

**Association  
ESPOIR GOUTTE D'OR**

**Rapport d'évaluation - interne  
1996 - 2001  
Comparatif des publics**



**Programme d'Echange  
de Seringues  
&  
Centre d'accueil**



**Centre d'accueil et adresse postale**  
13, rue Saint-Luc 75018 Paris - Tél. : 01 53 09 99 40 - Fax : 01 53 09 99 44  
e mail : ego@club-internet.fr  
Site internet : <http://perso.club-internet.fr/ego>

**STEP (Programme d'Echange de Seringues)**  
56, boulevard de la Chapelle 75018 Paris - Tél. et Fax : 01 42 64 23 21  
e mail : pesego@wanadoo.fr

# sommaire

---

## Quelques éléments préalables ...

A propos de l'auto-évaluation .....	p. 5
L'auto-évaluation en pratique dans le projet d'EGO .....	p. 9
Les grands axes de ce rapport d'auto-évaluation.....	p. 15

## L'évolution du profil des usagers de drogues : Une comparaison du public fréquentant le centre d'accueil et le PES

Evolution de la fréquentation des usagers de drogues au centre d'accueil et au PES .....	p. 19
--	-------

Approche comparative des caractéristiques socio-démographiques des usagers fréquentant le centre d'accueil et le PES .....	p. 23
--	-------

Comparaison de la situation sociale des usagers de drogues : une aggravation des indicateurs de précarité au centre d'accueil .....	p. 27
---	-------

Comparaison des produits consommés par les usagers de drogues : des différences existantes entre le centre d'accueil et le PES .....	p. 33
--	-------

Comparaison de la situation sanitaire des usagers de drogues : des problématiques spécifiques au centre d'accueil et au PES .....	p. 39
---	-------

## En guise de conclusion : Mise en perspective et propositions

De la connaissance à la pratique : l'évaluation pour améliorer l'action ...	p. 49
Réduction des risques et contexte politique .....	p. 52
Perspectives de l'auto-évaluation .....	p. 53



# Quelques éléments préalables...

## A propos de l'auto-évaluation

### C'est quoi l'auto-évaluation ?

De plus en plus aujourd'hui on entend parler d'évaluation dans le champ des drogues : évaluation des politiques publiques, évaluation des programmes départementaux de prévention, évaluation des actions de réduction des risques, etc.. Que ce soit dans les discours des administrations de tutelle, des acteurs de terrain, des institutions ou des populations concernées (habitants, usagers de drogues), l'évaluation semble susciter des intérêts multiples, voire disparates, sans pour autant constituer une pratique claire et consensuelle.

Pour certains, elle est ressentie comme une exigence pour rendre plus lisibles les actions mises en place et pour d'autres, elle est vécue comme une forme de contrôle qui peut sanctionner le travail accompli. D'un côté, elle apparaît nécessaire pour mesurer l'efficacité d'une action, et de l'autre, elle est perçue

comme technique et complexe à mettre en oeuvre dans la pratique.

➡ Evaluation interne, évaluation externe : quelles différences ?

De fait, l'évaluation revêt des objectifs et des formes différents suivant que l'on se situe dans une perspective d'évaluation externe ou interne. Dans le cadre d'une évaluation externe, l'initiative de la démarche relève le plus souvent d'acteurs extérieurs au projet (tutelles, organismes de recherche, etc.) et le travail s'appuie sur des intervenants non directement impliqués dans l'action, ceci pour favoriser une plus grande objectivité dans le processus d'analyse. Il s'agit alors plutôt de porter un jugement extérieur et objectivant sur la pertinence d'une action, son adaptation au regard de son public cible, son efficacité par rapport aux objectifs et aux moyens qu'elle se donne. Ici, les méthodes et les modalités de la démarche d'évaluation sont surtout définies par les intervenants chargés de sa réalisation. De même, les résultats produits sont d'abord destinés aux décideurs ayant exprimé la demande d'évaluation.

Dans une évaluation interne ou auto-évaluation, le processus est d'une nature toute différente. C'est du besoin d'une équipe, engagée dans une action de terrain, de mieux comprendre sa pratique et d'apprécier le bien fondé ou non de son travail que naît la démarche. L'évaluation est alors impulsée et réalisée directement par les personnes

investies sur le terrain qui vont elles-mêmes en définir les méthodes et les modalités en fonction de leurs objectifs de travail.

### ➡ L'auto-évaluation : un processus permanent

Contrairement à une démarche externe, l'auto-évaluation est un processus permanent qui permet d'appréhender la pertinence de l'action au fur et à mesure de son déroulement, et non pas seulement a posteriori. En ce sens, elle favorise une réflexion interne permanente qui s'inscrit dans une perspective de changement et d'adaptation de l'action à l'évolution du contexte dans lequel elle se développe. On a souvent reproché à l'auto-évaluation une trop grande subjectivité du regard posé sur la pratique, sous prétexte que les personnes investies n'auraient pas un recul suffisant par rapport à leur activité quotidienne. Sur cet aspect, nous pensons que l'auto-évaluation, avant même la recherche d'objectivité, a d'abord une fonction de production de sens du projet à travers une meilleure compréhension du « pourquoi on travaille » et de « comment on le fait ». D'où l'intérêt que ce soit les personnes directement impliquées qui s'investissent de cette question.

### ➡ Des méthodes quantitatives et qualitatives

Ceci n'en suppose pas moins la définition d'une méthodologie d'évaluation qui permette de passer du subjectif à l'objectif, du sentiment ressenti au jugement construit et de la pratique quotidienne à l'interrogation critique de celle-ci. Pour ce faire, elle doit comprendre, d'un côté, des outils quantitatifs et mesurables qui puissent mettre en évidence des tendances statistiques chiffrées, et, de l'autre, des outils qualitatifs qui viennent donner des éléments de compréhension et d'interprétation de ces données. Ainsi, même lorsqu'une action a des objectifs d'ordre éminemment qualitatifs tels que la resocialisation des usagers de drogues ou la prévention des risques, il importe de préciser un certain nombre d'indicateurs quantifiables qui puissent rendre compte des résultats

produits. C'est pourquoi l'auto-évaluation ne peut pas être une démarche uniquement quantitative ou uniquement qualitative ; au contraire, elle doit trouver un juste amalgame entre ces deux approches complémentaires l'une de l'autre.

## Quel intérêt d'une auto-évaluation ?

### ➡ Pour l'équipe investie sur le terrain

Quel acteur investi dans une pratique de travail ne s'est jamais interrogé sur les résultats produits par son intervention ? Quel que soit son champ d'action, cette question récurrente au sein des équipes est le reflet d'un besoin de maîtrise sur le déroulement et l'adéquation de l'action au regard des besoins du public visé. L'auto-évaluation est une méthode de travail qui va alors donner un cadre de réflexion et de production de connaissances favorisant :

- l'appropriation de sa pratique de travail, ses fondements, ses objectifs, ses méthodes, mais aussi ses limites,
  - la mise en évidence des caractéristiques et des besoins du public visé, mais aussi l'évolution du contexte social, politique et économique dans lequel elle intervient
  - les adaptations ou modifications d'intervention nécessaires, les pistes de travail à développer et les propositions d'amélioration du dispositif d'aide et de soin.
- Il s'agit donc à travers ce processus d'avoir une compréhension de sa pratique, non seulement au niveau du quotidien, dans ses dimensions locales ou ses spécificités, mais aussi en lien avec le contexte global et politique de son champ d'action.

### ➡ Pour les usagers de drogues, principal public visé par l'action

Dans la pratique qui est la nôtre, l'auto-évaluation suppose de s'exposer au regard critique de l'autre, et tout particulièrement à celui du public cible puisque c'est à lui que s'adresse prioritairement l'action. En ce sens, elle constitue une démarche éthique qui reconnaît une place particulière aux personnes

concernées par l'action comme partenaires à part entière dans le processus de réflexion, avec leurs savoirs et leurs vécus mais aussi leur force d'expression et de proposition. Dans le champ des drogues, c'est à partir de l'expérience des usagers de drogues, de leurs savoirs concernant les produits et les modes de consommation, des problématiques sanitaires et sociales qu'ils rencontrent, de leurs connaissances du dispositif d'aide et de soin, etc. que l'on peut appréhender l'impact d'une action de prévention des risques liés à l'usage de substances psychoactives. La démarche d'auto-évaluation favorise donc la création d'un espace de travail pour valoriser la parole des personnes concernées et permettre une systématisation de leurs connaissances, ceci dans la perspective d'apporter de meilleures réponses à leurs besoins.

#### ➡ Pour le quartier, territoire local d'implantation de l'action

Mettre en place une démarche d'auto-évaluation ne signifie pas que celle-ci se limite à observer en interne les pratiques et les activités relatives au projet. A partir du moment où une action mise en œuvre ne doit pas être fermée sur elle-même, mais au contraire, en interaction permanente avec son environnement extérieur, il importe d'intégrer dans le processus de réflexion l'ensemble des acteurs locaux concernés directement ou indirectement par la problématique. Pour ce faire, la mise en place d'instances de rencontre et d'échange est nécessaire, ceci afin d'explicitier le type de travail effectué, mieux comprendre l'activité des uns et des autres, identifier des problématiques communes et enfin réfléchir aux stratégies à développer pour apporter des réponses adaptées aux besoins constatés. La mobilisation des acteurs locaux, à travers le processus d'évaluation, favorise ainsi une construction collective concernant le déroulement de l'action et permet de dynamiser les partenariats pour améliorer le dispositif local existant.

#### ➡ Pour les partenaires du champ spécialisé et de droit commun

Intervenir dans un champ d'action spécifique suppose nécessairement de développer des partenariats et des pratiques de réseaux en lien avec la problématique traitée, si l'on veut tenter d'apporter des réponses globales et diversifiées. C'est pourquoi là encore l'auto-évaluation doit impliquer l'ensemble des partenaires concernés par l'action, qu'ils soient issus du champ spécialisé ou de droit commun, à travers des temps de rencontre et d'échange. En effet, dans la mesure où cette démarche vise à produire des éléments d'information et de compréhension concernant la problématique traitée, elle va pouvoir être utile pour favoriser une réflexion sur les pratiques respectives des différents acteurs et développer des partenariats plus cohérents.

#### ➡ Pour les pouvoirs publics et les administrations de tutelle

Les résultats produits à partir du travail d'évaluation interne ne concernent pas seulement les acteurs investis sur le terrain ou les partenaires en lien avec l'activité, ils s'adressent aussi aux pouvoirs publics et aux tutelles administratives. Dans la mesure où ceux-ci s'attachent à mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques concernant le public cible mais également les tendances observées sur le terrain, il s'avère indispensable de pouvoir faire remonter ces éléments d'information auprès des responsables administratifs chargés d'élaborer les politiques publiques en la matière. Dans un champ comme celui des drogues, où les modes de consommation sont en pleine transformation, où les études épidémiologiques sont relativement récentes, où les débats relèvent encore de l'idéologie et de la subjectivité passionnelle, la pratique de l'auto-évaluation participe à une plus grande lisibilité et une meilleure compréhension des phénomènes d'usage de substances psychoactives. Ainsi, elle contribue à identifier les enjeux et les priorités d'action à développer dans une perspective d'amélioration des politiques publiques.



# L'auto-évaluation en pratique dans le projet d'EGO

## Éléments historiques de la mise en place d'une démarche d'évaluation interne

➡ Une brève présentation du projet  
d'EGO et de ses activités Accueil et PES

L'association EGO est née en 1987 de la mobilisation d'habitants, d'usagers de drogues et de professionnels socio-sanitaires du quartier de la Goutte d'Or, à une époque où l'on assistait à un développement massif des consommations de drogues, où l'exclusion sociale devient un facteur de vulnérabilité essentiel face à l'usage de substances psychoactives, et où enfin, l'épidémie de Sida menace dangereusement les UD. Dans ce contexte, EGO va ouvrir en 1988, dans un local prêté par une autre association, le premier lieu d'accueil « bas-seuil » en France, avant même que ce concept ne soit théorisé, pour offrir un espace de convivialité aux usagers les plus précarisés et accompagner ceux-ci dans leurs démarches vers le dispositif socio-sanitaire. Dans cet espace ouvert sur l'extérieur et basé sur la participation des habitants et des usagers, il s'agit de reconstruire de nouvelles formes de socialisation, de valoriser l'estime de soi et les potentialités des personnes, en les impliquant dans la construction de réponses collectives aux problèmes qui les concernent.

Progressivement, d'autres activités vont s'intégrer au travail de l'accueil, en fonction des nouveaux besoins qui apparaissent : le journal ALTER EGO, outil de communication et de prévention des risques, réalisé avec la

participation des usagers et NUTREGO, programme de nutrition à destination des usagers les plus démunis sur le plan social et sanitaire.

Dans le même temps, le Sida et les hépatites touchent dramatiquement les usagers, et la politique de réduction des risques est au cœur de nos préoccupations. C'est pourquoi en 1995 l'association EGO met en place un programme d'échange de seringues, baptisé STEP, pour faciliter l'accès au matériel d'injection et de prévention, informer sur la réduction des risques liés au Sida et aux hépatites, et être un relais vers le dispositif d'aide existant. Ce programme a été construit dans une logique complémentaire mais différente du centre d'accueil : un local distinct à la périphérie du quartier, des horaires d'ouverture en soirée 7 jours sur 7, un accueil sous forme de comptoir, une équipe différente, un discours axé plus précisément sur la consommation de produits, les prises de risques, la prévention du Sida et des hépatites.

Face à un phénomène aussi complexe que celui de l'usage de drogues, qui met en jeu des dimensions sociales et sanitaires, économiques et politiques, individuelles et collectives, EGO a développé une pratique d'intervention que nous appelons construction communautaire et qui vise à agir, non pas sur l'individu de façon isolée, mais en l'intégrant au contraire dans l'environnement au sein duquel il évolue. En effet, la construction communautaire s'inscrit dans une perspective plus globale de développement social local et se distingue des formes de travail social classiques dans la mesure où elle vise moins à aider les gens individuellement qu'à soutenir leur capacité à s'organiser et à élaborer des réponses collectives adaptées. Ici, la communauté n'est pas un groupe homogène qui précède l'action mais bien le résultat du processus de mobilisation des personnes concernées.

Dans cette approche, l'action mise en œuvre n'est jamais définie une fois pour toutes, au contraire, elle doit s'adapter à un environnement sans cesse en évolution et être attentive à l'émergence de nouveaux besoins. C'est pourquoi nous l'appelons construction communautaire car celle-ci s'inscrit dans un processus permanent de construction – déconstruction collective de l'action qui

suppose d'analyser la pertinence de l'activité au fur et à mesure de son déroulement, identifier les facteurs favorables ou défavorables par rapport aux objectifs fixés, observer les effets produits prévus et imprévus, repérer les nouveaux besoins et les adaptations nécessaires. Ainsi, l'auto-évaluation permanente et participative est au cœur de la construction communautaire et c'est une des raisons pour laquelle nous avons souhaité donner un cadre plus formalisé à cette démarche, au sein de notre PES d'abord, et de notre centre d'accueil ensuite.

### ➡ Une pratique d'évaluation existante mais systématisée tardivement au centre d'accueil

La mise en place d'une démarche d'évaluation au centre d'accueil, avec une méthodologie et des outils à la fois qualitatifs et quantitatifs, s'est faite de façon relativement tardive si l'on compare avec le PES. Alors qu'à STEP la mise en œuvre d'un tel processus a débuté dès le démarrage du projet, ce n'est que dix ans après l'ouverture du centre d'accueil que nous avons commencé à essayer de systématiser de façon plus objective une démarche d'auto-évaluation. Comment expliquer une telle différence entre deux grands secteurs d'activité appartenant au même projet global d'EGO ? Comment ont pu co-exister dans un même espace organisationnel deux programmes complémentaires, l'un ancré dans une pratique d'évaluation, l'autre non ?

De nombreux éléments peuvent rendre compte d'une telle situation. Au moment où il a ouvert ses portes, le centre d'accueil était considéré comme un espace d'innovation sociale où il s'agissait d'expérimenter de nouvelles façons de faire avec les usagers de drogues et qui se démarquent des pratiques institutionnelles classiques. Dans cette perspective, mettre en place des outils de recueil de données qui pouvaient reproduire les codes du fonctionnement institutionnel a pu sembler non acceptable par des acteurs qui souhaitaient innover de nouvelles formes d'accueil. Et ceci d'autant plus que ces outils semblaient produire une plus grande distance avec les usagers dans un espace qui se voulait

au contraire le plus en proximité avec le public accueilli.

Au fil du temps, l'équipe s'est construite dans une attitude professionnelle où « le faire » était plus important que la réflexion, et où le travail devait prioriser la réponse aux besoins des UD et l'accomplissement de ses tâches quotidiennes au détriment de ce qui lui semblait être une pensée théorique et distanciée. Ce sentiment s'est d'autant plus renforcé et légitimé que la fréquentation du lieu a très fortement augmenté et que les usagers sont devenus de plus en plus exclus voire clochardisés, exigeant ainsi un surinvestissement de l'équipe dans ses missions d'accueil et par voie de conséquence une disponibilité moindre pour le recueil de données systématisées. Ainsi, la démarche d'évaluation a pu paraître pour certains trop éloignée ou trop technique par rapport aux réalités du terrain.

Malgré ces difficultés, l'évaluation n'est pas pour autant absente de la pratique de l'accueil, loin de là, et des instances de réflexion, d'analyse et de théorisation impliquant les salariés, les usagers, les habitants, les partenaires locaux et autres existent depuis longtemps (réunion du mercredi soir, réunion d'équipe, secteur formation, recherches et études ponctuelles, etc.). Néanmoins, c'est à partir du travail d'évaluation du programme STEP, collectivisé chaque année avec l'ensemble de l'équipe d'EGO, que l'intérêt d'une telle démarche va prendre du sens au regard de chacun et susciter la motivation nécessaire pour définir une méthodologie d'observation commune aux deux secteurs d'activités. Dans cette perspective, des outils ont été élaborés sur des critères communs, tout en respectant les spécificités de chaque action, pour mesurer les indicateurs d'activités et appréhender le profil du public usager fréquentant les deux structures.

Toutefois, dans cette tentative d'objectivation, il s'est avéré beaucoup plus difficile d'évaluer l'impact du travail de l'accueil, dont les objectifs de resocialisation des usagers et de production de sociabilité sont d'ordre éminemment qualitatifs, et donc moins directement mesurables. Alors qu'à STEP les objectifs de prévention et de réduction des risques peuvent être appréhendés à partir de

l'évolution des prises de risques du public accueilli, comment évaluer à l'accueil ce qui peut sembler relever de l'impalpable, de l'informel et de l'entre deux ? A partir de quels critères peut-on mesurer la production de lien social positif auprès de notre public alors même que nous constatons parallèlement une explosion des indicateurs de précarité et d'exclusion sociale chez les usagers fréquentant notre accueil ? Comme nous pouvons le constater, ces questions, maintes et maintes fois débattues au sein de l'équipe du centre d'accueil sont extrêmement complexes à appréhender et restent à ce jour encore d'actualité.

### ➡ STEP : un processus d'évaluation intégré dès le démarrage du programme

La volonté de mettre en place une démarche d'évaluation au sein du programme STEP a répondu à un certain nombre d'interrogations et d'enjeux qui se posaient à l'équipe au démarrage du projet. En choisissant des créneaux d'ouverture en soirée, au moment où les autres structures sont fermées, nous n'avions aucune connaissance du public « galérant » et consommant la nuit auquel nous nous adressions. Serait-ce les mêmes usagers que ceux fréquentant l'accueil d'EGO ? Serait-ce une population différente ? Il nous fallait donc tenter de caractériser les usagers fréquentant notre programme pour mieux comprendre leurs situations, leurs modes de consommation et leurs prises de risques, et ainsi mieux identifier leurs besoins.

Dans le même temps, le contexte local est marqué par un développement des manifestations d'opposition des habitants contre les structures d'aide aux toxicomanes qu'ils considèrent comme responsables de la présence des usagers et du trafic de drogues dans leur environnement. La mise en place d'un PES dans le quartier, à ce moment particulier, supposait donc une attention spécifique aux modalités d'implantation de notre local et la prise en compte des difficultés rencontrées par les habitants des alentours. Dans cette perspective, l'auto-évaluation permanente et participative est apparue comme un moyen privilégié d'impliquer les acteurs sociaux isolés (habitants, usagers, etc.), les structures associatives et les partenaires

institutionnels (police, hôpital, Coordination Toxicomanie 18è, etc.) dans le fonctionnement du programme et ainsi favoriser une gestion collective de l'environnement. C'est pourquoi dès l'ouverture de STEP, nous avons souhaité mettre en place un comité de suivi composé d'acteurs du quartier ainsi qu'une étude d'impact du programme sur son environnement en collaboration avec une association du quartier (Association de la Salle Saint Bruno).

Enfin, si l'équipe de STEP s'est investie plus directement dans un processus d'évaluation c'est aussi parce que travailler dans un PES implique la construction d'une pratique différente pour ne pas tomber dans une distribution routinière de matériel. Avoir des objectifs de prévention des risques et de réduction des dommages suppose de réhabiliter le sens noble du travail dans l'urgence par rapport à celui du soin et de prendre conscience de toute l'importance de sa mission, si minimale qu'elle puisse paraître. Plus encore, dans un lieu de passage comme STEP, le geste de distribution de matériel, même s'il est répétitif avec le temps, ne doit jamais tomber dans la prestation de service, ni dans une habitude mécanique. Et là, l'auto-évaluation a sûrement très largement contribué à éviter que de tels phénomènes ne se produisent.

## Les différents temps de l'auto-évaluation à EGO

### ➡ Les instances participatives de réflexion collective

A EGO, l'auto-évaluation n'est pas l'affaire de quelques « spécialistes » qualifiés pour faire ce travail, au contraire, elle implique directement l'équipe, les usagers, les habitants et autres acteurs locaux dans des temps différents de réflexion et de construction collective. Ainsi, un certain nombre d'instances participatives co-existent au sein d'EGO, avec des objectifs et des périodicités différentes, avec des formes consultatives ou décisionnelles, avec des interlocuteurs et des publics différents, mais

toutes contribuent, d'une façon ou d'une autre, à porter un regard croisé et pluridisciplinaire sur notre pratique.

- La réunion du collectif d'EGO est sûrement au cœur de ce processus d'évaluation puisqu'elle comprend les salariés, les usagers de drogues ou autres, les bénévoles, les visiteurs de passage et qu'elle est ouverte aux habitants du quartier et à toutes autres personnes concernées par les problèmes liés à l'usage de drogues. Chaque mercredi soir (18h30 – 20h30), l'espace de l'accueil se transforme en un mini-forum d'expression citoyenne où sont débattues toutes les questions liées au fonctionnement des différentes activités d'EGO (accueil, nutreco, comité des usagers, STEP, journal, etc.), à l'actualité, au quartier, aux manifestations en cours, au contexte social et politique, etc. Ce temps hebdomadaire est aussi un espace de rencontre qui participe à une meilleure régulation entre l'association et le quartier. A cette occasion, un compte-rendu détaillé de l'activité de la semaine est présenté avec des données chiffrées concernant chaque secteur et qui sont alors commentées avec les participants. Ce moment hebdomadaire de confrontation et de construction collective permet d'apprécier le déroulement de l'action en temps réel et de prendre les décisions nécessaires à son adaptation.

- Le comité des usagers fait partie intégrante des activités du centre d'accueil et se réunit toutes les semaines. Il a été créé à la demande des usagers de drogues pour offrir un espace de parole et de réflexion qui leur soit propre et faire des propositions d'action aux problèmes qui les concernent. Ce comité s'est auto-saisi de questions ou problématiques diverses (respect de l'environnement, prévention auprès des pairs, manifestation du 1<sup>er</sup> décembre, etc.) mais il a aussi un droit de regard sur le fonctionnement de l'accueil et sur le projet d'EGO plus généralement. A travers lui, c'est aussi la mise en situation de la participation des usagers au processus d'évaluation d'EGO qui se joue.

- Le comité de suivi de STEP est aussi une instance fondamentale de rencontre et de participation des acteurs locaux concernés directement ou indirectement par notre

programme. Il se compose d'un médecin généraliste du quartier, d'un pharmacien, du commissaire divisionnaire du 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris, une experte en questions sociales, une habitante de l'immeuble, un représentant de l'association Paris Goutte d'Or, la coordinatrice Goutte d'Or du dispositif Coordination Toxicomanie 18<sup>e</sup>, un représentant de l'ECIMUD de l'hôpital Lariboisière, un usager du programme, une représentante de l'Observatoire de la Vie Sociale de l'association de la Salle Saint Bruno. Ce groupe, aux compétences et aux savoirs pluridisciplinaires, se réunit tous les six mois pour faire un bilan de l'activité en cours, suivre les questions liées à l'intégration de STEP dans son environnement, envisager les pistes de travail à développer et les partenariats à renforcer. Toutefois, à ce jour, nous avons constaté une plus grande difficulté à mobiliser les personnes dont certaines font partie du comité depuis l'ouverture du programme. C'est pourquoi aujourd'hui, nous sommes en pleine réflexion interne pour redéfinir les objectifs de ce comité ainsi que ses modalités de fonctionnement.

- Les réunions d'équipe, qu'elles soient propres à chaque secteur d'activité (accueil, STEP, journal) ou qu'elles rassemblent l'ensemble des salariés d'EGO, constituent évidemment des moments privilégiés d'expression et d'échange autour de la pratique avec les autres collègues. Ce sont des temps où l'on peut discuter des difficultés ressenties, repréciser les objectifs de travail, définir les modalités d'organisation des activités, et construire une cohérence d'équipe par rapport aux finalités de l'association.

- Le séminaire interne d'EGO, mis en place depuis 3 ans, réunit une fois dans l'année l'ensemble des membres d'EGO autour de l'évaluation du projet global de l'association. Chaque année, des thématiques sont définies en commun en fonction des priorités ressenties au niveau de la pratique de terrain et des groupes de travail sont constitués pour traiter chacune d'entre elles. Ces moments de regroupement, hors les murs d'EGO, ouvrent une parenthèse indispensable pour se distancer du quotidien et renforcer la cohésion d'équipe.

## ➡ Les temps d'objectivation de la pratique

L'auto-évaluation ne peut pas uniquement se limiter à produire une réflexion collective, même à partir de regards croisés et hétérogènes, elle suppose aussi des temps d'objectivation réguliers qui puissent affiner et préciser la connaissance de notre pratique. C'est pourquoi nous avons souhaité mettre en place des outils de recueil de données mais aussi produire de façon régulière une mémoire écrite et formalisée du processus de construction de notre projet.

- Le questionnaire de contact s'adresse aux usagers de drogues fréquentant nos deux lieux d'accueil (centre d'accueil et PES). Passé chaque année auprès de notre public, il permet de recueillir des éléments de connaissances concernant leurs caractéristiques socio-démographiques, leur situation sociale et sanitaire, leur parcours juridique et enfin leurs modes de consommation. Ce questionnaire est l'outil principal qui nous permet de mieux connaître le profil des usagers et d'identifier plus précisément leurs besoins.

- Les fiches d'accueil sont utilisées, là encore, dans nos deux structures pour mesurer et rendre compte de l'activité quotidienne propre à chacune. Elles précisent pour chaque passage, le type de public, l'identification de la personne (initiales + date de naissance + sexe), les demandes sociales et sanitaires et les orientations réalisées. Pour STEP, elles comprennent également le nombre de matériels distribués au public mais aussi les seringues usagées récupérées. Grâce à ces fiches, on peut comptabiliser à la fin de chaque année les indicateurs d'activité de chaque secteur en terme de passage, de file active, d'accompagnement social et sanitaire, et pour STEP de matériel distribué.

- Le questionnaire sur les pratiques à risques des usagers est intégré au questionnaire de contact de STEP et porte sur les modes de consommation au cours du dernier mois, les prises de risques inhérentes, les conditions de la dernière injection, l'hygiène de shoot et les conduites sexuelles.

Avec cet outil, on peut tenter d'appréhender l'impact de notre programme sur les pratiques de consommation du public accueilli, notamment en comparant sur une année donnée le niveau de prise de risques des personnes nouvellement venues avec celles fréquentant STEP depuis plus d'un an. On peut alors observer si les usagers ayant bénéficié de l'action du programme depuis longtemps ont ou non des pratiques à moindres risques par rapport aux nouveaux venus. Ce niveau d'analyse est tout à fait fondamental pour évaluer les effets du programme sur les pratiques de consommation des usagers.

- L'étude d'impact de STEP, mise en place dès le démarrage du programme en collaboration avec l'association de la Salle Saint Bruno, vise à appréhender les effets générés par la présence du local STEP sur son environnement proche en terme de nuisances (bruit, etc.), présence d'usagers dans les immeubles, matériel usagé sur la voie publique ou dans les espaces privés, etc. Elle tente ainsi d'apprécier le degré d'acceptation du programme dans son environnement proche. La méthodologie retenue s'appuie sur des entretiens individuels avec des acteurs institutionnels (police, OPAC, coordination toxicomanie 18è, gardiens d'immeubles, etc.), des habitants et des commerçants des alentours. Cette étude est tout à fait fondamentale car elle permet de repérer les situations difficiles et d'anticiper les réponses nécessaires pour éviter les phénomènes de crises. Une réflexion est actuellement en cours pour redéfinir les modalités de cette démarche, moins sous forme d'étude d'impact, et plus vers un travail d'observation des modes d'utilisation du territoire environnant par les usagers de drogues.

- Le rapport d'activité d'EGO, réalisé tous les ans, vise à rendre compte du travail effectué tout au long de l'année écoulée. Dans ce cadre, chaque équipe de travail investie dans les différents secteurs d'activité d'EGO doit s'attacher à décrire et expliciter sa pratique spécifique, à mettre en évidence un certain nombre d'indicateurs mesurant l'activité écoulée, et enfin à dégager les grandes caractéristiques et les principaux constats significatifs de l'année passée. Le rapport d'activité se distingue du rapport

d'évaluation au sens où il s'agit plus d'un travail descriptif de l'activité sur une année particulière et moins d'une production problématisée et contextualisée de l'évolution de la pratique sur différentes années.

- Le rapport d'évaluation de STEP est réalisé tous les ans par l'équipe du PES depuis son ouverture, mais collectivisé avec l'ensemble des membres d'EGO. A travers l'élaboration de ce document, il s'agit de systématiser le résultat d'un processus permanent de réflexion – action impliquant les membres de l'équipe, les usagers, les habitants et autres acteurs locaux, ceci dans la perspective de produire une mémoire collective de la construction de notre projet. Ce rapport doit s'attacher à mettre en évidence sur plusieurs années l'évolution des problématiques constatées (profil des usagers de drogues, pratiques de consommation, etc.) en lien avec leur contexte social, politique, économique, territorial, etc. mais aussi valoriser les différents aspects de la pratique ainsi que leur adaptation et leurs réajustements nécessaires.

# Les grands axes de ce rapport d'auto-évaluation

➡ Pour la première fois, un rapport commun entre STEP et l'accueil d'EGO

Ce document a pour nous une tonalité toute particulière puisque c'est la première fois dans notre histoire que nous publions un rapport d'évaluation commun à notre centre d'accueil et à notre PES. Pour la première fois, nous allons donc essayer de donner à voir et à comprendre des pratiques spécifiques, issues de projets différents, physiquement ancrées dans des lieux séparés, mais qui s'inscrivent dans un seul et même projet global. Pour la première fois, nous allons enfin pouvoir poser un regard transversal sur des pratiques aux objectifs distincts mais complémentaires, appréhender leurs interactions respectives, éclairer l'une et l'autre à la lumière de leurs différences et de leurs similitudes.

En effet, la nécessité de produire un travail d'analyse croisée entre le centre d'accueil et le PES est un besoin que nous ressentons depuis longtemps et que nous avons plusieurs fois tenté de formaliser de façon systématique. Mais face à une augmentation rapide de la fréquentation de l'accueil par les usagers, l'équipe s'est trouvée prise dans l'urgence du quotidien, ce qui a rendu difficile l'élaboration d'un rapport d'évaluation commun. Or, il nous a toujours paru regrettable de n'avoir jamais pu développer un travail d'analyse plus objectivant et plus visible concernant l'activité de l'accueil, alors même que celle-ci se trouve au cœur du projet communautaire et démocratique d'EGO. Plus encore, l'accueil d'EGO s'est constitué comme une expérience pilote et novatrice qui a expérimenté de nouvelles approches préventives en matière de drogues et qui aurait mérité à ce titre de faire l'objet d'une évaluation plus formalisée. Aujourd'hui la réalisation de ce rapport commun entre l'accueil et STEP est donc le

résultat d'une réelle volonté de l'équipe pour faire un premier pas dans ce sens.

➡ L'évolution du profil du public fréquentant le centre d'accueil et le PES comme axe de comparaison des pratiques

Cette année, nous avons choisi de centrer le contenu de ce rapport sur une approche plus fine de l'évolution du profil des usagers de drogues. En effet, à travers la caractérisation du public accueilli, il est possible de mieux appréhender à la fois les missions propres à chacune de nos structures, mais aussi les besoins des usagers et les enjeux à venir concernant nos activités et les politiques publiques. Ainsi, le centre d'accueil et le PES mise en place par EGO à destination des usagers et situés à quelques centaines de mètres l'un de l'autre, semblent attirer une population tout à fait différente, avec des problématiques clairement distinctes. Pourquoi une telle situation ? Qu'est-ce qui différencie véritablement ces deux populations ? Y-a-t-il des évolutions identiques ou non ? Quelles sont les nouvelles perspectives de travail pour chaque projet ? A travers ce rapport, il s'agira donc pour la première fois de réaliser une analyse comparative entre les différents publics d'EGO (Accueil / STEP) et par là même participer à une meilleure compréhension de nos pratiques respectives.

➡ La méthode de production des données présentées dans ce rapport

Nous avons déterminé une période d'observation du profil de notre public allant de 1996 (première année de fonctionnement de STEP) à 2001, soit un aperçu sur 6 années consécutives. Les chiffres présentés ici sont issus des outils que nous avons précédemment cités, à savoir les questionnaires de contact et les fiches de bord propres à chaque activité. La passation des questionnaires dans nos différents espaces d'accueil n'est pas chose facile car les usagers ne sont pas toujours disponibles pour y répondre. Il arrive souvent qu'ils soient trop fatigués, trop pressés, ou encore trop « défoncés », etc.. Nous devons alors trouver les moments propices et les bons

arguments pour convaincre ceux-ci de l'intérêt du questionnaire. Malgré ces difficultés, nous pouvons estimer chaque année le nombre de questionnaires passés à environ 20% de notre file active. Les informations recueillies sont alors rentrées sur une base de données et traitées à partir du logiciel EPI INFO (version 6). La production de ces données statistiques nous a permis de faire une analyse comparative sur six ans. Seules les années 96 et 97 échappent à cette méthodologie de traitement statistique simplement parce qu'à cette époque nous ne travaillions pas encore avec EPI INFO. Nous nous sommes alors appuyés sur les chiffres issus des rapports d'activité de 1996 et 1997 d'EGO. Au regard des données et des évolutions constatées, nous pouvons affirmer que les chiffres présentés dans ce rapport sont relativement fiables et conservent une cohérence les uns avec les autres.

Nous voudrions ajouter une dernière précision méthodologique concernant la notion de « file active ». Par file active, nous entendons le nombre d'usagers de drogues différents ayant fréquenté au moins une fois dans l'année l'une de nos différentes structures. Chaque file active est calculée spécifiquement pour l'accueil et pour STEP. Pour ce faire, nous obtenons un numéro d'identifiant à partir des initiales, de la date de naissance et du sexe de la personne et celui-ci est alors saisi sur une base de donnée pour éviter les doublons. Pour calculer la file active globale d'EGO, nous ajoutons la file active de l'accueil à celle de STEP tout en tenant compte du pourcentage d'usagers qui fréquentent les deux lieux à la fois. A chaque fois que nous utiliserons ce terme dans ce document, celui-ci concernera donc uniquement les usagers de drogues fréquentant nos structures, et non pas les autres publics.

Une comparaison  
du public  
fréquentant  
le centre d'accueil  
et le PES

Evolution  
du  
profil  
des  
usagers  
de  
drogues



## Evolution de la fréquentation des usagers de drogues au centre d'accueil et au PES

### ➔ Une augmentation globale de la fréquentation du centre d'accueil et du PES

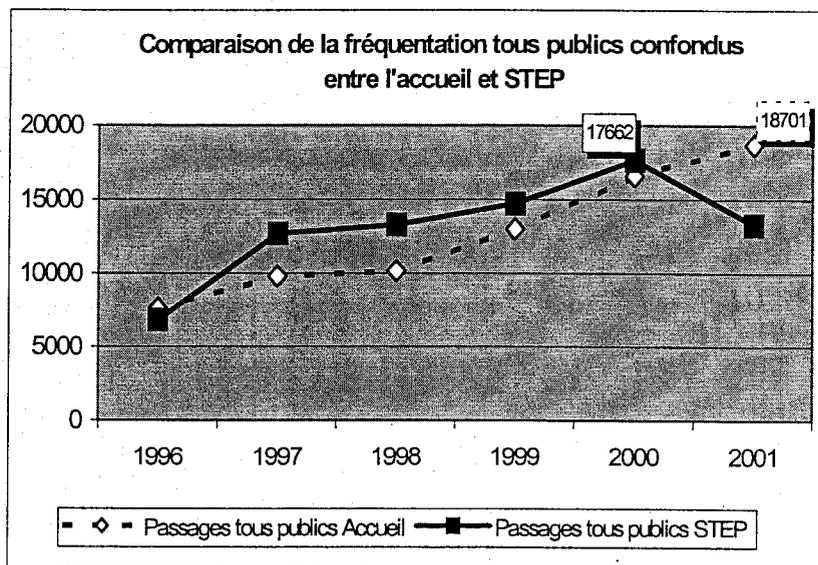
Le tableau présentant l'évolution de la fréquentation du centre d'accueil et du PES d'EGO montre une très nette augmentation du public accueilli entre 1996 et 2001. En six ans, le total des passages tous publics est passé de 7612 à 18701 au centre d'accueil et de 6821 à 13294 au PES, sachant que les non consommateurs représentent moins de 20% des passages dans nos deux structures. Cette augmentation atteint donc le chiffre impressionnant de 150% pour le Centre d'accueil et de 94% pour le PES.

L'évolution de la fréquentation intervient dans un contexte plus large qui se caractérise par une conjoncture économique et sociale de plus en plus incertaine et difficile favorisant ainsi un accroissement des inégalités sociales et de la pauvreté parmi la population française. En effet, de nombreuses études ont mis en

évidence l'existence d'un lien étroit entre les phénomènes de consommation abusive de substances psychoactives et les situations d'exclusion sociale que vivent les individus. Lorsque la vie des personnes est marquée par l'absence de reconnaissance sociale, la mise à l'écart des rapports marchands, la difficulté d'accéder à la consommation, ou encore la fragilisation des relations de proximité, etc., l'usage abusif de drogues peut alors apparaître comme un moyen d'affronter le vide d'une identité sociale usurpée. Ce développement

de la consommation de substances psychoactives a pu se traduire par une augmentation du nombre de personnes dont la situation impose d'avoir recours à une structure

comme la nôtre. Dans le même sens, les données présentées dans la suite de ce document montrent que le haut niveau d'exclusion sociale des usagers a constitué un obstacle majeur dans l'amélioration de leur situation sociale et sanitaire et que cette dégradation de leurs conditions de vie est aussi un facteur permettant d'expliquer la plus grande fréquentation qu'ont connu nos programmes.



Un autre élément permettant de comprendre l'évolution de la fréquentation du public tient également au mode de fonctionnement de notre association. A travers ce que nous nommons un « accueil bas seuil », il s'agit de créer les conditions visant à faciliter l'accès des usagers de drogues à nos différentes structures, et ceci sans exigences préalables, ni obligation de soin. Que ce soit à STEP ou au centre d'accueil, l'espace est ouvert de plein pied sur l'extérieur, donnant un accès direct au public, sans rendez-vous, sans file d'attente, ni quota maximum à respecter. Cette construction de modalités d'accueil en adéquation avec les modes de vie des usagers et leurs rythmes de consommation a largement favorisé l'accès à un plus grand nombre d'usagers, et tout particulièrement ceux qui sont dans des processus de consommation abusive et qui ne veulent ou ne peuvent pas momentanément arrêter leur usage. Les stratégies d'accueil « outreach » qui caractérisent nos deux structures ont donc permis d'« aller vers » les populations les plus touchées par les problèmes de consommation abusives de drogues et les plus vulnérables sur le plan social et sanitaire.

Enfin, le développement du trafic et de l'offre de crack dans le quartier, surtout à partir des années 1990, n'a pas été sans lien avec l'évolution de la fréquentation qu'ont connu le

centre d'accueil et le PES. En effet, l'implantation du crack, au détriment d'une héroïne de moins bonne qualité, a favorisé la structuration d'un marché ouvert sur la rue qui a attiré une clientèle importante dont une partie a investi le quartier comme lieu de survie, de « galère » et de consommation. Là encore, il est clair que la présence accrue des usagers sur le quartier de la Goutte d'Or a

largement favorisé une plus grande fréquentation de nos structures.

Toutefois, celle-ci n'a pas pris la même forme dans chacune des activités d'EGO, ainsi que le montrent les différentes courbes de tendance. Il convient donc désormais de commenter ces tableaux en distinguant le Centre d'Accueil et le PES en ce qui concerne le passage des usagers de drogue et celui des autres publics.

### ➡ Une évolution différente entre le centre d'accueil et le PES

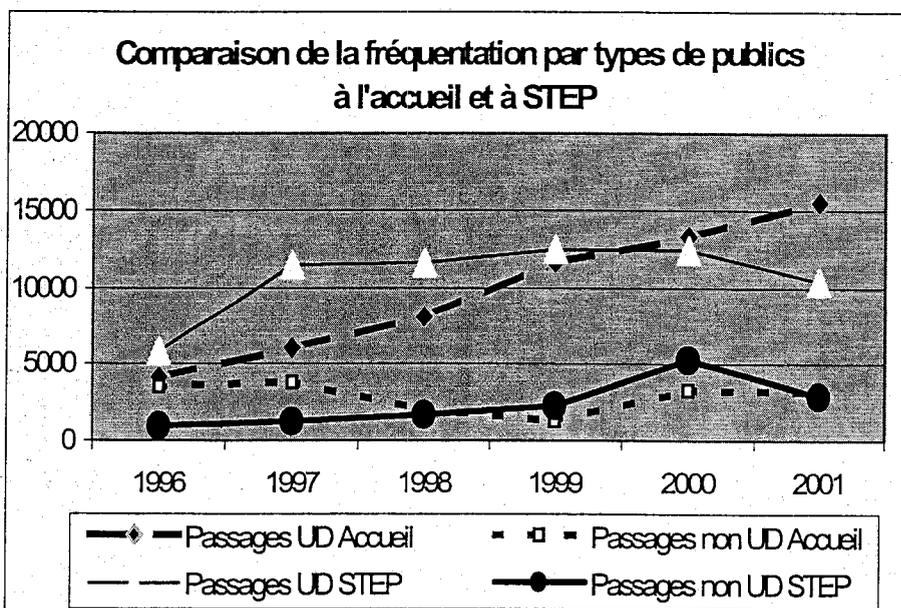
Si le nombre de passages tous publics a largement augmenté sur les deux secteurs d'activité depuis 1996, ces évolutions n'ont pas pris les mêmes formes selon les types de publics et selon les structures.

Au centre d'accueil, le nombre de passages d'usagers de drogues a connu une progression constante puisqu'il est passé de 4 107 en 1996 à 15 499 en 2001, soit une multiplication par 3,7 en six ans. Parallèlement, nous avons pu

déterminer sur l'accueil, à partir de l'année 2000, une file active de 1317 usagers de drogues différents et celle-ci poursuit sa progression en 2001 avec 1669 usagers.

Au PES,

l'évolution de la fréquentation des usagers a évolué d'une façon différente. Jusqu'en 1999, le nombre de passages des usagers a connu une augmentation importante puisqu'il est passé de 5 849 à 12 466 en 3 ans. Toutefois, en 2000, nous avons assisté à une stabilisation de la fréquentation des usagers, puis une diminution en 2001, avec 10 424 passages. Bien évidemment, le PES a vu sa file active se



développer au fur et à mesure des années (585 usagers différents en 1996 contre 1982 en 2000), même si celle-ci a légèrement reculée en 2001 (1585 usagers).

Comment expliquer ces différences d'évolution en terme de fréquentation entre le centre d'accueil et le PES ?

On peut mettre la hausse de la fréquentation du centre d'accueil en parallèle avec différents événements qui ont marqué l'histoire du centre d'accueil. Le déménagement des activités, fin 1997, vers des locaux plus spacieux, fournit un premier élément d'explication. Ainsi, en offrant un espace aux dimensions plus grandes, c'est aussi la capacité d'accueil qui s'en trouve augmentée et la possibilité de recevoir un nombre plus important de personnes. Par ailleurs, la mise en place du programme de distribution de repas Nutrego, en 1998, dans un contexte de précarisation accrue de ce public a sûrement constitué un facteur déterminant dans l'afflux massif des usagers au centre d'accueil. Face aux besoins d'urgence des usagers, et tout particulièrement celui de se nourrir, le programme Nutrego a suscité une demande croissante et inassouvie de la part de notre public et entraîné, au fur et à mesure des années, une sur-fréquentation du local, souvent à la limite de nos capacités d'accueil.

Concernant le PES, différents facteurs peuvent être avancés pour justifier d'une diminution de la fréquentation des usagers (répression policière accrue, déplacement du trafic, etc.). Toutefois, il semble que l'on puisse observer aujourd'hui une désaffection croissante de l'injection par les usagers de drogues. Ainsi, le rapport de l'OFDT « indicateurs et tendances 2002 » fait état d'un recul des pratiques d'injection également observable à l'échelle de la France<sup>1</sup>. Ce phénomène apparaît quelques années après le développement de la politique de réduction des risques et l'on peut penser que la mise en place des traitements de substitution n'est pas sans lien avec cette évolution. Quoi qu'il en soit, le recul de la consommation par voie injectable peut expliquer la diminution en 2001 de la

fréquentation des usagers de drogue du PES, qui s'adresse en priorité à un public privilégiant la voie intraveineuse dans ses conduites addictives.

Concernant la répartition par types de publics on remarque des différences entre les deux activités de l'association. Les chiffres produits ne sont pas complètement affinés et ne rendent compte que de deux groupes : les usagers de drogues et les autres publics (habitants, jeunes du quartier, femmes prostituées, visiteurs, partenaires, etc.). Depuis le milieu des années 90, la proportion des usagers de drogues fréquentant le centre d'accueil a largement augmenté par rapport aux autres publics accueillis. Et l'on peut penser que la fréquentation massive des usagers suite à la mise en place du programme Nutrego, s'est faite au détriment des autres populations (46% de non-usagers de drogues en 96 contre 17% en 2001).

Concernant le PES, l'augmentation en pic du nombre total de passages en 2000, malgré le maintien à l'identique de celui des usagers de drogues, s'explique principalement par une fréquentation accrue du programme de la part de femmes prostituées souhaitant, entre autres choses, s'approvisionner en matériel de prévention des risques liés aux rapports sexuels. Cette situation a donné lieu à une répartition différente du public, d'une certaine manière déséquilibrée, au regard des missions prioritaires du PES. L'attitude adoptée par l'équipe, consistant à orienter les femmes prostituées vers des structures plus appropriées à leurs besoins, a entraîné une baisse de la fréquentation globale en 2001, mais également, une répartition du public qui correspond davantage aux objectifs de l'activité.

### ➡ Perspectives : mixité et redéfinition des publics non UD

Il convient ici de préciser qu'EGO, dans son combat contre l'exclusion, ne fonde pas son action sur l'accueil d'un public unique car ceci ne ferait qu'accroître la distance sociale qui sépare les usagers de drogues des autres citoyens. Au contraire, elle œuvre pour une mixité socioculturelle c'est-à-dire, pour que

<sup>1</sup> *Drogues et dépendances*. Indicateurs et tendances 2002, OFDT, Paris, p.43.

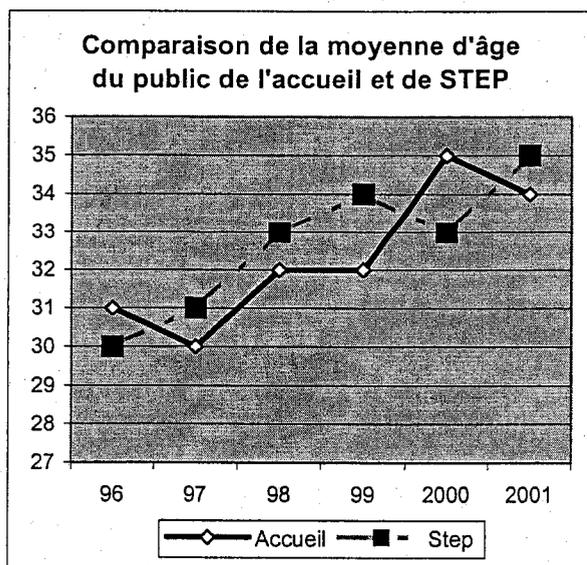
des personnes différentes, qui parfois vont jusqu'à se craindre ou se mépriser réciproquement, puissent se rencontrer, s'écouter et se parler. Cette mixité, à l'intérieur de nos deux lieux d'accueil, a vocation à produire du lien social, et une compréhension mutuelle. C'est un des chemins que nous avons choisi pour désamorcer ou apaiser les malentendus et les conflits entre les usagers de drogues très marginalisés, et les autres composantes de la population. Cette mixité n'est pas gagnée d'avance. Il faut la construire, la reconstruire en permanence, et veiller obstinément à ce qu'elle se maintienne, car c'est un équilibre soumis au poids des rancunes, des peurs et des préjugés, et donc toujours en péril.

L'analyse comparée des tendances de la fréquentation du centre d'accueil et du PES, entre 1996 et 2001, bien qu'elle ne rende pas compte des aspects qualitatifs de ce travail de retissage du lien social, présente l'intérêt de mettre l'accent sur les variations concernant la répartition des différents publics dans le nombre total des passages. Nous envisageons notamment d'affiner la connaissance du public que nous accueillons, en précisant la typologie des personnes, fréquentant nos programmes, et qui ne font pas usage de drogues. Les résultats obtenus permettront à l'équipe qui porte le projet d'EGO d'objectiver le vécu de sa pratique, d'approfondir sa réflexion, d'ajuster son action aux ambitions qu'elle s'est donnée, et de penser à mettre en place des projets visant à maintenir la mixité des publics au sein de nos locaux.

## Approche comparative des caractéristiques socio-démographiques des usagers fréquentant le centre d'accueil et le PES

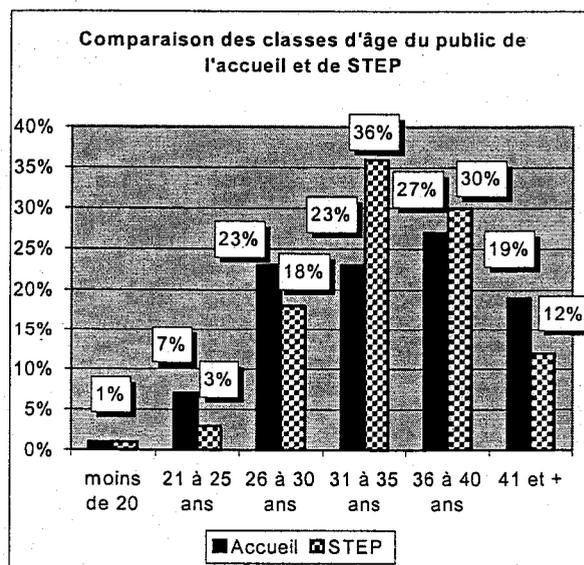
### ➔ Un vieillissement des usagers plus marqué à STEP

Le vieillissement de notre public est une tendance qui se confirme d'année en année. Ainsi, en six ans, la moyenne d'âge des usagers de drogues est passée de 31 à 34 ans au centre d'accueil<sup>2</sup> et de 30 à 35 ans au PES. Ces chiffres, même s'ils sont relativement proches, semblent toutefois attester que le public injecteur de STEP est plus âgé que celui de l'accueil.



<sup>2</sup> Nous entendons par « centre d'accueil » et « accueil » le sens étymologique du mot venant du bas Latin « accolligere », de « colligere » signifiant « rassembler », où l'accueil est résolument positif, hospitalier, orienté vers la réception de l'autre.

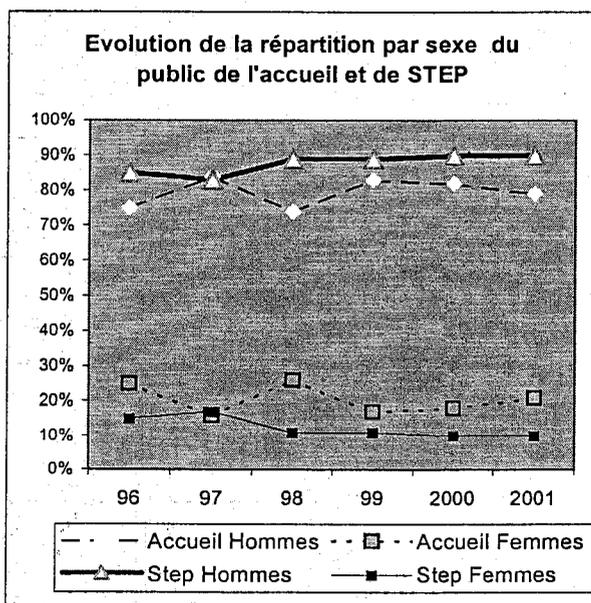
Au regard des catégories d'âge, on retrouve, là encore, une plus faible représentation des moins de 30 ans à STEP (- 10% par rapport à l'accueil) et une proportion plus importante de personnes âgées entre 31 et 40 ans (+ 10% par rapport à l'accueil). D'une façon générale, les jeunes de moins de 25 ans sont très faiblement représentés parmi nos différents publics (8% à l'accueil et 4% à STEP), ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils ne consomment pas de produits.



On peut penser toutefois que la pratique par voie injectable est moins fréquente dans leurs modes d'usage mais aussi qu'au moment où ils débutent leur consommation ils ne se considèrent pas comme un « toxicomane » susceptible de s'adresser à un centre spécialisé.

## ➡ Les femmes : plus présentes au centre d'accueil, mais toujours très minoritaires

La répartition par sexe de notre public a toujours mis en évidence une très large prédominance des hommes parmi les usagers de drogues fréquentant nos deux structures. Ainsi, en 2001, on a pu comptabiliser<sup>3</sup> à l'accueil 79% d'hommes pour 21% de femmes. Il en est de même à STEP où notre file active se compose de 87% d'hommes et seulement 13% de femmes. Cette faible représentation des femmes n'est pas un phénomène isolé et spécifique à notre association. Au contraire, comme en témoigne le rapport « Indicateurs et tendances »<sup>4</sup> de l'OFDT, les caractéristiques des personnes prises en charge par le dispositif de soin spécialisé en 1999 montre que la proportion de femmes varie entre 19% et 24% en fonction du type de produit utilisé.



Depuis 96, nous constatons une relative diminution de la fréquentation des femmes, et tout particulièrement au sein du PES. Les femmes auraient-elles moins souvent recours à l'injection que les hommes ? Auraient-elles peur de fréquenter les structures spécialisées

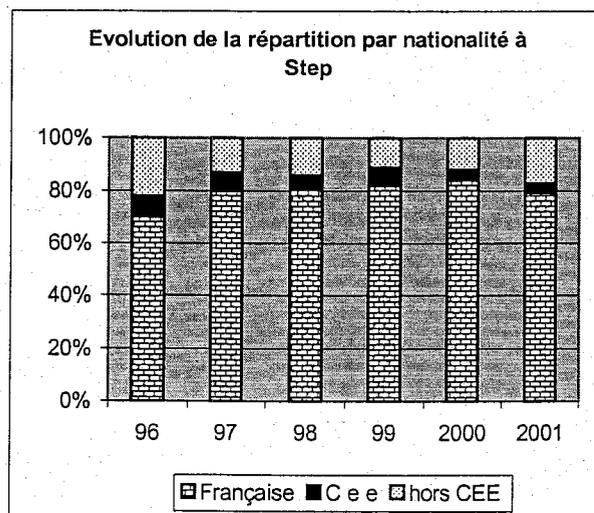
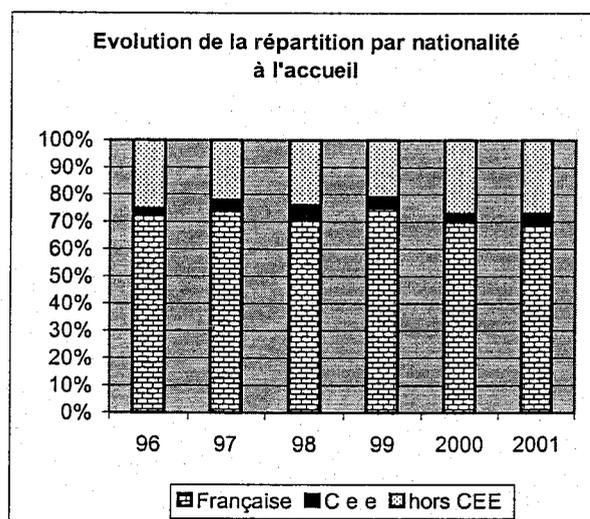
<sup>3</sup> La comptabilisation du nombre de femmes fréquentant nos deux structures a été réalisée à partir de la file active du centre d'accueil et du PES.

<sup>4</sup> Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances. Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, édition 2002.

par rapport à un placement éventuel de leurs enfants ? Des espaces d'accueil mixtes où se concentre une grande majorité d'hommes laissent-ils une place suffisante aux femmes ? Toutes ces questions constituent autant d'interrogations par rapport à notre pratique, sachant que les femmes frappées par l'exclusion sociale sont plus exposées aux risques socio-sanitaires que les hommes.

## ➡ Une plus grande hétérogénéité culturelle parmi les usagers fréquentant le centre d'accueil

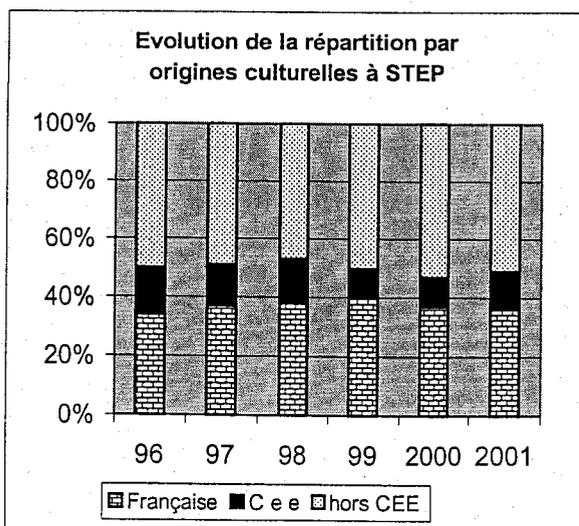
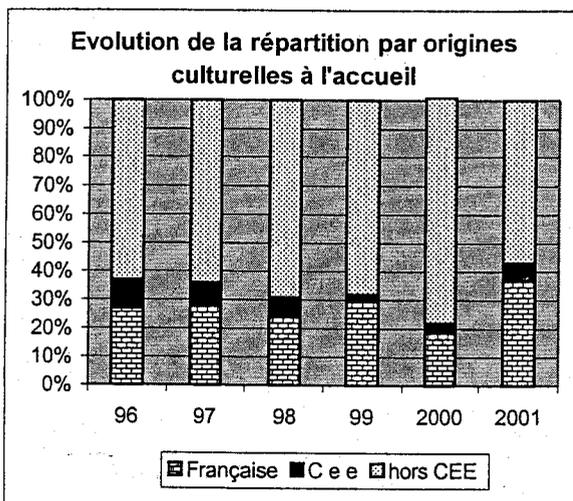
Les profils culturels des populations fréquentant nos deux structures se répartissent de façon tout à fait différente et laissent apparaître une plus grande hétérogénéité culturelle parmi les usagers de l'accueil.



Au regard de la répartition par nationalité, on s'aperçoit que le public de STEP est plus souvent de nationalité française (79%) que celui de l'accueil (69%) et que le nombre de personnes de nationalité hors CEE est également moins important (17% à STEP contre 27% à l'accueil).

Si l'on observe les données depuis 96, là encore on peut voir des tendances inverses puisqu'au centre d'accueil la proportion de personnes de nationalité française a plutôt diminué, alors qu'à STEP elle s'est légèrement accrue. A travers les origines culturelles de nos différents publics se confirme une diversité culturelle plus marquée à l'accueil. Ainsi en 2001, si la proportion de personnes d'origine française est relativement équivalente entre les deux structures, en revanche, les personnes d'origine hors CEE sont plus importantes à l'accueil (57% contre 51% à STEP).

Avec le développement de l'usage de crack, le profil culturel du public s'est, au fil des années, radicalement transformé au centre d'accueil, avec aujourd'hui une population dont les codes culturels favorisent plus la consommation par voie nasale et pulmonaire, et beaucoup moins par voie injectable. A STEP, même si le crack est aussi le principal produit utilisé par les usagers, nous n'avons pas connu un tel phénomène et les caractéristiques culturelles du public sont restées stables. Pour conclure ce chapitre, nous voudrions souligner qu'à travers cette description, il ne s'agit en aucun cas de stigmatiser certaines populations aux origines culturelles différentes mais plus particulièrement de mettre en évidence que l'immigration constitue aujourd'hui en France un facteur de vulnérabilité important face aux consommations de substances psychoactives.



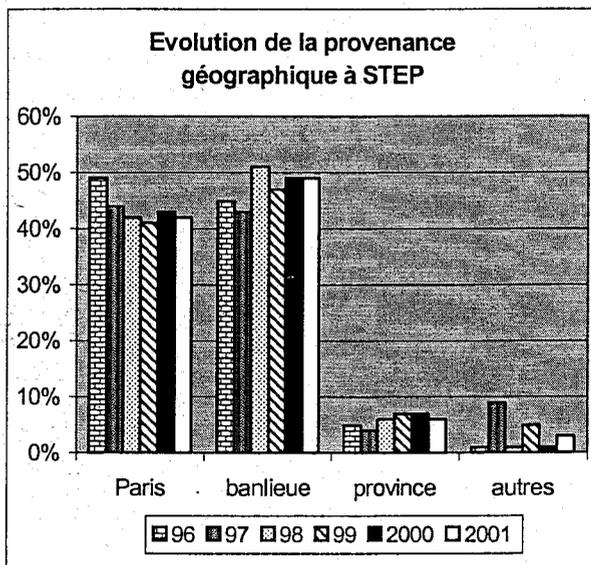
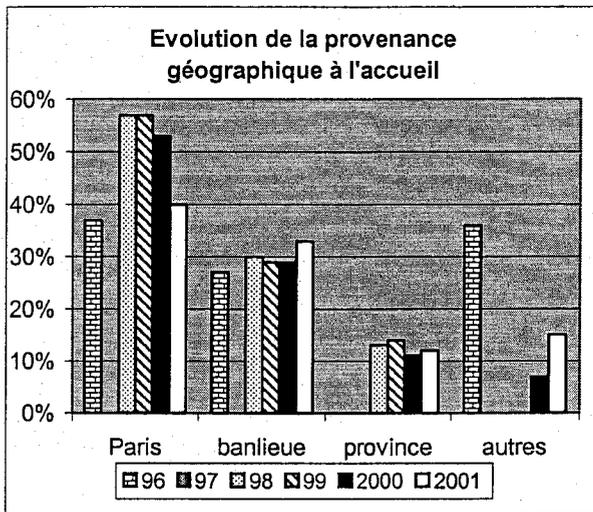
### ➡ Des provenances géographiques différentes entre le centre d'accueil et le PES

La provenance géographique des UD accueillis au sein de nos deux structures montre que ces deux publics sont issus de territoires géographiques différents. Alors qu'à l'accueil le public parisien a toujours très largement devancé celui de banlieue, à STEP, au contraire, les personnes provenant de banlieue sont devenues majoritaires depuis 1998.

Cette configuration illustre la nature différente des deux projets d'EGO, l'un ancré au cœur du quartier et travaillant dans une logique de proximité géographique, l'autre implanté à la périphérie de la Goutte d'Or et plus ouvert au public extérieur. Bien sûr, le fait que STEP se situe tout près de la gare du nord n'est pas non plus sans conséquence sur cette fréquentation plus significative des usagers issus de banlieue (49% en 2001) dont une grande partie provient de Seine Saint Denis (18%) et du Val d'Oise (9%). En 2001, le centre d'accueil a toutefois connu une baisse sensible du nombre de personnes originaires de Paris qui est passé de 53% en 2000 à 40% cette année. Peut-on voir dans cette évolution un effet imprévu de notre programme « Nutrêgo » qui a pu attirer à l'accueil une

population géographiquement plus étendue ? Il est clair que ceci a pu constituer un facteur non négligeable dans l'avènement de cette situation.

lumière de cette réalité plus complexe, réalité que nous essayons aujourd'hui de mieux prendre en compte dans nos outils de recueil d'information.



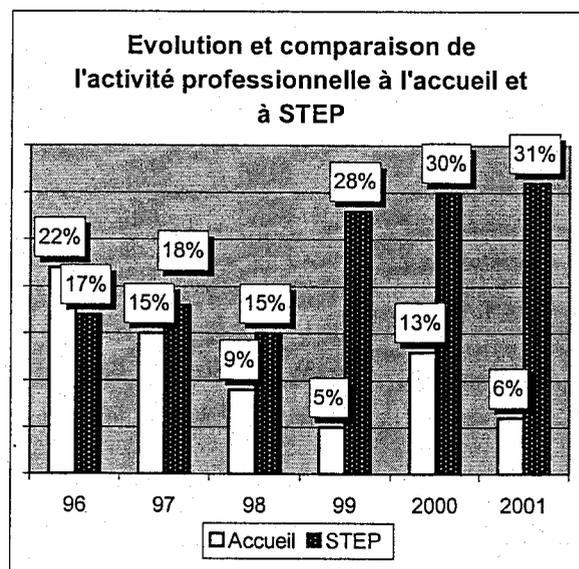
Mais, peut-on aussi, à travers ces chiffres, constater la relative difficulté à caractériser la provenance géographique d'un public quand celui-ci est majoritairement SDF ? Ainsi, parmi les personnes déclarant provenir de banlieue, on remarque qu'une grande partie d'entre elles investissent aussi le quartier comme lieu de « galère » et de consommation à court ou moyen terme. Par ailleurs, quand les personnes sont SDF depuis très longtemps ou qu'elles ont accumulé un grand nombre d'adresses sur des territoires géographiques variés, il s'avère alors difficile de pouvoir identifier clairement leur origine géographique. Il est donc important de comprendre nos différentes données à la

## Comparaison de la situation sociale des usagers de drogues : une aggravation des indicateurs de précarité au centre d'accueil

### ➔ L'activité professionnelle des UD en diminution au centre d'accueil mais en progression au PES

D'une façon générale, on observe que les usagers de drogues fréquentant nos deux structures sont très largement exclus du marché du travail. Toutefois, nous connaissons aujourd'hui deux réalités distinctes, avec d'un côté, notre centre d'accueil où le nombre d'usagers ayant un emploi a très largement chuté, et de l'autre, notre PES où une relative reprise de l'activité professionnelle semble se dessiner parmi le public accueilli. En six ans, à l'accueil d'EGO, le pourcentage de personnes déclarant avoir un travail est passé de 22% en 1996 à 6% en 2001, ce qui signifie que 94% du public accueilli aujourd'hui est sans emploi. Si l'on compare nos données avec les chiffres nationaux en matière d'emploi qui font apparaître un taux de chômage de 9,1%<sup>5</sup> en France, on ne peut qu'être impressionné par l'ampleur du décalage existant entre la réalité quotidienne de notre public et celle de la population générale. A STEP, nous avons connu une évolution différente concernant l'activité professionnelle de notre public. Si en 1996, les usagers fréquentant le PES étaient moins nombreux (17%) que ceux de l'accueil (22%) à déclarer avoir un emploi, nous avons connu, en revanche, à partir de 1999 une

augmentation significative de l'activité professionnelle qui concerne aujourd'hui 31% de ce public. Bien évidemment, le fait qu'un plus grand nombre de personnes aient la nationalité française à STEP a pu favoriser une telle évolution au sein du PES.



Le rapport de l'OFDT précédemment cité, s'appuyant sur une enquête concernant la prise en charge des toxicomanes par le dispositif spécialisé en 1999, montre que le pourcentage de personnes ayant un emploi varie de 33% chez les utilisateurs de cocaïne à 39% chez les consommateurs d'opiacés. Si ces chiffres, représentatifs de la situation des usagers de drogues au niveau national, semblent mieux s'accorder avec la réalité de STEP, ils révèlent également toute l'importance de la précarité de l'emploi dans laquelle se trouve le public de l'accueil.

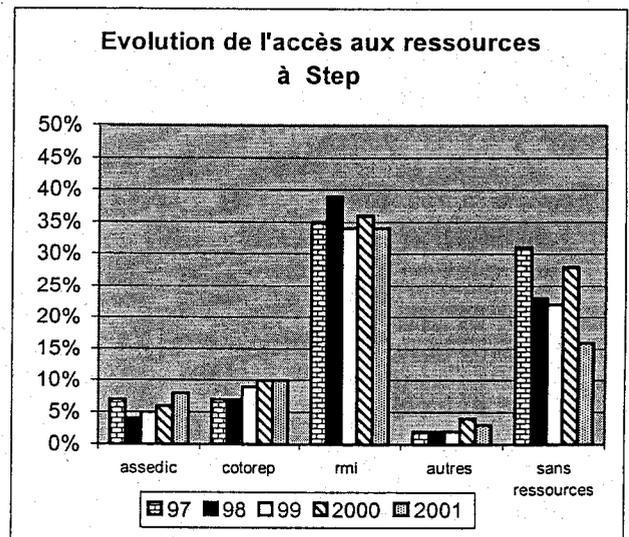
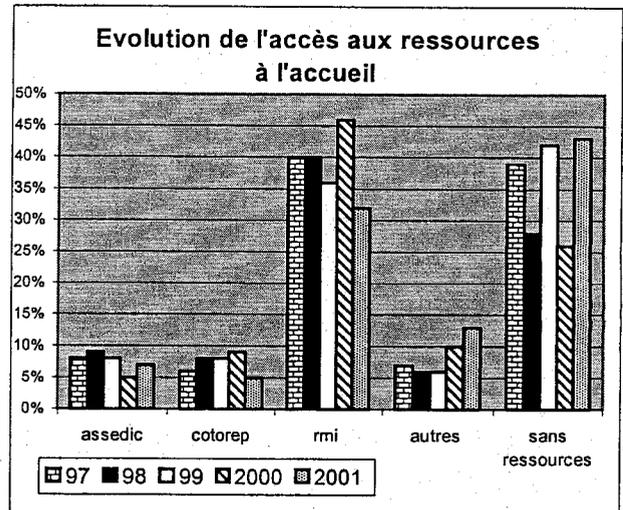
<sup>5</sup> Données issues du Centre de la Vie Sociale, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2002.

En essayant de caractériser la situation économique des usagers au regard du marché du travail, on peut d'ores et déjà remarquer qu'une très faible partie d'entre eux a un travail fixe à long terme (13% à STEP et 0% à l'accueil) et que la grande majorité de ceux qui travaillent a intégré des emplois précaires (18% à STEP et 6% à l'accueil) à plus ou moins court terme. Ceci signifie donc que même parmi les personnes qui déclarent avoir une activité professionnelle, celles-ci n'ont que rarement accès au noyau « dur » du monde du travail. Par ailleurs, la situation des personnes sans emploi, là encore, montre que très peu d'entre elles sont inscrites à L'ANPE et que la grande majorité vient alimenter un chômage « invisible », non comptabilisé dans les statistiques officielles. A travers cette caractérisation de la situation économique des usagers on voit donc clairement se profiler les processus de précarisation sociale dans lesquels ils se trouvent. Car l'absence de travail c'est aussi avant tout la perte d'une identité sociale positive, le manque d'un statut socialement reconnu, et la mise à l'écart progressive des rapports économiques et marchands. Elle engendre peu à peu une exclusion des personnes hors des réseaux d'appartenance professionnels et socialisés, et favorise l'entrée dans des modes de vie précaires, basés sur l'urgence.

### ➔ Un « accès aux ressources » moins fréquent au centre d'accueil

La question de l'accès aux ressources est d'autant plus préoccupante qu'un grand nombre d'usagers fréquentant nos structures sont exclus du marché du travail. Ils doivent alors trouver les moyens et les ressources nécessaires pour subvenir à leurs besoins et assurer leur survie quotidienne. Entre le centre d'accueil et le PES, nous constatons des disparités importantes concernant l'accès aux ressources de nos différents publics. Ainsi, le nombre de personnes sans aucune ressource est largement supérieur à l'accueil (43% en 2001) qu'à STEP (16%) et tend à augmenter de façon inquiétante chaque année (+ 5% depuis 1996). Ceci signifie donc que presque la moitié des usagers reçus au centre d'accueil aujourd'hui est sans ressource. Le fait qu'un grand nombre d'entre eux vivent dans la rue,

dorment dans des lieux improvisés au jour le jour et perdent régulièrement leurs papiers administratifs, rend difficile l'accès aux aides sociales, sachant qu'il est pour certains très compliqué de réunir l'ensemble des documents nécessaires à leurs démarches (rupture avec la famille, administrations étrangères pour les personnes nées hors de France, refus des administrations de renouveler de façon répétitive les papiers, etc.).



Par ailleurs, l'urgence de la consommation et leurs rythmes de vie chaotiques les empêchent souvent de s'inscrire dans une perspective à court ou moyen terme et d'être en capacité de réaliser leurs différentes démarches.

Pour les autres, le RMI (32% à l'accueil et 34% à STEP) constitue le principal moyen de survie qui permet aux personnes, au moins pour un temps, de reprendre soin d'elles:

s'acheter des vêtements neufs, se louer une chambre d'hôtel, etc.. Viennent ensuite plus rarement l'allocation chômage (7% à l'accueil et 8% à STEP) et l'allocation adulte handicapé (5% à l'accueil et 10% à STEP) pour les personnes mieux insérées.

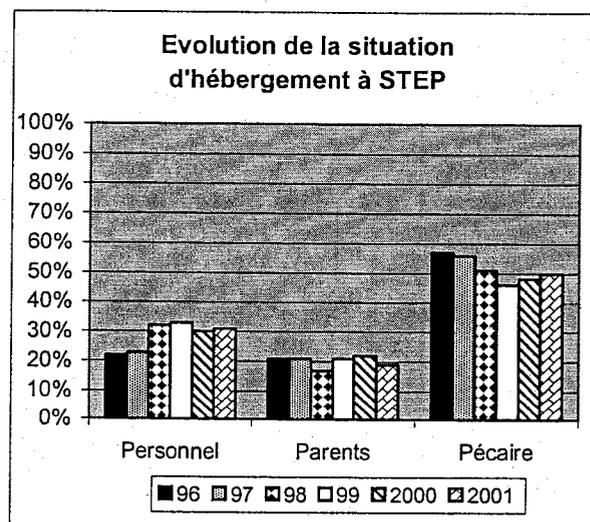
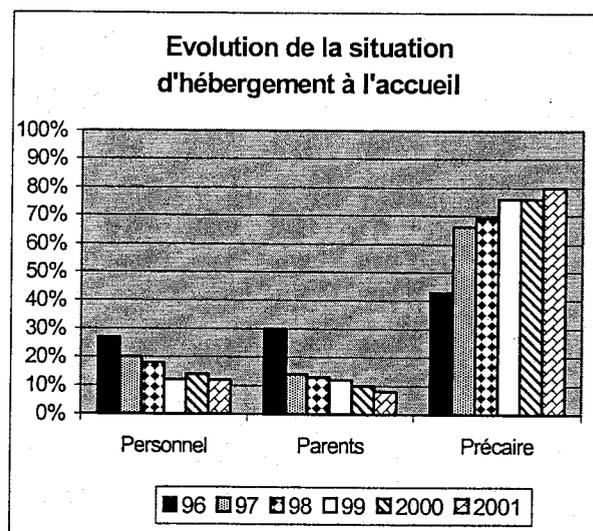
Quoi qu'il en soit, même quand les usagers ont accès à des ressources, celles-ci ne peuvent subvenir qu'en partie à l'ensemble des besoins auxquels ils doivent faire face. C'est pourquoi une très grande partie d'entre eux a aussi recours à des moyens de survie, souvent en marge de la légalité (manche, prostitution, vol, deal, etc.), ce qui contribue là encore à renforcer leur inscription hors des réseaux socialisés.

### ➡ Des situations d'hébergement plus problématiques au centre d'accueil qu'au PES

Une des manifestations visibles de la précarité extrême des modes de vie des usagers de drogues est très certainement l'absence d'hébergement stable et leur relégation à la rue. Que ce soit au sein du PES ou du centre d'accueil, la question de savoir « où dormir » se pose de façon récurrente et systématique, et constitue chaque jour une nouvelle préoccupation à laquelle il va falloir trouver une réponse, même ponctuelle et de fortune. Dans nos pratiques, nous constatons là encore des tendances différentes entre le centre d'accueil où le nombre de personnes en situation d'hébergement précaire a doublé en six ans, et le PES où il a légèrement diminué sur cette même période. Ainsi, à l'accueil, le pourcentage d'usagers sans hébergement stable est passé de 40% en 1996 à 80% en 2001, alors qu'à STEP ce chiffre a reculé de 8% (58% en 96 à 50% en 2001). On ne peut évidemment qu'être impressionné par une telle évolution qui est le reflet, d'un côté, d'une désocialisation considérable du public de l'accueil et, de l'autre, d'un manque évident de structures d'hébergement adaptées à cette population.

A STEP, où le profil des usagers est beaucoup plus hétérogène, le nombre de personnes déclarant avoir un logement personnel est plus élevé qu'à l'accueil (31% contre 12% en

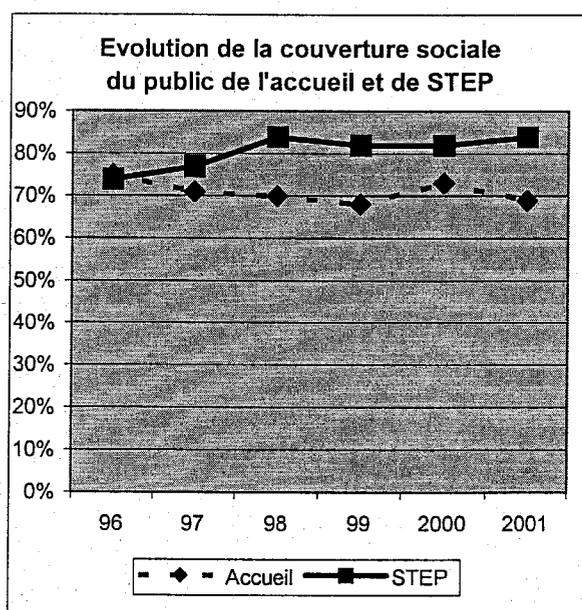
2001) et le pourcentage de celles qui vivent chez leurs parents est également plus important (19% contre 8% en 2001). Il faut toutefois nuancer ce dernier chiffre car dans la pratique nous constatons que parmi les personnes qui déclarent vivre chez leurs parents, beaucoup sont également dans des processus de ruptures familiales ce qui contribue à développer des situations d'instabilité en matière d'hébergement.



Il est clair que cette précarité des situations d'hébergement apparaît sans aucun doute comme un facteur de vulnérabilité supplémentaire qui renforce l'instabilité des modes de vie des usagers, la survie dans l'urgence au jour le jour mais aussi la dégradation de l'état physique et psychologique des personnes.

## ➡ Une couverture sociale moins importante au centre d'accueil qu'au PES

La couverture sociale des usagers de drogues a évolué différemment suivant que l'on observe le public du centre d'accueil et celui du PES. Si en 1996, le nombre de personnes déclarant avoir une couverture sociale était relativement équivalent entre les deux structures, il est apparu au fil des années un écart important entre l'accueil où ce pourcentage a relativement diminué (- 5% depuis 1996), et STEP où il a progressé de façon significative (+ 9%).



Concernant le PES, on peut penser que la mise en place de la CMU a largement permis d'améliorer l'ouverture des droits sociaux qui concernent aujourd'hui 84% du public accueilli. A l'inverse, il ne semble pas que cette mesure ait eu le même impact sur la situation sociale des usagers de l'accueil puisque 30% d'entre eux n'ont aucune couverture sociale en 2001. Il nous faut donc trouver d'autres éléments de compréhension pour expliquer de telles différences, notamment à la lumière du degré d'exclusion sociale beaucoup plus important dans lequel se trouvent les usagers fréquentant l'accueil d'EGO. En effet, quand on vit dans la rue au jour le jour, quand ses besoins élémentaires (manger, dormir, etc.) ne sont pas satisfaits quotidiennement et quand on est dans des rythmes de vie où prime l'urgence de la consommation, la priorité se

situe plus dans la survie quotidienne que dans la réalisation des démarches administratives, souvent perçues comme très compliquées par les usagers. A cela se rajoutent des difficultés réelles liées à la perte systématique des papiers, à des situations juridiques irrégulières, à l'impossibilité de rassembler l'ensemble des documents nécessaires mais aussi à l'incapacité momentanée d'honorer les rendez-vous successifs pour la constitution des dossiers. Ainsi, la population la plus précarisée de l'accueil continue-t-elle d'être exclue d'un dispositif d'accès aux droits sociaux alors même que celui-ci a été mis en place pour favoriser une meilleure couverture sociale des personnes en difficulté.

Enfin, il importe de souligner que, même en bénéficiant d'une couverture sociale, l'étiquette stigmatisante de « toxicomane » constitue toujours aujourd'hui un obstacle à l'accès aux droits et aux services socio-sanitaires pour les usagers de drogues.

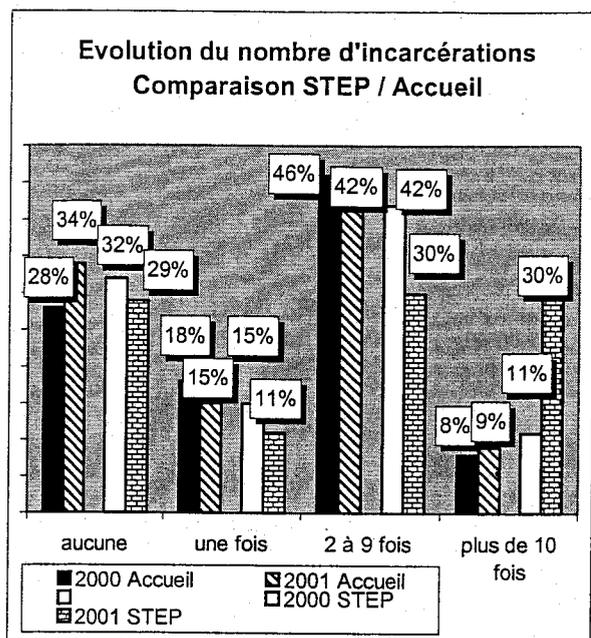
## ➡ Une pénalisation juridique plus lourde des injecteurs du PES

La consommation de substances illicites associée à des moyens de subsistance souvent hors de la légalité expose doublement les usagers de drogues à des poursuites pénales. Une étude réalisée par le CESDIP en 1996 sur « Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales »<sup>6</sup> montre que l'ensemble des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants totalise 77 640 et, parmi elles, 72% concernent uniquement l'usage simple de produits. La population mise en cause pour ILS (Infraction à la Législation sur les Stupéfiants) représente 8% de l'ensemble des personnes interpellées en 1996 et celles interpellées uniquement pour usage simple 6% du total. Selon le rapport de l'OFDT, le nombre de condamnations pour usage de stupéfiants reste stable et totalise 6742 en 1999. A travers ces chiffres qui ne concernent que les ILS, on voit clairement s'exprimer dans quelle mesure les usagers de drogues sont l'objet d'une pénalisation judiciaire

<sup>6</sup> Toxicomanie, police, justice : trajectoires pénales, M-D. BARRE, M-L. POTTIER, S. DELAITRE, Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales, publié par l'OFDT, Avril 2001

particulièrement lourde qui ne fait que renforcer leur degré d'exclusion sociale.

## Entre précarité et désaffiliation sociale



Dans nos pratiques respectives, nous observons de la même façon que la très grande majorité d'entre eux sont dans des situations juridiques extrêmement complexes et cumulent plusieurs problèmes (sursis, procès en cours, injonction thérapeutique, etc.) à la fois. La prison est très souvent un passage obligé et répété pour une bonne partie de cette population. Ainsi, en 2001, le nombre de personnes ayant déjà été incarcérées représente 66% du public de l'accueil et 71% de celui de STEP. La fréquence des incarcérations montre que celle-ci varie de 2 à 9 fois parmi les usagers de l'accueil à plus de dix fois chez les injecteurs du PES. D'une façon surprenante et inattendue, la population du PES semble présenter les marques d'une répression plus importante que celle du centre d'accueil puisqu'elle a plus souvent fait l'objet d'emprisonnement (+ 5%), qu'elle cumule un nombre d'incarcérations plus important (+ 21%) et enfin qu'elle affiche une durée moyenne de détention plus longue (4 ans contre 3 ans). On peut penser que, chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, la seringue est un objet qui fait peur (puisque susceptible de contaminer) et son port constitue un délit de présomption d'usage pour les forces de l'ordre.

Si la description des indicateurs de précarité ont pu mettre en évidence un certain nombre d'évolutions concernant la situation sociale de notre public, ils ne permettent pas toujours d'appréhender toute la réalité de la précarité des modes de vie des usagers. L'absence de travail, de logement ou de droits sociaux ne se résume pas uniquement à un manque de moyens de subsistance à court ou moyen terme mais, au contraire, illustre avant tout des dynamiques à l'œuvre de mise à l'écart des réseaux d'intégration et de socialisation de cette population. Derrière les données statistiques, se cachent des processus cumulés d'exclusion hors du marché du travail, hors des rapports marchands, hors des espaces de citoyenneté, mais aussi des ruptures avec la famille, avec le réseau de connaissances de proximité, avec les institutions publiques (école, etc.). La consommation abusive de drogues vient alors renforcer ces mécanismes de vulnérabilité et l'image stigmatisante de la toxicomanie se rajoute à celle de la précarité.

L'exclusion sociale est donc un processus complexe que nous entendons d'abord comme la perte progressive du lien social et la désaffiliation des réseaux d'appartenance sociale. Pour autant vivre dans la rue ne signifie pas une absence totale de normes collectives mais plutôt l'intégration de réseaux de socialisation par défaut qui viennent se substituer aux modes dominants de régulation des comportements. Ce décalage entre les normes dominantes et celles de la culture de la rue peut expliquer, en partie, les différences observées entre le public de l'accueil et celui du PES. Car, plus les personnes sont précarisées, plus elles intègrent les règles de vie dans la rue et plus il s'avère difficile de recréer du lien social entre elles et les dispositifs spécialisés ou de droit commun existant.



## Comparaison des produits consommés par les usagers de drogues : des différences existantes entre le centre d'accueil et le PES

### Concernant les produits illicites consommés par les usagers

➔ Le crack : un produit principal identique mais consommé différemment

Le crack, cocaïne base sous forme fumable (rapport TREND 2001), est apparu plus tôt dans les pratiques des usagers fréquentant le PES puisqu'en 1997 il représentait déjà 48% des consommations contre seulement 11% au centre d'accueil. Toutefois, c'est véritablement à partir de 1998 qu'il va connaître un essor identique dans nos deux structures pour devenir aujourd'hui le principal produit

consommé par notre public. Ainsi, en 2001 69% des usagers de l'accueil et 75% de la population de STEP déclarent consommer régulièrement du crack. Cette transformation des modes de consommation des usagers a pu s'expliquer, à la fois par une baisse de la

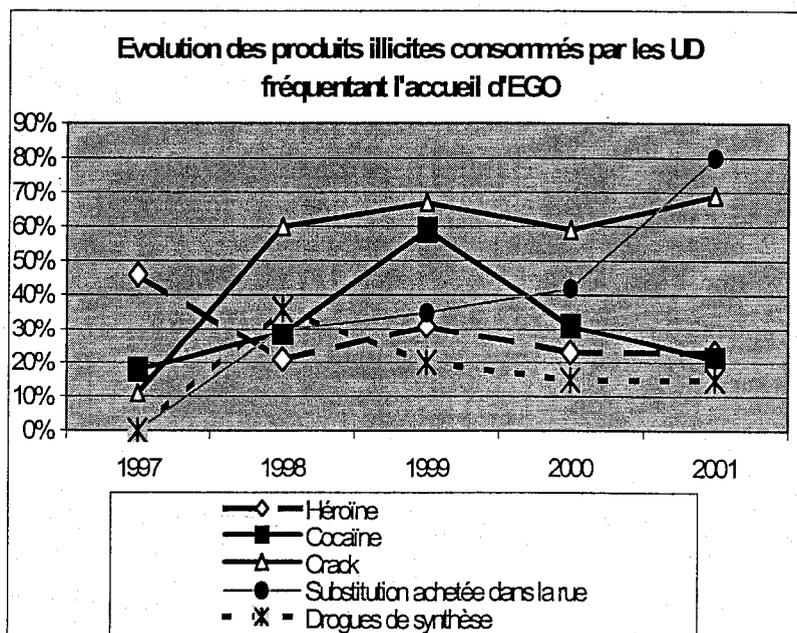
qualité de l'héroïne sur le marché parallèle, mais aussi par l'avènement des traitements de substitution. Il semblerait que le crack ait pu attirer un public plus large pour différentes raisons :

- il procure des effets plus intenses qu'une mauvaise héroïne,
- il permet d'avoir une sensation de plaisir même en étant sous traitement de substitution,
- enfin, il peut s'injecter mais aussi se fumer et ne provoque a priori pas de syndrome de manque physique comme les opiacés.

A STEP nous avons véritablement constaté cette diffusion du crack qui s'est d'abord

développée parmi les usagers les plus précarisés, pour finalement toucher l'ensemble des catégories sociales y compris les plus insérées. Cette diversification des profils de consommateurs de crack est aussi une des conclusions du rapport TREND<sup>7</sup> 2001 sur l'ensemble

de la France. Evidemment à l'accueil ce phénomène a été moins palpable car la



<sup>7</sup> Tendances Récentes et Nouvelles drogues, P-Y BELLO, A. TOUFIK, M. GANDILHON, OFDT, 2001

population qui fréquente le centre est plus homogène dans son profil social.

Quoiqu'il en soit, l'avènement du crack a complètement bouleversé nos pratiques de travail. Rapidement son usage abusif a entraîné une dégradation de la situation sociale et sanitaire des usagers. Un grand nombre d'entre eux sont tombés dans des pratiques compulsives, à consommer des jours et des nuits durant, sans manger ni dormir sous l'effet stimulant du produit, à négliger leur hygiène corporelle, à aller jusqu'au bout de leurs forces physiques et psychologiques dans leur quête de sensation.

Les modes de consommation du crack ne sont pas exactement les mêmes entre nos deux structures puisqu'il est essentiellement fumé par les usagers de l'accueil et majoritairement injecté par le public de STEP ; d'où des problématiques préventives différentes. Ainsi, au PES, nous avons constaté une relative augmentation des prises de risques et autres pathologies en lien avec la consommation de crack (partage

des seringues, du matériel, abcès, problèmes cardiaques, septicémie, etc.), notamment du fait d'un nombre élevé d'injections par jour (jusqu'à 30). Par ailleurs, comme tous les produits illicites, le crack est la plupart du temps « coupé » avec d'autres substances qui peuvent être extrêmement dangereuses pour les personnes qui le consomment.

Au centre d'accueil, la consommation par voie pulmonaire chez les fumeurs de crack a provoqué des pathologies sociales et sanitaires encore plus importantes que chez les injecteurs, et ce, même si celles-ci sont de natures différentes : anxiété, dépression,

amaigrissement, manque de sommeil, problèmes pulmonaires et cardiaques, etc. Au centre d'accueil, encore plus qu'à STEP, le crack semble avoir engendré parmi ses utilisateurs des modes de vie désocialisés, centrés sur la recherche du produit et en rupture de lien social, familial et institutionnel.

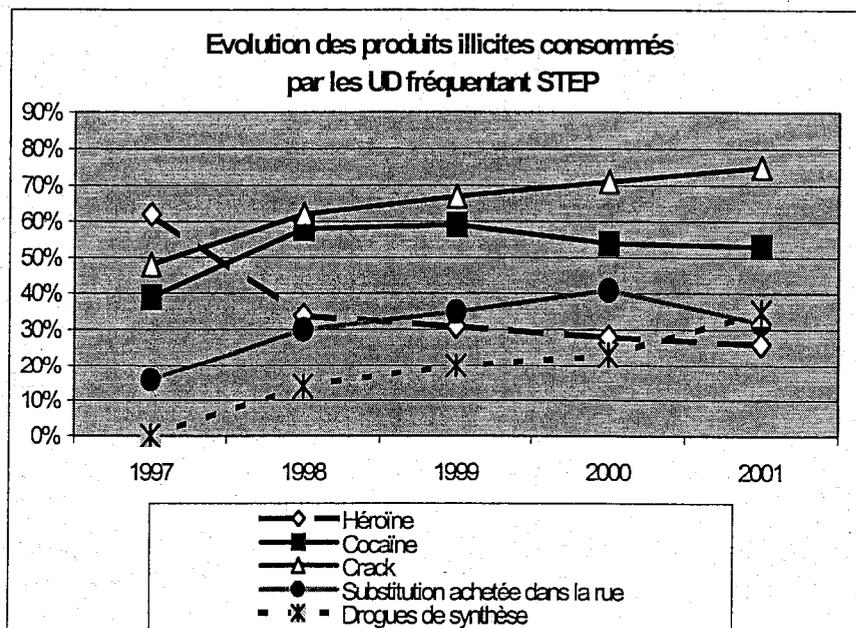
➡ Une chute comparable de la consommation d'héroïne au centre d'accueil et au PES

L'héroïne a constitué pendant très longtemps le principal produit utilisé par les usagers de drogues, et ce depuis les années 70 – 80. L'héroïnomane représentait ainsi le profil type du « toxicomane » et c'est sur son modèle que se sont développées les politiques publiques en matière de drogues. Au centre d'accueil et jusqu'à l'ouverture de STEP, les usagers de drogues étaient très majoritairement des utilisateurs d'héroïne, essentiellement par voie injectable, et organisaient leurs co-consommations autour de ce produit

principal. Malgré un léger recul à partir de 1995, les consommateurs d'héroïne représentaient encore 61% des usagers de STEP et 48% du public de l'accueil en 1997.

Deux facteurs essentiels vont aboutir

à une modification profonde du paysage de la consommation de cet opiacé. Le premier est d'ordre économique et concerne l'offre de l'héroïne sur le marché parallèle, produit dont la qualité s'est largement amoindrie, cédant ainsi la place à d'autres substances au meilleur rapport qualité/prix. Le second est lié à la mise en place de la politique de réduction des risques et tout particulièrement le développement à grande échelle des



traitements de substitution. Ainsi un grand nombre d'héroïnomanes d'hier sont aujourd'hui sous substitution.

Dans ce contexte, nous avons assisté à une chute progressive de l'usage d'héroïne qui plafonne à 26% à STEP et 23% au centre d'accueil en 2001. Pour ceux qui continuent d'en faire usage, l'héroïne est devenue aujourd'hui un produit de régulation utilisé, soit pour éviter le manque, soit pour amortir la descente des stimulants.

### ➡ Une consommation de cocaïne plus importante au PES qu'au centre d'accueil

La cocaïne a longtemps été consommée dans les milieux aisés, festifs, intellectuels ou artistiques pour ses propriétés stimulantes, et ce n'est que tout récemment qu'elle s'est développée de façon massive et problématique chez les consommateurs de rue. Au milieu des années 90, au centre d'accueil la cocaïne reste encore une consommation ponctuelle ou marginale et ne représente que 18% des pratiques d'usage en 1997. A la même époque, nous comptabilisons déjà à STEP 39% d'utilisateurs réguliers de cocaïne et, au fil des ans, cette consommation va progresser de façon régulière pour finalement se stabiliser à 53% en 2001. Cette évolution s'inscrit dans un contexte général de développement des consommations de stimulants qui se traduit également au niveau national.

A l'inverse de cette tendance, et malgré un pic de consommation en 1999 (59%), nous avons assisté à l'accueil à une nette récession de l'usage de cocaïne qui est quasiment revenue aujourd'hui à son niveau initial (21%). Nous observons donc, là encore, une situation différente de celle de STEP où cette substance est plus largement répandue dans les pratiques des usagers.

On peut tenter d'expliquer un tel phénomène à la lumière des caractéristiques spécifiques des populations fréquentant nos deux programmes. En effet, pour les usagers très précarisés de l'accueil, la cocaïne peut apparaître plus comme un produit « de luxe », relativement cher, et moins « concentré » par rapport au crack qu'ils préfèrent plus

largement. Sachant qu'un grand nombre d'entre eux ne consomment pas par voie injectable, fumer ou sniffer de la cocaïne peut ressembler dans la culture de la rue à du « gaspillage » car les effets en sont largement amoindris. A STEP, si les usagers ont plus souvent recours à la cocaïne, c'est aussi justement parce qu'ils peuvent l'injecter pour en potentialiser tous les effets.

Quels qu'en soient les modes d'usage, la cocaïne utilisée de façon abusive provoque les mêmes problématiques sociales et sanitaires que le crack. Et, comme tous les produits stimulants, elle génère une polyconsommation connexe pour en réguler les effets, notamment « amortir » les effets de déprime et d'anxiété liés à sa « descente » (atténuation de ses effets).

### ➡ Les produits de substitution « de rue » : un usage en très large progression au centre d'accueil

La consommation de produits de substitution dite « de rue », à savoir hors prescription médicale, est un phénomène relativement récent qui s'est développé parallèlement à la mise en place de la politique de réduction des risques. Avec la généralisation des traitements de substitution est apparu un trafic de rue permettant aux usagers d'accéder au subutex, à la méthadone ou au skénan sans passer par le système de soin. C'est ainsi que nous avons vu progresser de façon constante au fil des années une consommation de produits de substitution « de rue » par les usagers. En 1997, celle-ci reste encore relativement peu répandue dans les modes de consommation de nos deux publics et représente 18% à STEP et moins de 10% à l'accueil.

Toutefois, en l'espace de cinq ans, nous allons connaître une évolution considérable de l'usage de produits de substitution de rue bien que celle-ci soit de nature différente entre nos deux secteurs d'activité. Ainsi, au centre d'accueil, c'est véritablement à une explosion de cette consommation à laquelle nous avons assisté puisqu'elle concerne aujourd'hui 80% des usagers. Il s'agit principalement du subutex (59%) puis du skénan (11%), et, de façon plus rare, de la méthadone (9%) et du

moscontin (1%). A STEP, cette progression s'est faite plus lentement et nous comptabilisons 32% de consommation de produits de substitution de rue (subutex 17%, skénan 13%, méthadone 1% et moscontin 1%) parmi notre public en 2001.

Une fois de plus, on peut voir dans la précarité sociale plus importante du public de l'accueil un facteur d'explication pour comprendre une telle différence entre nos deux secteurs d'activités. En effet, chez un public exclu socialement qui, pour survivre quotidiennement, a souvent recours à la revente de médicaments, on peut penser qu'un certain nombre d'entre eux a pu, à cette occasion, expérimenter les produits de substitution, notamment le subutex, et devenir ainsi des consommateurs réguliers. Par ailleurs, le faible recours au système de soin et le choix d'accéder à la substitution à travers le trafic parallèle sont aussi significatifs des comportements des personnes qui vivent dans la rue. Enfin, on a pu constater de nouveaux types de consommateurs, souvent plus jeunes, et qui ont démarré leur usage directement à travers le subutex car il présente une dangerosité sociale moindre et qu'il est aussi possible de le fumer ou le sniffer.

Au regard des modes de consommation des produits de substitution, on peut observer, là encore, des pratiques distinctes entre les usagers fréquentant l'accueil qui les utilisent plus souvent par voie nasale ou pulmonaire, et la population fréquentant STEP qui a, elle, plus souvent recours à l'injection. Evidemment il nous faut signaler que l'injection de médicaments détournés, et tout particulièrement celle du subutex et du skénan, entraîne de graves complications sanitaires, parfois irrémédiables, en terme d'abcès à répétitions, de phlébites, de septicémie, de risques d'embolies, etc. Et ceci n'est pas sans nous interroger sur les stratégies actuelles en matière de substitution qui n'ont pas suffisamment pris en compte la culture de l'injection.

## ➡ Les drogues de synthèse : des pratiques nouvelles plus développées au PES

Le développement de la consommation de drogues de synthèse est tout à fait récent puisqu'il date du début des années 90. Il a longtemps été associé au milieu festif, touchant ainsi des populations plutôt jeunes et issues des couches moyennes. Pendant des années, nous avons pensé que ce phénomène se limiterait à ce contexte d'usage festif et qu'il épargnerait les groupes de consommateurs les plus exclus de l'espace urbain. Et pourtant, force est de constater que les drogues de synthèse font aujourd'hui partie de la configuration des produits consommés par nos différents publics. Ainsi, la première consommation de drogues de synthèse est apparue en 1998 au sein de nos deux structures, avec un pic assez surprenant de 36% au centre d'accueil et de 14% au PES. A cette époque, il s'agissait essentiellement de l'ecstasy mais aussi du LSD en très large augmentation.

Au fil des années, cette consommation va évoluer de manière sensiblement différente entre nos deux structures. Alors qu'à STEP l'usage de drogues de synthèse va poursuivre une progression constante pour atteindre 35% des consommations en 2001, à l'accueil, cette pratique va plutôt avoir tendance à diminuer et se stabiliser aux alentours de 15%. Bien que les réseaux de distribution des drogues de synthèse se soient élargis et que les profils des consommateurs se soient également diversifiés, on peut penser que celles-ci restent encore marginales chez les populations d'usagers les plus socialement exclus. Elles constituent encore une catégorie de substances culturellement plus lointaine du « monde » de la rue et moins adaptées aux modes de vie chaotiques des usagers.

Au fur et à mesure du développement de l'usage de drogues de synthèse, nous avons également assisté à une diversification des produits appartenant à cette classification. C'est ainsi que nous avons pu noter au sein de nos deux structures l'apparition de nouvelles substances : le speed (amphétamines), la kétamine, et le poppers.

Aujourd'hui la consommation des drogues de synthèse constitue de nouveaux enjeux de prévention auxquels il va nous falloir répondre. Car, même si aujourd'hui la connaissance scientifique sur leurs effets reste insuffisante, il nous faut renforcer la passation des messages de réduction des risques auprès de leurs utilisateurs.

## Concernant les produits licites consommés par les usagers

➔ Une polyconsommation médicamenteuse plus importante au centre d'accueil qu'au PES

Dans un contexte général marqué par une augmentation de l'usage des produits stimulants, nous avons assisté à une

progression parallèle de la consommation de médicaments psychotropes qui est venue renforcer les phénomènes de polyconsommation déjà existants.

Selon le rapport de l'OFDT, la polyconsom-

mation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psychoactives, soit de façon concomitante, soit de façon différée. Cette pratique ne doit pas être appréhendée comme « sauvage » ou « irrationnelle » mais bien plutôt comme le résultat d'un comportement raisonné visant à réguler les consommations et à modifier les effets des unes par rapport aux autres. Il est vrai qu'un grand nombre d'usagers fréquentant nos structures utilisent des

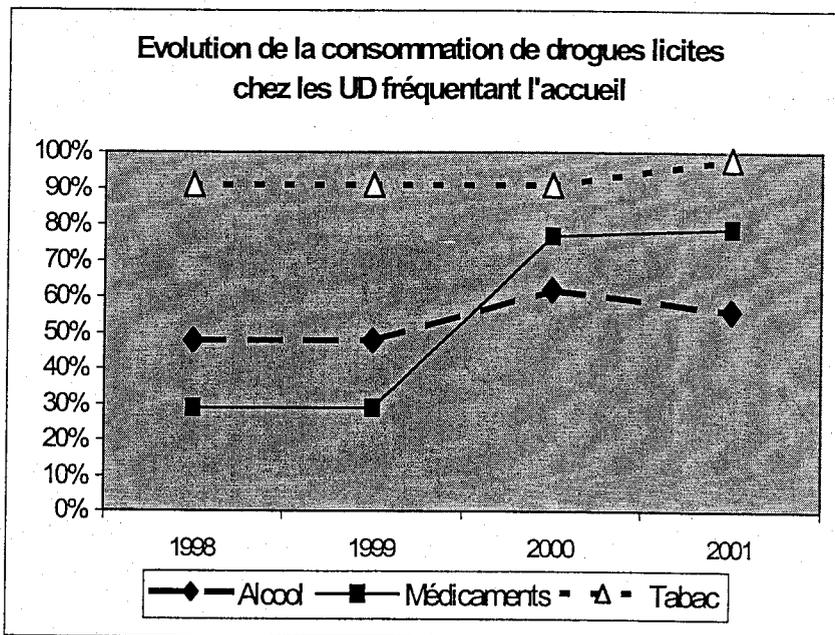
médicaments psychotropes de façon connexe à d'autres substances, soit pour en atténuer les effets négatifs (ex : crack + subutex ou autres benzodiazépines), soit pour potentialiser les effets recherchés (ex : opiacés + subutex), ou encore pour éviter les phénomènes de « manque » physiques et psychologiques.

Au centre d'accueil, cette polyconsommation médicamenteuse a connu une progression considérable puisqu'elle est passée de 29% en 1998 à 79%<sup>8</sup> en 2001. Parmi les produits consommés, on trouve majoritairement le rohypnol (23%), le lexomil (17%), le rivotryl (16%), le valium (11%), le tranxène (7%), et plus rarement le néocodion (4%) et l'artane (1%). Si le pourcentage de polyconsommation médicamenteuse à l'accueil mérite d'être quelque peu nuancé étant donné qu'il se réfère au total des consommations de médicaments, il reste toutefois nettement plus important qu'à STEP. En effet, au sein du PES, cette consommation a elle aussi progressé mais elle s'est stabilisée à un niveau inférieur à celui de l'accueil (39% en 2001). Là encore, il

s'agit principalement d'un usage des benzodiazépines : rohypnol (18%), lexomil (15%), valium (9%), rivotryl (8%), tranxène (7%) et artane (1%).

Cette polyconsommation médicamenteuse plus fréquente chez les usagers de l'accueil n'est évidemment pas

sans lien avec les modes de vie particulièrement précaires et en marge de ce public. En effet, les médicaments psychotropes sont des substances relativement bon marché qui peuvent provoquer une altération très forte de l'état de conscience des personnes qui les utilisent, leur permettant ainsi de mieux



<sup>8</sup> Ce chiffre correspond au total des consommations de médicaments et non au pourcentage de personnes consommant des médicaments.

supporter le stress de leurs conditions de vie dans la rue.

Que ce soit à STEP ou à l'accueil, ce poly-usage médicamenteux est particulièrement problématique car, dans un état second, les personnes n'ont plus la maîtrise de leurs comportements et peuvent s'exposer à des situations à risques, voire dangereuses pour elles-mêmes. De même, la passation des messages de prévention et de réduction des risques devient très compliquée quand les personnes ne sont pas en capacité de communiquer et encore moins d'apprécier leurs prises de risques. Enfin, sur le plan sanitaire, l'association des médicaments avec d'autres substances, notamment l'alcool, figure sûrement parmi les plus dangereuses en terme d'overdose, de dépression respiratoire, de malaise, etc..

### ➡ Alcool et tabac : des co-consommations relativement identiques au centre d'accueil et au PES

L'alcool et le tabac ont intégré tout récemment le champ des drogues et sont aujourd'hui

reconnus comme des substances psychoactives au même titre que les drogues illicites. Drogues légales et socialement acceptées, elles constituent les substances les plus fréquemment utilisées dans la population française, mais sont aussi celles qui génèrent les dommages les plus importants en terme de santé publique et de morbidité.

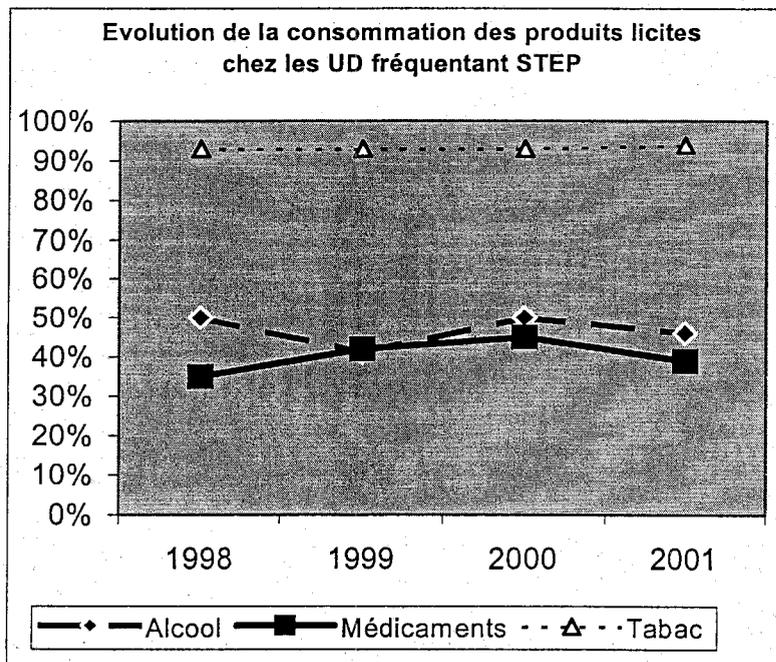
Chez les usagers de drogues illicites, le tabac et l'alcool sont également très présents dans leurs pratiques de consommation. Que ce soit

au centre d'accueil ou au PES, le tabac a toujours constitué une co-consommation systématique avec l'ensemble des autres substances. Ainsi en 2001, ce sont près de 94% des usagers de STEP et 98% de ceux de l'accueil qui déclarent consommer régulièrement du tabac. Les risques liés à cette consommation ont souvent été sous-estimés parmi cette population, peut-être parce que le tabac présente une moindre dangerosité sociale et qu'il ne provoque pas de dommages visibles à court terme. Quoiqu'il en soit pour un public particulièrement touché par le Sida, les hépatites, les maladies pulmonaires et cardio-vasculaires, le tabac renforce de façon tout à fait significative l'ensemble des pathologies sanitaires.

L'alcool a également connu une augmentation de sa consommation chez les usagers et ceci de façon parallèle à celle des médicaments psychotropes. Ainsi, au centre d'accueil, l'usage d'alcool est passé de 48% en 1998 à 56% en 2001. A STEP, cette consommation est relativement moins importante puisqu'elle se stabilise à 46% aujourd'hui. L'usage d'alcool est tout autant problématique que celui du tabac. D'abord, il est très rarement

consommé seul et plus souvent en association avec d'autres substances ce qui tend à renforcer les risques liés aux dépressions respiratoires, overdoses, etc. Ensuite, un grand nombre d'usagers étant touché par les hépatites, la consommation d'alcool est extrêmement toxique pour le foie et peut accélérer

l'apparition de cirrhoses à plus ou moins court terme. Enfin, il favorise d'une façon générale le développement de nombreuses pathologies sociales et sanitaires.



## Comparaison de la situation sanitaire des usagers de drogues : des problématiques spécifiques au centre d'accueil et au PES

### Des conséquences de la dégradation de la situation sociale des usagers à l'accueil

➔ Le suivi médical des usagers: en progression au PES mais en chute régulière au centre d'accueil

Si pendant longtemps les usagers de drogues ont été très largement exclus du dispositif de soin, la mise en place de la politique de réduction des risques a permis de diversifier les stratégies de soins dans les centres spécialisés, de développer les traitements de substitution et enfin, de favoriser l'accès au dispositif de droit commun (médecine de ville, hôpital) pour les populations les plus marginalisées.

Aujourd'hui, la prise en charge sanitaire des usagers de drogues s'est donc largement améliorée, même si elle reste encore fort

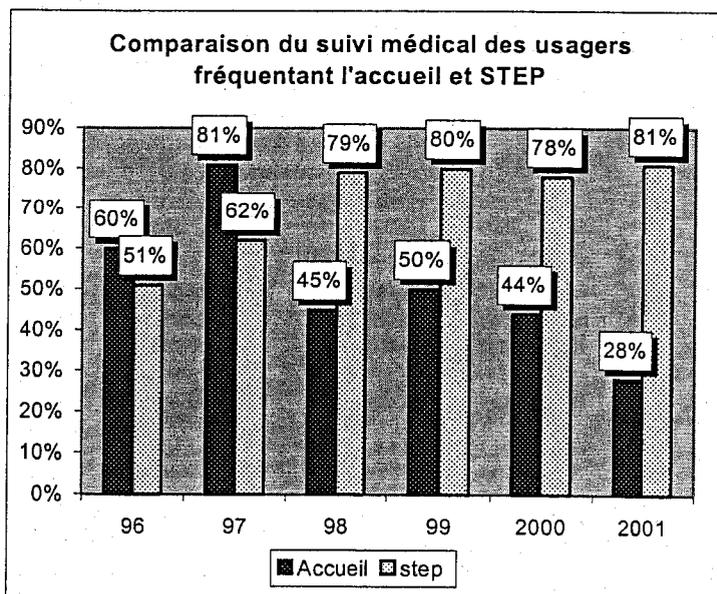
critiquable et que de nombreuses actions seraient à développer.

Au fil des ans à EGO, nous avons observé des tendances inversées concernant le suivi médical des usagers fréquentant nos deux structures. Au PES, il a progressé de façon régulière chaque année, passant de 51% en 1996 à 81% en 2001. Il est incontestable pour le public de STEP que le développement des traitements de substitution a très largement permis de développer les contacts avec la médecine de ville, l'hôpital et les centres de soin spécialisé. Ainsi, le recours au système de soin se fait de façon plus régulière et cette année ils sont 65% à déclarer avoir vu un médecin au cours du dernier mois. Même si on peut regretter un certain nomadisme

médical de la part des usagers et une prédominance de la substitution sur les autres problèmes de santé lors des consultations, la situation des usagers en terme de suivi médical s'avère largement plus favorable à STEP qu'à l'accueil.

En effet, nous avons assisté au centre d'accueil à une chute constante

du nombre de personnes ayant un suivi médical, qui a reculé de 60% en 1996 à 28% en 2001. Cette diminution a eu lieu en même temps que les indicateurs de précarité sociale



du public de l'accueil s'aggravaient chaque année, ce qui montre clairement le lien entre exclusion sociale et rupture avec le système de soin. Pour les personnes très précarisées, centrées sur l'urgence de la consommation et la survie quotidienne, la prise en compte de leurs problèmes de santé est secondaire tant que ceux-ci n'atteignent pas un état limite qui nécessite des soins immédiats. Car l'expérience souvent négative du système de soin, la peur de l'hôpital, l'angoisse de résister à la consommation ou encore l'absence de couverture ou de droits sociaux ...font qu'ils repoussent au maximum le moment de se confronter au dispositif sanitaire. De son côté, le dispositif de prise en charge sanitaire a souvent des modalités de fonctionnement inadaptées par rapport à des publics exclus et l'accueil des usagers de drogues dans les services reste problématique.

Toujours est-il qu'aujourd'hui, alors que la politique de réduction des risques a fait avancer la prise en charge sanitaire des usagers de drogues les plus marginalisés, comme en témoigne l'expérience de STEP, la population de l'accueil continue, elle, d'être « exclue parmi les exclus » du système de soin.

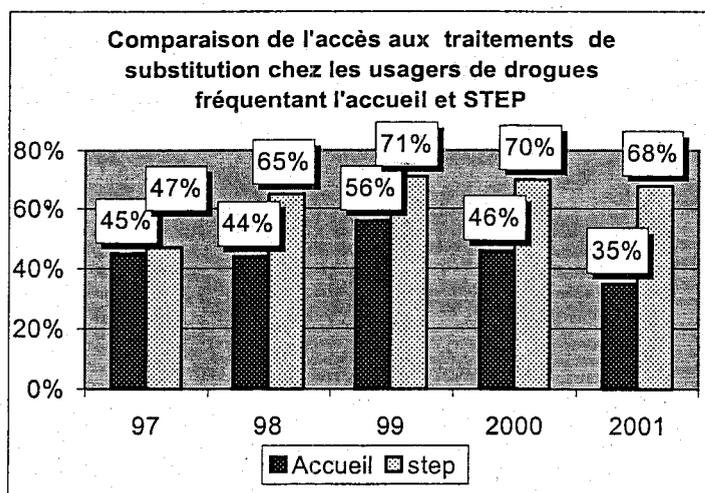
### ➡ Une généralisation des traitements de substitution au PES, loin devant le centre d'accueil

Les traitements de substitution ont été mis en place dans le cadre de la politique de réduction des risques pour apporter une réponse de soin alternative au sevrage, accompagner les personnes vers une stabilisation de leur consommation de produits et enfin, réduire les risques infectieux et judiciaires en lien avec leurs pratiques.

En quelques années, ces traitements se sont rapidement développés, tout particulièrement

parmi les anciens héroïnomanes. En 2001, selon le rapport de l'OFDT, on estime à 85 000 le nombre d'usagers sous substitution, le subutex (74 000) étant beaucoup plus largement prescrit que la méthadone (11 000).

A l'EGO, la substitution a aussi commencé à s'intégrer dans les pratiques des usagers puisqu'en 1997, le pourcentage de personnes déclarant bénéficier d'un traitement médicalement prescrit est déjà de 45% au centre d'accueil et 47% à STEP. Mais elle va connaître une évolution distincte selon que l'on observe le public de l'accueil ou celui de STEP. Ainsi, au sein du PES, la substitution va poursuivre sa diffusion auprès des usagers et stabiliser à 68% en 2001. Bien sûr, le subutex (42%) reste le produit le plus largement prescrit par les médecins, avant la méthadone (16%), le skénan (9%) et le moscontin (1%). La majeure partie des usagers ont bien compris l'intérêt de la substitution car, pour les plus insérés, elle leur permet de conserver un équilibre, parfois précaire, entre leur consommation, leur activité professionnelle et leur vie de famille, et, pour les plus désocialisés, elle est une aide dans une meilleure gestion de leur consommation et permet d'éviter l'angoisse permanente du syndrome de « manque ». Même si elle n'est pas toujours utilisée dans une perspective thérapeutique ou qu'elle soit détournée de son usage initial et consommée par voie injectable, la substitution reste un outil thérapeutique dont peuvent se saisir les usagers au moment où ils se sentiront prêts.



A l'inverse de ce qui s'est passé à STEP, la substitution a très largement reculé parmi les usagers de l'accueil, chutant à 35% de personnes sous traitement en 2001. Cette diminution s'inscrit en continuité de la précarisation accrue

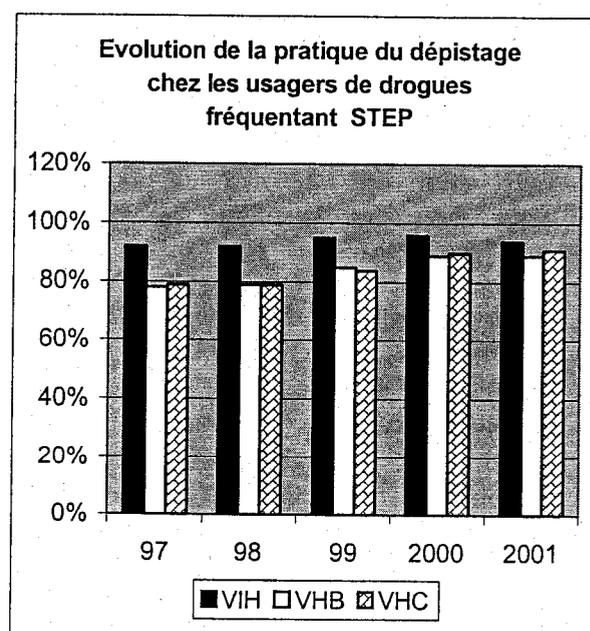
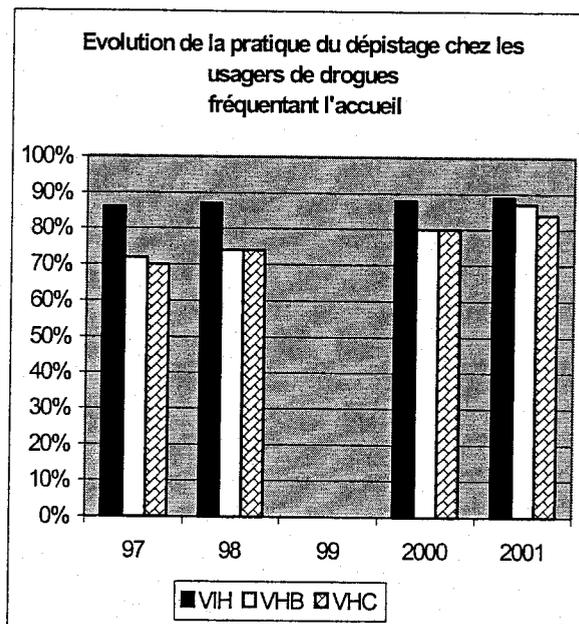
du public de l'accueil et de la rupture avec le dispositif de prise en charge sanitaire qui en découle. Elle est le reflet des comportements de socialisation par défaut des usagers qui

préfèrent acheter leurs produits de substitution au marché noir, au sein même du monde de la rue, que d'aller vers les acteurs de santé. L'intégration de réseaux de socialisation basés sur l'urgence, et en décalage avec les normes dominantes, constitue un facteur essentiel dans la difficulté des usagers à aller vers le système de soin et à s'adapter au cadre thérapeutique, aussi souple soit-il. A cela se rajoute l'irrégularité du suivi médical, l'absence de couverture sociale, la perte des papiers administratifs, etc. qui peuvent encore plus compliquer l'accès à la substitution. Toutefois, les stratégies en matière de traitement de substitution ont elles aussi insuffisamment pris en compte la notion d'urgence et de bas-seuil et ce n'est que tout récemment que des programmes ont été créés dans ce sens (ex : bus bas seuil de Médecins du Monde). Il s'agit donc de poursuivre les efforts pour « aller vers » les populations les plus exclues et ainsi faire en sorte qu'elles puissent bénéficier des avancées en matière de soins.

### ➡ Une pratique du dépistage plus développée au PES qu'au centre d'accueil

Les usagers de drogues ont été parmi les premiers touchés par l'épidémie de Sida et des hépatites et continuent aujourd'hui à être une population particulièrement exposée aux risques de contamination, notamment par rapport au VIH et au VHC. La mise en place de la politique de réduction des risques a permis de réaliser un travail de prévention et d'information en direction de ce public, et tout particulièrement de le sensibiliser sur l'intérêt du dépistage. Dans ce cadre, les usagers ont montré qu'ils ont su se responsabiliser et faire évoluer leurs pratiques vers une meilleure prise en compte des messages de prévention. Ainsi, la pratique du dépistage s'est très vite développée dans ce groupe, et ceci de façon plus fréquente que dans le reste de la population française. Le rapport de l'ANRS « évaluer la prévention de l'infection par le VIH »<sup>9</sup> montre qu'en 1998

36% des répondants âgés de 18 à 69 ans de l'enquête KABP (knowledge, attitudes, beliefs and practices) ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage du VIH au cours de leur vie, alors que chez les usagers de drogues ce pourcentage est de 80%.



A EGO, nous avons également constaté que le dépistage est une pratique de plus en plus courante parmi les usagers fréquentant nos deux structures. En 1997, on comptabilise déjà un pourcentage important de personnes ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH (86% à l'accueil et 92% à STEP), même si celui-ci est moins élevé pour l'hépatite B (72% à l'accueil et 78% à STEP) et l'hépatite C (70% à

<sup>9</sup> Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France, Synthèse des données quantitatives (1994-1999), Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Collection sciences sociales et Sida, Paris, novembre 1999.

l'accueil et 79% à STEP). Toutefois, au fur et à mesure que l'épidémie d'hépatites va progresser parmi les usagers, la réalisation des tests pour le VHB et le VHC va atteindre un niveau relativement équivalent à celui du VIH en 2001.

Si la pratique du dépistage est fréquente dans nos deux structures, elle n'est pas pour autant équivalente, et la population du PES semble afficher une plus grande vigilance dans la réalisation des tests depuis longtemps. Ainsi, en 2001, les usagers de STEP sont plus nombreux à avoir réalisé des tests pour le VIH (+ 5%), pour l'hépatite B (+ 4%) et pour l'hépatite C (+ 7%). Evidemment, on peut penser que la motivation à faire un test de dépistage n'est pas la même suivant que l'on consomme des produits par voie injectable ou par voie nasale et pulmonaire. Dans ce cas, les prises de risques sont de nature différente et les injecteurs ont pu se sentir plus directement concernés par une contamination éventuelle. Par ailleurs, nous avons vu précédemment que la population de l'accueil était plus souvent en rupture avec le système de soin, ce qui pourrait expliquer, en partie, qu'elle ait aussi moins régulièrement recours à la pratique du dépistage. Enfin, quand on vit dans la rue et qu'on n'a que très peu de contacts avec le dispositif de soin, la peur de découvrir sa situation sérologique à l'issue d'un test est aussi un sentiment qui peut faire repousser l'échéance du dépistage.

Pour la très grande majorité des usagers de drogues, on s'aperçoit que les périodes d'incarcérations sont souvent l'occasion pour eux d'effectuer des tests de dépistage qui leur sont proposés lors de la visite médicale d'entrée. Beaucoup ont ainsi appris leur séropositivité au Sida ou aux hépatites en prison, dans des conditions très difficiles, souvent douloureuses. En revanche, comme le montre l'enquête nationale sur le dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH de l'Institut de Veille Sanitaire<sup>10</sup>, très peu d'usagers de drogues ont fréquenté les Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) de droit commun. Ceci montre une fois de plus la difficulté d'accès des usagers de

drogues aux dispositifs de prise en charge sanitaire de droit commun.

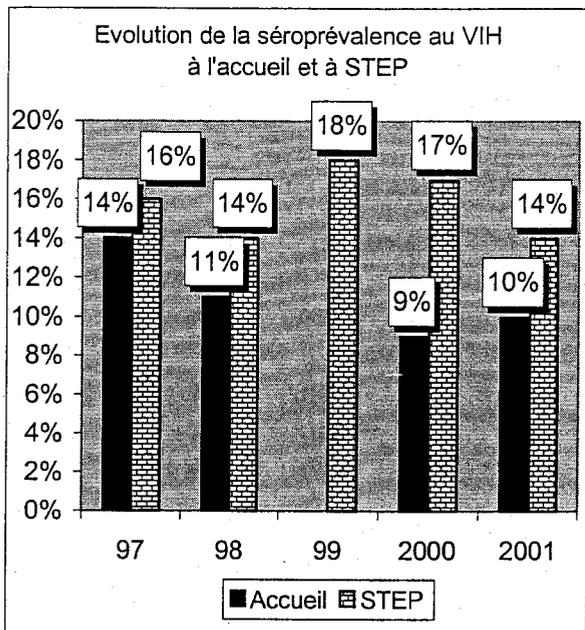
## Des problématiques sanitaires plus spécifiques au public injecteur du PES

### ➡ Une séroprévalence au VIH plus élevée parmi le public du PES

Les usagers de drogues ont été parmi les premiers touchés par l'épidémie de Sida. Le rapport de l'OFDT montre qu'à partir de 1985 le nombre de nouveaux cas de Sida déclarés chaque année ne va cesser de progresser parmi cette population jusqu'à culminer en 1993 (1493 cas nouveaux cette année là). Puis, avec le développement des actions de prévention, de réduction des risques mais aussi des traitements, les nouveaux cas de Sida diagnostiqués vont se stabiliser et diminuer à partir de 1996. En 2000, « seuls » 244 cas déclarés ont été comptabilisés. Bien sûr, avec le développement des nouvelles thérapies qui retardent d'autant l'entrée dans la maladie, le nombre de nouveaux cas de Sida ne permet plus d'appréhender dans sa juste mesure l'évolution de la maladie. Toutefois, aujourd'hui toutes les données nationales s'accordent sur une stabilisation de la contamination par le VIH chez les usagers de drogues.

Cette tendance à la baisse de la séroprévalence du VIH parmi les usagers est aussi un constat que nous avons pu faire à EGO. Ainsi, au centre d'accueil, le nombre de personnes déclarant être séropositives au VIH est passé de 14% en 1997 à 10% en 2001. A STEP, après un pic à 18% en 1999, cette séroprévalence est redescendue à 14% en 2001. Nos chiffres laissent apparaître que les usagers de drogues par voie intraveineuse sont plus largement contaminés par le VIH que ceux ayant recours à la voie nasale ou pulmonaire. Ceci montre que la pratique de l'injection est un facteur déterminant face aux risques de contamination par le VIH.

<sup>10</sup> Dispositif de dépistage anonyme et gratuit du VIH, Un regard sur les consultants, P. GOUEZEL, Institut de Veille Sanitaire, Novembre 2000.



Toutefois, le plus faible niveau de prévalence du VIH à l'accueil peut aussi s'expliquer par le fait qu'un plus grand nombre de personnes ignorent toujours leur statut sérologique. En 2001, ceci concerne 14% des usagers du centre d'accueil.

Si l'on compare nos chiffres avec d'autres sources d'information, il semble que ceux-ci s'accordent avec les tendances nationales. Ainsi, le rapport de l'OFDT montre que la prévalence du VIH se situe à des niveaux très différents selon que les usagers ont pratiqué ou non l'injection par voie intraveineuse. Parmi les personnes vues dans les CSST, la prévalence déclarée au VIH s'établit en 1999 à 6% chez les non injecteurs et 16% chez les usagers injecteurs. Ces chiffres semblent donc rendre compte des différences de prévalence du VIH entre l'accueil et STEP.

Par contre, si l'on s'appuie sur les données de l'Observatoire Régional de Santé d'Ile de France<sup>11</sup>, là il semble que nos chiffres soient quelque peu sous-estimés par rapport à la réalité régionale. En effet, une enquête effectuée dans les Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie avec Hébergement (CSSTH) indique que la sérologie au VIH est nettement plus élevée à Paris (31%) que dans le reste de la France (14%). Par ailleurs, en Ile de France, la séroprévalence au VIH se stabilise à un

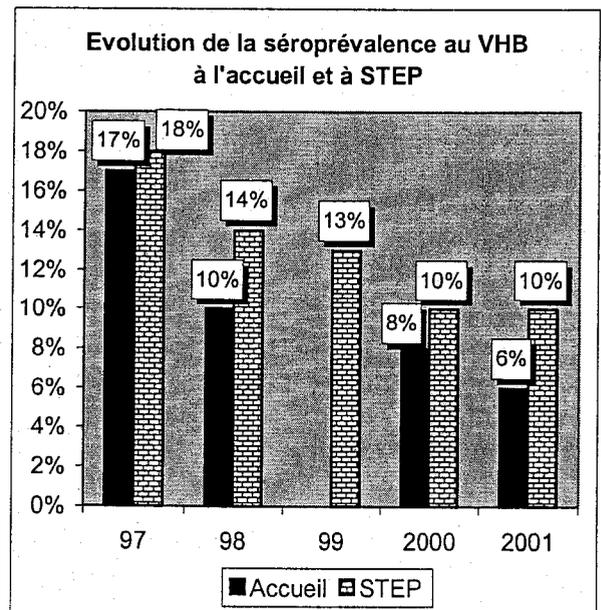
<sup>11</sup> Toxicomanies et réduction des risques en Ile de France, Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, Décembre 2000.

niveau élevé et atteint 24% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Deux grandes tendances ressortent de ces chiffres : la stabilisation du VIH chez les usagers et la pratique de l'injection comme facteur déterminant face aux contaminations par le VIH. Toutefois concernant le niveau de prévalence au VIH, on peut penser que nos chiffres sont quelque peu sous-estimés face à la réalité parisienne, différente de celle de la France, mais aussi face à la précarité sociale de notre public qui n'est pas sans lien avec des prises de risques accrues.

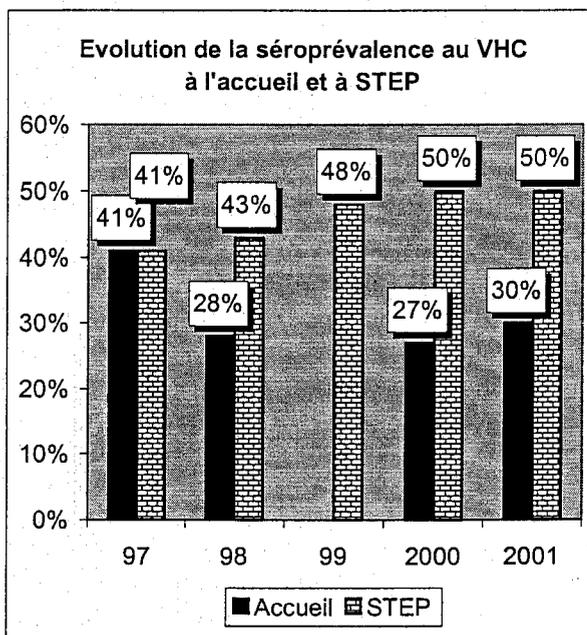
### ➔ Les hépatites B et C : des contaminations plus fréquentes au PES

Après l'épidémie de Sida, ce sont aujourd'hui les hépatites qui touchent de façon inquiétante les usagers de drogues. Alors que pour le Sida, les actions de réduction des risques et les nouvelles thérapies ont réussi à contenir la maladie chez cette population, pour les hépatites, celles-ci n'ont pas eu le même impact et, actuellement, la contamination par le VHB mais surtout le VHC continuent de progresser.



A EGO, les hépatites sont devenues des pathologies de plus en plus fréquentes chez les usagers de drogues et nous comptabilisons déjà en 1997 environ 18% de séroprévalence au VHB et 41% au VHC dans nos deux

structures. Au fur et à mesure des années, nous allons assister à des évolutions différentes concernant l'hépatite B et l'hépatite C, également fonction des caractéristiques spécifiques de nos deux publics.



Ainsi, entre 1997 et 2001, nous avons pu constater une diminution de la séroprévalence au VHB qui a chuté à 10% à STEP et 6% à l'accueil. Il faut préciser que ces chiffres concernent uniquement les personnes déclarant avoir une hépatite B au moment de la passation du questionnaire et ne comprennent donc pas celles qui ont pu avoir une hépatite B au cours de leur vie. Par contre, il est clair que l'existence d'un vaccin a largement permis d'éviter la propagation du VHB chez les usagers et qu'un grand nombre d'entre eux sont aujourd'hui vaccinés (49% à STEP en 2001) contre cette hépatite. Enfin, il semble que les messages de prévention développés par rapport au Sida (utilisation du préservatif, non partage du matériel, etc.) aient aussi joué de façon plus favorable sur la contamination par l'hépatite B.

A l'inverse de cette situation, l'hépatite C a connu une très large progression parmi les injecteurs du PES et semble se stabiliser aux alentours de 50% en 2001. L'absence de vaccin, la connaissance encore insuffisante des modes de contamination, la particulière résistance de ce virus, et le haut niveau de prévalence du VHC ... sont autant de facteurs qui ont pu favoriser la très forte progression

de l'hépatite C parmi les usagers de drogues. Toutefois, là encore, la séroprévalence au VHC semble être particulièrement liée à la pratique de l'injection puisque chez les usagers non injecteurs de l'accueil celle-ci a relativement diminué et se situe à 30% cette année.

Au regard des données nationales, il semblerait que nos chiffres se situent au dessous du niveau de l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues. Le rapport de l'OFDT montre que parmi les personnes ayant fréquenté le dispositif spécialisé en 1999, la proportion de séropositifs pour le VHC est de 20% chez les non injecteurs et de 63% chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. De même, si on se réfère à l'étude de l'ORS sur la région Ile de France, la séroprévalence au VHC est de 68% parmi les usagers ayant recours à l'injection et de 14% chez les non injecteurs.

A la lumière de ces données, il apparaît que la population de l'accueil présente un niveau de séroprévalence au VHC particulièrement important pour un public qui n'a que très rarement recours à l'injection. On peut penser que l'extrême précarité des conditions de vie de ce public n'est pas sans lien avec cette situation. A l'inverse, le nombre de personnes déclarant être séropositives au VHC à STEP semble être relativement faible au regard de leurs pratiques de consommation et on peut penser qu'il est sous-estimé. Il nous faudra donc réfléchir aux facteurs qui ont pu favoriser un tel phénomène (conditions de passation, etc.).

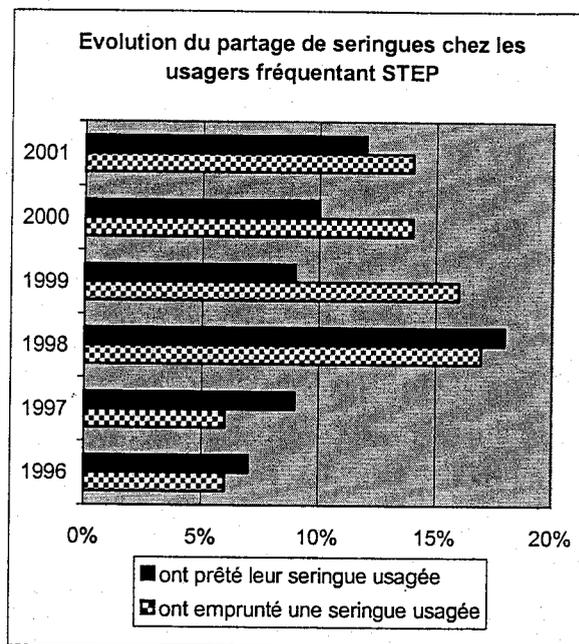
Quoi qu'il en soit la prévention des hépatites et tout particulièrement celle de l'hépatite C constitue un enjeu prioritaire d'action pour nous aujourd'hui.

➡ Des prises de risques en lien avec la pratique d'injection, toujours inquiétantes parmi les usagers fréquentant STEP

Comme nous l'avons vu précédemment, les usagers de drogues ayant recours à la voie intraveineuse ont été touchés de façon plus significative par le Sida et les hépatites que les autres consommateurs « non injecteurs ». Au delà des effets liés aux produits consommés, la pratique de l'injection engendre des prises de risques spécifiques qui peuvent avoir des conséquences sanitaires extrêmement graves, parmi lesquelles le VIH ou les hépatites, mais aussi d'autres pathologies tout autant préoccupantes (septicémie, endocardites, abcès, phlébites, overdose, etc.). La mise en place de la politique de réduction des risques et tout particulièrement celle des PES a constitué une tentative pour agir sur les comportements des usagers et faire reculer les risques liés à l'injection de substances psychoactives. Qu'en est-il réellement aujourd'hui ? Les pratiques à risques des injecteurs ont-elles évolué ? Constituent-elles toujours des enjeux en matière de prévention ?

On a souvent avancé comme principal facteur de risque des pratiques de partage de seringues importantes chez les usagers de drogues. Jusqu'à la fin des années 80, la difficulté des consommateurs à se procurer du matériel d'injection propre a engendré des situations où le partage et la réutilisation des seringues étaient des pratiques tout à fait banales et courantes. Une étude de l'INSERM réalisée en 1988<sup>12</sup> a ainsi mis en évidence que les pratiques de partage de seringues oscillaient entre 70% et 90% parmi cette population. Le développement de l'accès aux seringues mais aussi la sensibilisation des usagers aux messages de prévention et de réduction des risques ont permis de faire reculer ces comportements qui se situent aujourd'hui entre 10% et 15% selon la

dernière étude<sup>13</sup> de l'INSERM concernant les usagers fréquentant les PES en France. A STEP, nous constatons que la grande majorité de notre public déclarent ne pas partager ses seringues (81%), ce qui atteste effectivement d'une évolution positive des comportements des usagers dans ce domaine.



Toutefois, ces pratiques n'ont pas pour autant disparues, et pire, elles semblent se maintenir chaque année, à un niveau relativement élevé parmi une certaine catégorie de population, notamment la plus précarisée. Ainsi en 2001, le partage de seringues totalise toujours 26%, et phénomène inquiétant, les usagers ont été plus nombreux au fil des ans à emprunter une seringue usagée (+ 8% par rapport à 1996) qu'à prêter leur matériel souillé (+ 5% par rapport à 1996). Peut-on voir dans cette tendance une diminution des comportements d'auto-protection parmi les usagers qui partagent leurs seringues ? La question reste posée et mérite une attention particulière.

Concernant les autres pratiques à risques en lien avec l'usage de drogues, la réutilisation des seringues figure sûrement parmi celles qui ont évolué le plus lentement eu égard aux actions de prévention et de réduction des risques. Elle reste aujourd'hui encore une

<sup>12</sup> Drug Addicts and syringe sharing in France : Epidemiological study 1988, FACY F., LE HUEDE E., MA, DEA, RAMIREZ H.D., PhD, Unit 302, National Institute of Health and Medical Research, Le Vésinet, France, 1988.

<sup>13</sup> Caractéristiques sociales, consommation et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, J. EMMANUELLI, F. LERT, M. VALENCIANO, In VS-INSERM, octobre 1999.

pratique majoritaire parmi le public fréquentant STEP et se stabilise depuis 1998 entre 54% et 52%. Ce constat s'applique également au nombre de fois où les personnes réutilisent leurs seringues qui reste élevé (12% plus de 4 fois en 2001) et se maintient dans le temps. La perception des usagers concernant ces comportements est sûrement celle qu'ils sous-estiment le plus en terme de risques à partir du moment où il s'agit d'une réutilisation personnelle et qu'il n'y a pas de partage avec d'autres personnes. Pour ceux qui vivent dans la rue, on peut également penser que la peur de la répression policière associée aux « paranoïas » du consommateur de crack amènent un certain nombre d'entre eux à limiter le matériel qu'ils ont sur eux, et ceci quitte à réutiliser leur seringue plusieurs fois.

L'évolution des prises de risques parmi les injecteurs du programme STEP concernent aussi les pratiques de partage de l'ensemble du matériel servant à réaliser l'injection, qu'il s'agisse des

cuillères, des filtres, de l'eau de

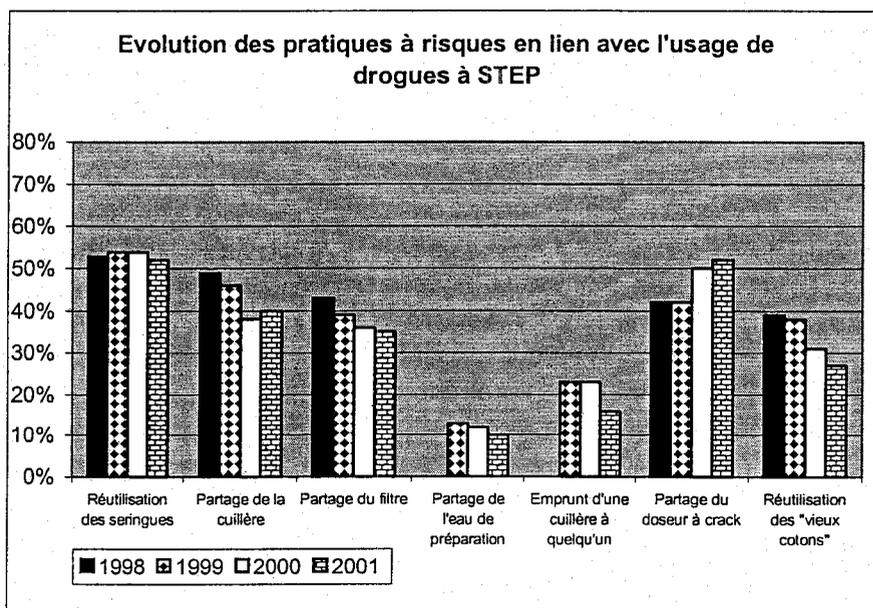
préparation, ou encore du produit. En quatre ans, il s'est avéré que celles-ci sont relativement moins fréquentes mais qu'elles se situent toujours à un niveau

préoccupant en terme de prévention : partage de la cuillère (40%), du filtre (35%), de l'eau de préparation (10%), emprunt de la cuillère (16%), du filtre (10%). Parmi les personnes qui consomment le crack, le partage du doseur servant à fumer le « caillou » représente également un comportement à risque, tout particulièrement par rapport à l'hépatite C, et celui-ci est d'autant plus problématique qu'il est en nette augmentation depuis 1998 (52% en 2001).

On l'aura donc compris les pratiques à risques des usagers de drogues par voie intraveineuse ont certes reculé depuis la mise en place de la politique de réduction des risques, toutefois, elles sont loin d'avoir disparu et concernent toujours une proportion importante de personnes. Il importe de considérer ces prises de risques non pas comme des comportements relevant de la seule initiative individuelle des personnes mais aussi en lien avec un certain nombre de déterminants sociaux. Il est clair que les modes de vie dans la rue des usagers, la précarité sociale, la consommation de crack dans l'urgence, le fait de s'injecter dans des lieux qui s'apparentent parfois à des décharges publiques ... favorise largement une persistance des prises de risques. Ainsi, dans ce contexte, l'habitude de côtoyer le risque au quotidien contribue à le rendre banal et, par là même, à en sous-estimer les conséquences. Par ailleurs, ces pratiques sont aussi collectives, issues de normes socialement partagées dans le groupe des pairs et d'autant plus fréquentes quand les

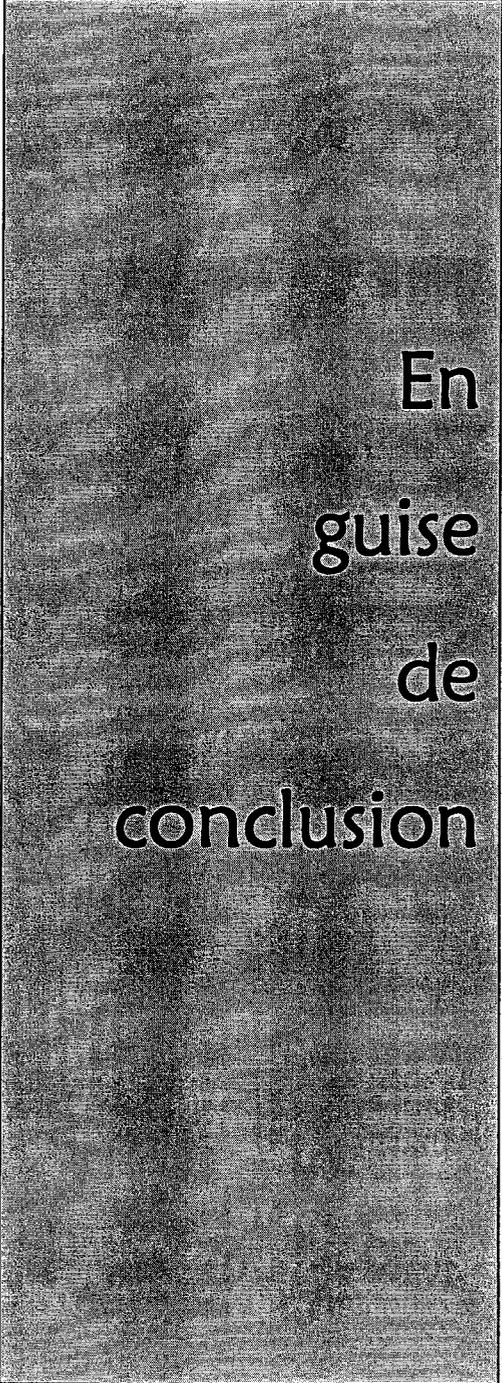
usagers consomment à plusieurs.

Les prises de risques en lien avec la consommation par voie injectable constituent donc toujours un enjeu majeur en terme de prévention.



Elles apparaissent comme le résultat complexe de déterminants individuels et collectifs, sociaux et sanitaires, économiques et politiques, sur lesquels les actions de prévention doivent essayer d'agir.

Mise en  
perspective  
et  
propositions



En  
guise  
de  
conclusion



Cette conclusion tentera de répondre aux exigences du processus d'auto-évaluation, comme elles ont été définies dans la partie introductive, à savoir : d'une part, faire en sorte que les connaissances produites n'aient pas qu'une valeur illustrative, mais qu'elles soient en mesure d'avoir un impact sur les pratiques de travail des équipes d'EGO ; et d'autre part, contextualiser les données produites, en les situant dans le champ professionnel duquel elles font partie et, plus largement, dans le territoire où nos actions sont implantées. Le processus d'évaluation est donc une démarche inhérente et indissociable de la pratique qui ne peut se construire sans une réflexion critique et distanciée pour alimenter l'action au quotidien.

Les données exposées au long de ce rapport d'auto-évaluation nous proposent une description comparative de l'évolution du profil du public fréquentant le centre d'accueil et le PES d'EGO, tel que nous en avons saisi les caractéristiques principales au cours des six dernières années.

## De la connaissance à la pratique : l'évaluation pour améliorer l'action

La question de l'impact de l'évaluation sur la pratique professionnelle des équipes d'EGO sera abordée à partir de trois thèmes qui ont été explorés dans ce document : la fréquentation des programmes, les produits consommés, et la situation sociale et sanitaire du public accueilli. A propos de ce dernier thème, on verra que les dimensions sociales et sanitaires sont concrètement indissociables et doivent ainsi être envisagées globalement.

### ➡ Concernant l'évolution de la fréquentation

L'évolution de la fréquentation des programmes (de 7612 à 18701 passages au centre d'accueil entre 1996 et 2001, et de 6821 à 13294 passages au PES pour la même période) est sans doute l'un des phénomènes

qui a le plus pesé sur les pratiques de travail des équipes d'EGO.

L'augmentation du public du centre d'accueil (+ 150% en six ans) a bien évidemment eu un impact sur l'activité des accueillants. Ceux-ci ont dû faire face à un accroissement des demandes qui leur sont quotidiennement adressées. Ainsi, de 1996 à 2001, les réponses aux demandes du public en terme d'orientation vers le dispositif d'accompagnement socio-sanitaire, ou encore d'aide aux démarches administratives, sont passées du nombre de 1650 en 1996 à 3804 en 2001, chiffre auquel il faut ajouter les 7500 repas, en moyenne, distribués tous les ans depuis 1998.

Types de demandes	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Demandes socio-sanitaires	1650	2558	2195	1477	1962	3804
Demandes alimentaires	0	0	7500	7500	7500	7500
TOTAL	1650	2558	9695	8977	9462	11304

Cela donne une idée de l'accroissement de la charge de travail assurée par les salariés, les stagiaires et les bénévoles du centre d'accueil. De plus, ces résultats nous permettent l'occasion d'interroger sur le travail au centre d'accueil : en consacrant une grande partie de leurs efforts à la préparation et à la distribution des repas, tâche par ailleurs essentielle, les accueillants ne sont-ils pas moins disponibles pour le travail de resocialisation et de réinsertion à plus long terme des usagers de drogue exclus ? En effet, dans notre conception de la resocialisation, qui consiste, en bref, à favoriser le retissage de liens sociaux avec les personnes désocialisées que nous accueillons, et leur offrir la possibilité de s'inscrire dans une démarche collective, nous considérons qu'il est nécessaire de susciter la participation des usagers à la vie de l'association et aux prises de décisions collectives qui s'y réfèrent. Or, dans un local surpeuplé, il s'avère plus difficile de créer les conditions nécessaires pour

favoriser la participation des usagers et les mobiliser autour de projets collectifs.

Concernant le PES, outre l'augmentation de la fréquentation (+94% en six ans) depuis la création du service, on a pu surtout observer, en 2000, l'affluence de femmes prostituées d'origine étrangère utilisant l'accueil du PES comme lieu ressource, notamment pour s'approvisionner en préservatifs. Cette situation nouvelle a suscité une réflexion au sein de l'équipe : fallait-il faire un accueil tous publics sans distinction ou plutôt prioriser les usagers de drogues dans nos stratégies de prévention ? Après débat, il a été décidé de recentrer nos objectifs de travail en direction de ces derniers. Même si STEP reste un programme de prévention ouvert à tous, il s'agira d'orienter les autres publics vers des structures plus appropriées à leurs besoins, sous peine de mettre en danger la survie même du projet par la sur-fréquentation et par la diversification des réponses que cela suppose.

### ➡ Concernant l'évolution des produits consommés

Concernant la question des drogues consommées, on a remarqué des modifications importantes au cours des six dernières années. Globalement, pour l'ensemble du public, la consommation d'héroïne a fortement chuté depuis 1997, remplacée par celle de crack, qui concerne 69% du public du centre d'accueil et 75% de celui du PES en 2001. En considérant séparément le public des deux programmes, on observe au centre d'accueil principalement depuis 1997 une forte augmentation de la consommation de produits de substitution achetés dans la rue sur le marché noir. A l'inverse, la tendance la plus surprenante au PES est l'augmentation de l'usage de drogues de synthèse. Cela dit, ce qui apparaît comme la tendance la plus significative de l'évolution de l'usage de substances psychoactives, c'est le développement de la poly-consommation, comportement d'usage où sont associées différentes drogues, licites et illicites.

Cette poly consommation où domine l'usage du crack a eu plusieurs conséquences

manifestes du point de vue de l'équipe du centre d'accueil. On a pu constater que la prise de crack accélèrait la précarisation sociale de ceux qui en font usage. En conséquence, l'émergence de l'usage de ce produit a sans doute eu un rôle non négligeable dans la dégradation de la situation socio-sanitaire du public. Par ailleurs, cet usage a également donné lieu à une certaine évolution des comportements : on remarque que l'association de substances produit des effets imprévisibles sur l'organisme et sur l'humeur, rendant parfois les relations entre accueillants et accueillis plus délicates et difficiles à négocier.

Cet usage ayant émergé ces dernières années a eu aussi des conséquences sur le travail de l'équipe du PES. Face à l'émergence de nouveaux produits et à la diversification des modes de consommation, l'équipe a élargi sa palette d'outils de prévention pour s'adapter à l'ensemble des risques liés aux différentes pratiques d'usages (fumé, sniffé, inhalé, etc.) au delà de la voie injectable. Dans ce sens, des kits sniff (strawbag), accompagnés d'une information spécifique, sont diffusés auprès des usagers, ainsi que des embouts pour pipes à crack (qui sont en réalité des doseurs à pastis), à usage individuel et jetables. Ce matériel a notamment pour fonction de limiter les risques de transmission des hépatites et, concernant les embouts, d'éviter les brûlures des muqueuses des lèvres dues à la chaleur que dégagent les doseurs-pipes à crack en verre.

### ➡ Concernant l'évolution de la situation sanitaire et sociale des usagers

Outre les questions de la fréquentation de nos locaux et de la consommation de produits par notre public, une dimension des évolutions présentées nous interpelle plus que les autres et mérite une attention particulière : il s'agit des tendances de l'évolution de la situation sociale et sanitaire des personnes que nous recevons.

Globalement, le public d'EGO est composé de personnes fortement exclues sur le plan social et sanitaire. Ainsi, 31% des usagers fréquentant le PES ont une activité

professionnelle, et seulement 6% au centre d'accueil. Le taux de personnes n'ayant aucune ressource est de 15% au PES et de 43% au centre d'accueil. Et, plus significatif encore, 50% des personnes fréquentant le PES, et 80% de celles qui fréquentent le centre d'accueil ont un hébergement précaire en 2001. Au regard des courbes de tendance depuis 1996, pour chaque activité prise séparément, on constate des évolutions différentes.

Pour le centre d'accueil, la situation sociale du public s'est dégradée d'année en année. Si aujourd'hui l'activité professionnelle ne concerne que 6% du public, ce taux atteignait 22% en 1996. De même, les personnes sans ressources représentaient 38% en 1996, soit un taux inférieur à 2001 (43%). Dans le même sens, l'hébergement précaire touchait 40% du public il y a six ans, alors qu'il représente le double aujourd'hui (80%).

Conséquence de la précarité sociale, la situation sanitaire du public du centre d'accueil a suivi une tendance similaire. Seulement 28% des usagers bénéficient d'un suivi médical en 2001 contre 60% en 1996. Parallèlement, l'accès aux traitements de substitution aux opiacés médicalement prescrits a diminué de 10% en six ans.

Les conséquences de ces évolutions pèsent fortement sur l'activité quotidienne des accueillants. Les personnes accueillies ont des besoins massifs et urgents. Associée à la hausse de la fréquentation, cette situation exige la recherche de réponses et accroît considérablement, comme cela a été dit plus haut, la charge de travail de l'équipe. Mais il faut aussi souligner la difficulté que constitue pour les accueillants le fait d'être confrontés à tant de misère et de souffrance, vécues par des personnes avec lesquelles ils sont en contact permanent. De plus, le dispositif susceptible d'apporter des solutions à court ou à long terme est largement saturé et souvent inadapté au public d'usagers de drogues très marginalisés. De ce fait, il est souvent compliqué de faire aboutir les demandes, et parfois même impossible d'y parvenir. Ainsi, le contact quotidien avec des hommes et des femmes profondément touchés par la violence de l'exclusion sociale amène l'équipe d'accueillants à éprouver des sentiments

intenses et paradoxaux qui nécessitent d'être « travaillés » collectivement lors de moments de discussions internes. A cette occasion, les accueillants peuvent exprimer leurs propres difficultés découlant de l'empathie avec la souffrance des personnes accueillies, et il s'agit dans la mesure du possible de les objectiver, afin qu'elles n'aient pas d'interférences négatives sur les missions du centre d'accueil. Si les accueillants doivent apprendre à « gérer » leurs frustrations et comprendre les limites de leur intervention, il est évident que pour les usagers qui les subissent au quotidien et qui vivent chaque jour la violence d'une exclusion toujours plus grande, cette situation semble encore plus révoltante et dramatique.

Si les personnes fréquentant le PES présentent des indices d'insertion plus favorables que ceux du public du centre d'accueil, il s'agit également de grands exclus. Mais à la différence du centre d'accueil, les courbes de tendance mettent en perspective une amélioration sensible de la situation sociale et sanitaire du public depuis 1996, pour la plupart des indices traités : le taux des personnes ayant une activité professionnelle est passé de 17% à 31% du public entre 1996 et 2001 ; celui des personnes n'ayant aucune ressource de 31% à 15% ; l'hébergement précaire concerne près de 10% de moins du public en 2001 par rapport à 1996. Cependant, répétons-le, la situation des usagers du PES est celle de personnes très marginalisées, et la comparaison avec le centre d'accueil, où cette situation est plus grave encore, ne doit pas le faire oublier.

D'autant plus que l'exclusion sociale dont est victime le public du PES a des conséquences directes sur la réalisation des objectifs du programme. Elle constitue en effet un obstacle essentiel aux missions de réduction des risques liés à l'usage de drogues : l'errance et la misère ne favorisent pas, comme on peut s'en douter, l'observance par les usagers de drogues des précautions indispensables pour éviter les risques de contamination au VIH ou aux hépatites. Ainsi, les tableaux montrent que les prises de risque se maintiennent à un niveau élevé : le partage des seringues atteint encore 26% en 2001.

Dans ce contexte, l'équipe du PES a souhaité préciser ses objectifs de travail, non pas

seulement en terme de réduction des risques, mais plutôt en terme de prévention des risques et réduction des dommages, ceci afin de revaloriser la dimension sociale de la prévention. Car nous pensons que c'est à travers la création d'une relation sociale de proximité, la reconnaissance des savoirs et des potentiels des personnes, la lutte contre la précarité sociale des usagers ... que peut se faire un travail de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues. D'où la nécessité de développer une approche à la fois individuelle et collective, et inéluctablement sociale et sanitaire de ces questions.

### ➡ L'exclusion dans ses dimensions sociales et sanitaires

Les différences constatées entre le public du centre d'accueil et celui du PES, en ce qui concerne l'évolution de la situation sociale et sanitaire, mettent l'accent sur un aspect essentiel du contexte de notre travail. Le présent rapport a mis en évidence que l'exclusion sociale augmente considérablement les comportements à risques, aggravant ainsi la situation sanitaire des personnes concernées.

En effet, pour l'un et l'autre de nos services, on s'aperçoit que ces deux dimensions présentent des évolutions convergentes, bien que ces évolutions n'aillent pas dans le même sens au centre d'accueil et au PES. Au centre d'accueil, les indicateurs d'insertion sociale et d'accès au dispositif sanitaire du public suivent la même courbe : celle-ci souligne une dégradation dramatique de la situation, dans sa dimension sociale et dans sa dimension sanitaire. A l'inverse, l'amélioration du niveau d'insertion du public du PES depuis 1996 va de pair avec une amélioration du suivi médical et de l'accès aux traitements de substitution.

On peut en conclure que ces deux dimensions du bien-être des individus, qui se traduisent ici par une double dimension du mal-être de notre public, ne peuvent être séparées. Que ce soit dans le sens d'une amélioration ou dans celui d'une dégradation, on voit que la situation sociale et la situation sanitaire de nos publics évoluent dans une même direction, en

se renforçant mutuellement et réciproquement.

Pourtant, une tendance dénote dans ce tableau, en soulignant une différence entre les publics respectifs des deux structures, cette fois-ci à « l'avantage » de celui du centre d'accueil. Il s'agit du fait que les usagers du PES sont plus souvent victimes de la répression policière (9% du public du centre d'accueil a été incarcéré plus de 10 fois en 2001, contre 30% pour le PES), ce qui peut s'expliquer par le fait que les usagers utilisant du matériel d'injection sont plus facilement identifiés par les forces de l'ordre comme usagers de drogue et donc plus fréquemment interpellés. Ainsi, le public du PES, bien que mieux inséré socialement que celui du centre d'accueil, est davantage pénalisé par la justice, bien que ce dernier fasse également les frais de la répression policière.

## Réduction des risques et contexte politique

### ➡ Propositions pour une autre politique de réduction des risques

En tenant compte de l'évolution du profil de notre public, du constat de la convergence entre exclusion sociale et précarité sanitaire, et de l'accroissement de la répression dont sont victimes les usagers de drogues, nous pouvons avancer quelques propositions. Celles-ci vont dans le sens d'une prise en charge globale des usagers de drogues, et d'un type d'intervention fondé sur le refus de l'exclusion et le respect de la dignité des personnes concernées.

Il faudrait notamment élargir davantage le dispositif de réduction des risques aux usagers de drogues n'utilisant pas la voie injectable, tels que ceux qui consomment du crack ou de la cocaïne par inhalation, pratique qui n'est pas sans entraîner des risques majeurs. Par ailleurs, la réduction des risques devrait s'orienter vers une meilleure prise en compte des problèmes liés à la précarité sociale. Car, enfermer la réduction des risques dans une logique uniquement sanitaire, c'est

méconnaître la nature même des risques dont une partie non négligeable s'origine dans la précarité sociale.

Dans ce sens, il faudrait aménager de nouvelles pratiques d'intervention :

- ⇒ prise en compte des situations d'urgence grâce à un dispositif plus réactif pouvant proposer des réponses rapides, notamment par la création de dispositifs accessibles de jour comme de nuit, et associant des accompagnements sociaux, sanitaires et psychologiques,
- ⇒ mise en place de matériel stérile et de produits de substitution sous différentes formes galéniques,
- ⇒ ouverture de lieux de consommation, médicalement surveillés, afin, notamment, de favoriser des pratiques d'usage de drogues les moins dangereuses possibles, etc..

### ➡ Les limites de l'intervention dans le contexte politique actuel

Mais une politique de réduction des risques devrait, pour plus d'efficacité, s'articuler avec cohérence dans une politique globale, qui défendrait le projet d'une société plus juste et qui refuserait de traiter la grande exclusion par une action essentiellement répressive à l'encontre des plus fragiles de nos concitoyens.

La situation que nous avons connue, et que nous connaissons encore, dans le quartier de la Goutte d'Or, illustre cruellement les difficultés d'une intervention auprès d'usagers de drogues errants, alors même que ceux-ci sont touchés de plein fouet par la précarité et sont les premières victimes de l'activité répressive. Comment travailler efficacement à l'information et à la prévention des risques sanitaires liés à l'usage de drogues lorsque le public concerné est avant tout contraint de chercher les moyens pour survivre au jour le jour, et de tenter de se soustraire à l'action de la force publique ? Comment travailler efficacement à la resocialisation et à la réinsertion lorsque les professionnels sont submergés par l'affluence massive de grands exclus et lorsque le dispositif spécialisé ou de

droit commun n'est en mesure de répondre que très partiellement à leurs besoins les plus élémentaires ?

Depuis quelques années, nous constatons de manière évidente que le souci du maintien de l'ordre public prévaut sur celui du sort des plus pauvres dans la société française. Plus récemment, au moment où nous rédigeons ces lignes, les procédures judiciaires concernant l'usage de drogue se multiplient en Ile-de-France.

Face à cette situation, nous pensons qu'à l'inverse, les politiques publiques devraient prioriser la lutte contre la grande exclusion en général et parmi ceux là les usagers de drogue en particulier, car il existe un lien indéniable entre le développement de l'usage incontrôlé de drogues et la souffrance sociale et psychologique qui touche les plus démunis.

Comme l'affirme Philippe Bourgois :

« La toxicomanie autodestructrice est surtout le seul moyen dont disposent des gens désespérés pour interioriser frustration, résistance et absence totale de pouvoir »<sup>14</sup>

Or, l'injustice sociale et le traitement répressif des personnes marginalisées ne peuvent que contribuer à répandre le désespoir et, par conséquent, les comportements autodestructeurs qui en découlent.

## Perspectives de l'auto-évaluation

Le présent rapport d'auto-évaluation a, comme on l'a vu, mis l'accent sur une observation statistique de l'évolution comparée du public fréquentant chacune des deux structures, en articulant les données chiffrées à des descriptions qualitatives permettant de les interpréter. Cette comparaison a permis de mettre en exergue des tendances communes et des différences significatives. Elle nous permet de mieux savoir à quel public nous avons à faire et de

<sup>14</sup> Philippe Bourgois, *En quête de respect. Le crack à New York*, Seuil, Paris, 1995, p.364.

considérer nos actions en fonction de ces données pour les faire évoluer, tout en mesurant les limites que leur impose le contexte économique, social et politique dans lequel elles s'insèrent.

Lors de notre prochain travail d'auto-évaluation qui concernera l'année 2002, nous avons l'ambition de produire une réflexion fondée sur des données qualitatives, sans oublier pour autant la dimension quantitative. Il conviendra d'une part d'approfondir l'analyse des tendances qu'illustrent le présent document en tentant de saisir les évolutions à partir du récit des plus anciens du projet. D'autre part de mesurer l'impact de nos programmes sur le public accueilli et l'environnement urbain et social où nous sommes implanté.

Nous avons déjà mis en place quelques outils, dont il faudra évaluer la pertinence. Ceux-ci devront permettre d'élaborer des indicateurs susceptibles de mesurer la participation à l'activité de l'association, la satisfaction des habitants du quartier ainsi que celle du public d'utilisateurs de drogues fréquentant l'association EGO.