **chaotique** et **décalé** par rapport au fonctionnement classique des structures, ouvertes en journée.

Ainsi, sous l'effet stimulant du crack, les nuits peuvent s'**accumuler**, sans que les UD ne ressentent le besoin de dormir. La nuit est donc un moment d'**activité intense** pour eux, puisque c'est à ce moment là que se déroule la recherche d'argent, la course aux dealers, la consommation du produit, le travail sexuel, etc. Il faut marcher beaucoup, trouver un copain de galère qui acceptera de partager la «galette» qu'il vient d'acheter contre un prochain «service», échapper aux contrôles de police, rechercher un lieu où l'on pourra se faire son «kif» etc.

Mais la nuit est aussi **synonyme de violence** car, sous l'effet de la cocaïne cumulé à la fatigue, l'ambiance est tendue, les personnes sont à cran, et une moindre étincelle peut tout envenimer. Ici, quelqu'un a essayé d'arnaquer un autre. Plus loin, c'est un dealer qui a fait un «mauvais plan» à un usager... La nuit est le moment où l'on se sent le plus vulnérable et c'est aussi plus souvent là que des crises délirantes se produisent et que des accidents arrivent...

Il nous paraît donc pertinent de **créer des structures d'accueil de nuit**, non pas seulement en terme d'hébergement, mais aussi pour offrir des espaces où les UD puissent souffler, se poser, se ressourcer.

Ceci permettrait de répondre aux différents besoins sanitaires et sociaux de ce public, tout en favorisant une meilleure prise en compte des préoccupations des habitants, souvent **dérangés par l'errance nocturne** de cette population.

Si ces lieux d'accueil d'urgence nous paraissent nécessaires, de jour comme de nuit, il nous semble cependant que les besoins des UD soient d'autant plus importants la nuit pour les raisons précédemment citées.

➤ **Favoriser une collaboration plus cohérente avec la police**

En France, les **rapports entre la Police et les programmes d'échange de seringues** ont souvent été compliqués. En effet, dans un **cadre préventif**, les PES distribuent des seringues propres et du matériel stérile mais, dans un **cadre répressif**, la police peut arrêter les UD en possession de seringues pour présomption d'usage.

Cette situation est **dommageable pour les UD** qui évitent de se promener avec du matériel sur eux de peur de se faire contrôler par la police. Du coup, ils ramènent peu leurs seringues sales dans les programmes et prennent également peu de seringues propres, préférant les réutiliser plusieurs fois, ou pire, les emprunter à quelqu'un.

Pour les PES, il arrive également que leur travail de prévention auprès des UD se complique fortement à cause de la **présence massive de la police aux alentours du lieu** ou de l'arrestation de personnes à la sortie du local... En effet, en tant que programme de prévention nous devons garantir à notre public un risque minimal de se faire arrêter en venant se procurer du matériel.

A STEP, nous avons réussi à mettre en place un partenariat «intelligent» qui nous a garanti le respect des lieux et de notre activité par les représentants de la police locale. Il est clair que la négociation avant l'ouverture du local et la mise en place d'un groupe de suivi ont largement favorisé cette situation.

Dans le contexte actuel des rapports conflictuels entre les PES et la Police, il nous semblerait pertinent de créer des **instances de concertation commune** :

- à un **niveau local**, tout d'abord, avec les partenaires concernés d'un même territoire (arrondissements, quartiers etc.) pour traiter des problèmes rencontrés sur le terrain de part et d'autre
- à un **niveau institutionnel**, ensuite, entre les représentants des institutions concernées (Santé et Intérieur) et les acteurs de prévention (PES) pour décider des principes fondateurs d'une telle collaboration

A ce titre, une initiative exemplaire, méritant d'être saluée, est la **concertation toxicomanie du 18^e arrondissement**, qui rassemble, au sein de la Mairie de l'arrondissement, les élus, les forces de police, les associations d'habitants et les institutions responsables de l'accueil de toxicomanes.

Intégrer la police comme partenaire de la politique de réduction des risques apparaît aujourd'hui comme nécessaire, non seulement pour améliorer la cohérence des dispositifs de prévention, mais aussi et surtout, pour faire évoluer les mentalités des policiers à l'égard de «la toxicomanie» et du «toxicomane».

Les axes Prioritaires...

Pour le programme STEP

➤ Poursuivre l'expérimentation de nouveaux outils de prévention

L'expérimentation de nouveaux outils de prévention constitue **une préoccupation constante** car les modes de consommation des UD évoluent rapidement et nous devons **nous adapter** en permanence à ces changements.

Il nous semble donc pertinent aujourd'hui de poursuivre la démarche que nous avons engagée depuis cette année, en réfléchissant à **la mise à disposition d'outils nouveaux**.

Etant donné la recrudescence de la contamination par le VHC et le VHB, **la prévention des hépatites** reste pour nous une **priorité**. Dans ce cadre, la mise à disposition du «**Stéricup**», mis au point par l'association Apothicom, nous semble être une piste intéressante à explorer. En effet, il se présente sous la forme d'un kit stérile, comprenant une coupelle de préparation, un filtre et un tampon sec. Son utilisation doit permettre d'éviter les manipulations et le partage du filtre et de la coupelle. La nouveauté vient aussi du **tampon sec** qui a pour but de stopper efficacement la goutte de sang qui coule après l'injection, ceci afin que les UD n'aient pas les mains souillées pour manipuler ensuite leur matériel.

L'intérêt du stéricup, ou encore des cuillères stériles que nous distribuons déjà, réside dans le fait qu'ils nous permettent de **faire passer des messages autour de l'utilisation personnelle** de l'ensemble du matériel servant à l'injection.

Un autre axe d'action à explorer concerne **la vulnérabilité des femmes** et leurs prises de risques spécifiques.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, nous touchons proportionnellement beaucoup moins de femmes que d'hommes. Or, celles-ci apparaissent comme un groupe particulièrement exposé aux risques, car elles vivent souvent dans des **conditions de grande vulnérabilité sociale et sanitaire**.

Pour mieux atteindre cette population, il nous semble pertinent de proposer un outil qui ne s'adresse qu'à elles seules : **le préservatif féminin**. Il se présente comme une gaine munie d'un anneau souple à chaque extrémité et se place le long de la paroi vaginale. Cet outil spécifique, même s'il n'a pas que des avantages, nous paraît être un bon moyen d'aborder les problèmes spécifiques des femmes, leur sexualité, les risques liés à la prostitution... et de mieux les sensibiliser aux messages de prévention.

➤ **Renforcer les stratégies d'information**

L'information est un des principaux outils dont nous disposons pour sensibiliser les UD sur les risques liés à leurs pratiques et faire évoluer leurs comportements.

L'information de type **informel**, à travers les discussions avec les UD, représente le principal mode de sensibilisation aux messages de prévention. Face au constat d'une persistance des pratiques de partage de seringues, il convient de **replacer le discours sur l'usage personnel et unique** du matériel au cœur de notre pratique et de nos messages.

En effet, on peut penser que, ces deux dernières années, nous avons mis l'accent plus sur le partage du matériel secondaire pour lutter contre la recrudescence des Hépatites. Sachant combien cette pratique est liée, non seulement à la contamination par le VIH, mais aussi par les hépatites, nous devons réintroduire cette préoccupation dans tous les axes de notre travail.

Pour diversifier nos modes d'information, nous devons également **poursuivre la construction de plaquettes d'infos**, qui répondent aux besoins des UD et s'adaptent à leurs codes culturels de rue.

D'ores et déjà, nous pouvons mettre en évidence certains thèmes intéressants :

- ❑ **Les risques liés à la polytoxicomanie**
Etant donné l'augmentation de l'usage abusif de médicaments, il semble pertinent de présenter les principales associations réalisées par les UD, alcool compris, ainsi que les risques qui en découlent....
- ❑ **Hépatite C : Dépistage et suivi médical**
Le nombre de personnes n'ayant jamais fait de test de dépistage de l'hépatite C est encore très important d'où l'intérêt de donner les adresses spécifiques des centres de dépistage, des infos sur les possibilités de suivi médical, etc.
- ❑ **La tuberculose : Pourquoi ? Comment ?**
La vie dans la précarité et l'affaiblissement de l'état de santé des UD font que la tuberculose constitue un risque supplémentaire. Donner quelques infos sur cette maladie et les possibilités de traitement peut être intéressant...

L'information individuelle seule n'est pas suffisante pour provoquer des changements dans les comportements des usagers, il faut aussi agir de façon collective et développer des stratégies qui s'adressent, non seulement aux individus, mais aussi et **surtout au groupe d'appartenance des UD**.

Un premier pas dans ce sens peut être réalisé à travers :

- ❑ **La reconduction de la semaine de prévention VIH dans le cadre de la Journée Mondiale de lutte contre le Sida**
Comme cette année, nous pourrions inviter des partenaires de structures travaillant dans ce champ autour de thèmes différents sur une même semaine
- ❑ **Des soirées formation/information Réduction des Risques**
Organisées ponctuellement, elles porteraient sur des thèmes de réduction des risques en lien avec les pratiques des UD. Des «experts» de la question pourraient être également invités. Exemple de thèmes : les techniques d'injection, le shoot du subutex, le rohypnol, l'ecstasy

➤ **Systematiser la passation du questionnaire**

Jusqu'à cette année, nous faisons passer aux UD deux types de questionnaires, l'un pour les personnes nouvelles, l'autre pour les habitués du programme. Ce système nécessitait une **gestion très rigoureuse** de l'équipe pour savoir qui avait ou non rempli son questionnaire, et n'était, en fait, pas toujours efficace.

Il semblerait opportun pour 1999, de **simplifier cette procédure**, en faisant passer un seul et même questionnaire pour l'ensemble des personnes, et en leur faisant préciser si elles sont nouvelles ou habituées.

De même, la passation du questionnaire doit devenir plus systématique auprès des UD, car nous avons constaté un fort pourcentage de non-réponse cette année, ce qui peut mettre en **péril la représentativité de notre échantillonnage**.

Cette mesure est souhaitable dans l'intérêt des usagers avant tout, non seulement parce qu'elle nous permet de mieux les connaître et mieux cibler leurs besoins, mais aussi parce qu'il s'agit d'**un temps de «pause»** où l'on peut faire le point directement avec la personne, pointer ses pratiques à risques, donner des infos ou des adresses appropriées...

➤ **Améliorer la formation de l'équipe de STEP**

La formation, qu'elle résulte de notre connaissance du terrain ou d'apports théoriques, **fait partie intégrante de notre pratique professionnelle**.

Le contexte du terrain évolue tellement vite qu'il nous faut constamment réadapter et améliorer nos connaissances et l'approche des problématiques qui se posent à nous.

Dans ce cadre, il nous semble opportun **d'améliorer la formation** de l'équipe de STEP autour des thèmes suivants :

- l'ecstasy et les nouvelles drogues de synthèse : Quelle prévention possible ?
- l'abus d'alcool et ses conséquences
- la prévention et la gestion de la violence dans les lieux d'accueil
- Les produits, leurs effets et leurs modes de consommation

➤ **Rester vigilant au respect de l'environnement de STEP**

Conscient que la présence d'un local d'échange de seringues peut **engendrer certaines nuisances aux habitants des alentours**, nous avons toujours essayé de veiller au respect de notre environnement proche et de responsabiliser les UD pour qu'ils n'aillent pas dans les immeubles ou qu'ils évitent de laisser traîner leur matériel usagé.

Chaque soir, **pendant les heures de permanence**, les accueillants sont attentifs à ce que les UD ne restent pas devant le local et ne rentrent pas dans les immeubles avoisinants.

De même, une **collaboration efficace** a été mise en place avec **le groupe 1^{ère} ligne** de l'association, qui a pour but d'aller au devant des UD et des habitants du quartier dans une logique de médiation sociale. Ce groupe a déjà réalisé un travail de proximité avec les habitants, ainsi que les commerçants des alentours, allant même jusqu'à passer dans les immeubles, cages d'escaliers, parking, etc.

Sachant que l'intégration d'un programme tel que STEP n'est jamais gagnée d'avance, nous devons poursuivre l'année prochaine nos efforts et renforcer cette démarche de médiation sociale avec notre environnement.

En conclusion :

Ce que nous devons retenir de l'année 1998 pour le programme STEP et la réduction des risques:

- **La nécessité d'adapter les dispositifs de prévention** au contexte d'urgence dans lequel se trouvent un grand nombre d'usagers, à travers la recherche d'un seuil d'accès adapté et la construction d'une relation de proximité
- **Une tendance à la stabilisation de la fréquentation du programme**, avec une file active de 1630 personnes pour 13 293 passages (+ 5% par rapport à 1997)
- **La persistance d'une précarité sociale importante** chez la majorité de notre public, qui se trouve sans travail (75%), sans ressources (23%) ou vivant grâce au RMI (39%) et, bien évidemment, sans hébergement stable (51%). Celle-ci favorise le développement de modes de survie au jour le jour, de comportements à risques plus importants et la rupture des liens avec les structures d'aide et de soins.
- **Une légère amélioration de l'état de santé des usagers**, à travers un suivi médical plus fréquent, notamment grâce au développement des traitements de substitution, une stabilisation de la contamination par le VIH (de 16% en 1997 à 14% en 1998), une progression moins importante de la séropositivité au VHB (de 18% en 1997 à 14% en 98). Malgré tout, la recrudescence de l'hépatite C reste particulièrement problématique (43% en 98) et constitue un axe prioritaire de prévention pour notre programme.
- **Un changement des modes de consommation des UD**, avec le crack (62% en 98) comme principal produit consommé au détriment de l'héroïne (32% cette année), de nouvelles formes de polytoxicomanies, et l'irruption d'un usage d'ecstasy ...
- **Le constat d'une évolution positive des pratiques des usagers**, vers une meilleure hygiène de shoot, une réduction des pratiques de partage du matériel secondaire, une réutilisation moins fréquente des seringues. Toutefois, la persistance du partage de seringues est une donnée inquiétante.
- **La nécessité de développer la politique de réduction des risques** par la mise en place de programme de substitution injectable, de salles d'injection, l'expérimentation de distribution médicalisée d'héroïne, etc.
- **L'intérêt d'explorer de nouvelles pistes de prévention pour le programme STEP** en poursuivant l'expérimentation de nouveaux outils de prévention, diversifiant nos stratégies d'information, etc.