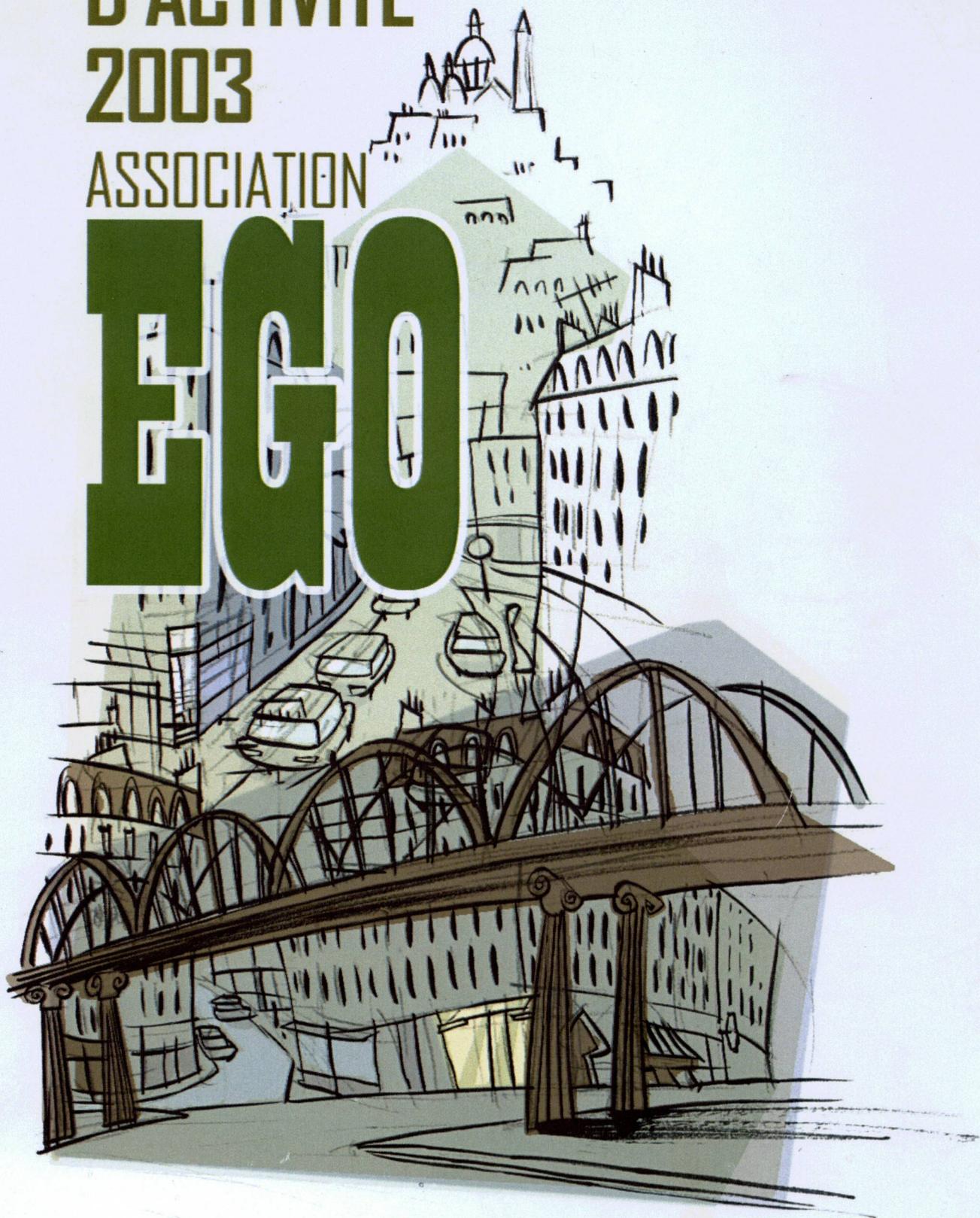


01-23

RAPPORT D'ACTIVITE 2003

ASSOCIATION

EGO



EDITE PAR ESPOIR GOUTTE D'OR
13 rue Saint-Luc 75018 PARIS
Tél : 01 53 09 99 49 - Fax : 01 53 09 99 44

6V

En 2003, l'association Espoir Goutte d'Or a fonctionné avec le soutien financier de différentes administrations publiques et organismes privés:

La DASS de Paris (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales) ;
La Préfecture de Paris – financements Politique de la Ville ;
La Préfecture de Paris – Crédits déconcentrés MILDT ;
La CPAM de Paris (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) ;
La DRASS Ile de France (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) ;
La DRDJS Paris Ile de France (Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports) ;
Le Conseil Régional Ile de France ;
La DASES de Paris (Direction de l'Action Sociale, de l'enfance et de la Santé) ;
Solidarité Sida ;
Ensemble Contre le Sida ;
Les Sœurs de la Perpétuelle Indulgence ;
La Fondation RATP pour la Jeunesse.

Nous les en remercions vivement.



SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	7
Le Centre d'accueil de l'association EGO	
Introduction	11
1) Fréquentation de l'accueil	15
2) Profil du public	19
3) Demandes d'orientation et aides au quotidien	31
4) Convivialité et activités collectives	37
Conclusion du Centre d'Accueil	47
Annexes.....	48
Le Programme d'Echange de Seringues : STEP	
En guise d'introduction	53
1) L'accueil des usagers de drogues au PES :	55
2) Les usagers de drogues du PES :	65
3) Les activités du PES :	75
4) Travail avec l'environnement de STEP et partenariat extérieur	93
5) Observation des pratiques de consommation chez les usagers :	100
Conclusion du PES : STEP	108
« ALTER EGO le journal »,	113
La Journée Mondiale de Lutte Contre le SIDA	119
Formation-Action-Evaluation.....	123

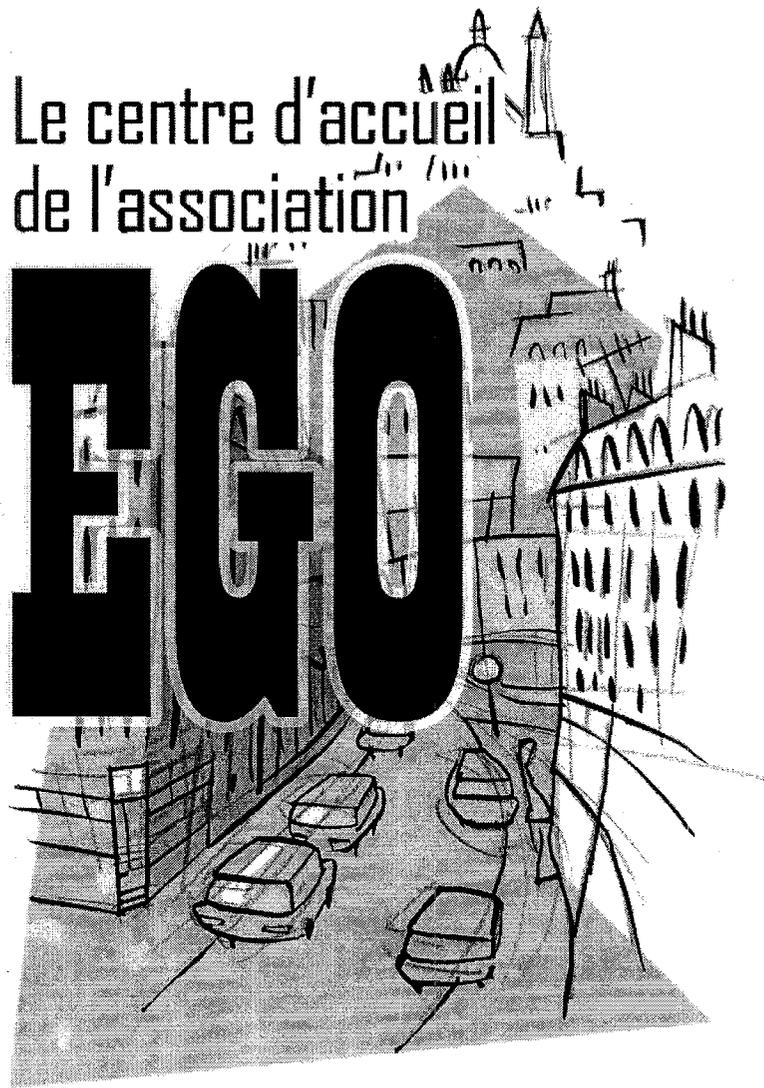
INTRODUCTION GENERALE

Cette introduction marche à contresens, tel un croche-pied fait à l'année 2003. Comme des éclats de lumière pour éclairer une sombre année marquée par le gel budgétaire pour les associations, l'inquiétante persistance de l'augmentation de la précarité sociale du public accueilli et le marasme lié à l'indignation de la politique publique officielle en matière de drogues. Cette introduction se veut, volontairement optimiste et tournée vers l'avenir. Car, malgré les difficultés :

- ▶ Nous avons réussi, pour la première fois, à réaliser une évaluation qualitative de nos pratiques d'intervention. Ce travail a été possible grâce à la construction d'une grille d'analyse qui nous a permis et nous permet encore de « décortiquer » ce qui maintes fois est considéré comme « insaisissable ». Par la magie de la construction collective, nous avons pu, en quelque sorte, et pour un instant, figer la pratique pour l'analyser – la rendant lisible tout d'abord pour nous même mais aussi pour les autres. Quel travail et quel plaisir !
- ▶ Un kit de prévention et réduction de risques (le kit kiff) est né comme conséquence de la compréhension des nouvelles prises de risques associées aux nouveaux modes de consommation. Et les financements pour son expérimentation trouvés !...Et le contact avec un nouveau public assuré ;
- ▶ Une analyse de l'impact d'une expérience de RDR sur la population locale a été réalisée par l'équipe du PES, en partenariat avec l'Observatoire de la Vie Locale et la Coordination Toxicomanies 18. Une première en France et avec des résultats tout à fait intéressants. Encore une fois beaucoup d'efforts dépensés mais beaucoup de satisfaction en retour ;
- ▶ Les différents ateliers (de création, d'initiation à l'informatique, au graphisme, et à l'écriture) ont porté leurs fruits : 2 plaquettes de prévention ont été créées « la tuberculose » et « où manger ? où dormir ? à Paris » ;
- ▶ Le comité des usagers de drogues de l'association a pris son envol et a écrit à la Commission du Sénat chargée de l'étude sur la question des drogues et des toxicomanies pour être auditionné. Comme des citoyens à part entière !
- ▶ Des travaux ont été présentés par l'équipe d'EGO lors de congrès et conférences divers ;
- ▶ **Nous avons accueilli une file active globale de 3100 différentes personnes (1750 pour le Centre d'Accueil – 1350 pour le PES) pendant les 11 mois d'ouverture au public en 2003. Si nous projetons ce chiffre sur les 12 mois de**

l'année (comme les années précédentes) nous arrivons à une file active qui se stabilise à la hauteur de 3382 différentes personnes reçues (contre 3509 en 2002)

Telles les fourmis obstinées dans cette obscure année 2003, l'équipe d'EGO a décliné, en prose et en vers, la citoyenneté, l'équité, le respect de l'altérité, l'entraide et le refus de l'exclusion comme valeurs essentielles de l'intervention sociale, tellement nécessaires à la construction d'un monde plus juste et meilleur.



Introduction

a) objectifs du rapport d'activité

Cette partie du rapport d'activité concerne les actions menées au centre d'accueil de l'association EGO au cours de l'année 2003. Le lecteur y trouvera exposés :

- ▶ **les chiffres de la fréquentation du centre d'accueil,**
- ▶ **les aspects, essentiels au regard de notre activité, de la situation personnelle, sociale et sanitaire du public reçu,**
- ▶ **les demandes par le public d'orientation vers le dispositif d'aide de droit commun ou spécialisé en toxicomanie prises en compte par l'équipe,**
- ▶ **la description des activités collectives développées au cours de l'année.**

b) rappel historique

L'association EGO est née en 1987 de la mobilisation d'habitants, d'usagers de drogues et de professionnels du secteur socio-sanitaire 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 devenait un facteur de vulnérabilité accentuée face à l'usage de substances psychoactives, et où enfin, l'épidémie du SIDA menaçait dangereusement les usagers de drogues. Dans ce contexte, EGO ouvre en 1987 dans un local prêté par une autre association (l'ADCLJC), le premier lieu d'accueil « à bas seuil d'exigence à l'accès » en France, avant même que le concept ne soit théorisé dans la politique de Réduction des Risques (RDR). Ceci pour offrir un espace de resocialisation et de convivialité aux usagers de drogues les plus précarisés et accompagner ceux-ci dans leurs démarches vers le dispositif socio-sanitaire. Depuis 1997, l'accueil se fait dans un local loué par l'association au 13 rue St Luc, toujours dans le quartier de la Goutte d'Or.

c) spécificités du centre d'accueil d'EGO

L'action du centre d'accueil, basée sur l'approche communautaire, s'impose de respecter quelques principes qui lui donnent du sens et la rendent plus efficace.

Contextualiser, créer du lien social et adopter une perspective globale

On peut, sans être exhaustif, énumérer quelques-uns de ces principes :

D'abord, l'action communautaire doit être contextualisée : elle nécessite la prise en compte de l'environnement politique, social et géographique du lieu où elle s'inscrit et de la problématique qu'elle s'engage à traiter.

Ensuite, cette action doit considérer les personnes auxquelles elle s'adresse et les problèmes qu'elles rencontrent dans une perspective globale. Ainsi, il s'agit de tenir compte aussi bien des premières nécessités matérielles que des aspects les plus symboliques du bien-être des personnes concernées.

Enfin, tout comme la vie des personnes, l'action communautaire doit tenir compte des différentes temporalités dans ses objectifs : court terme, moyen terme et long terme.

L'action communautaire dans une « boutique bas seuil » pour usagers de drogues en grande précarité.

L'aide aux usagers de drogues en grande précarité prend différentes formes dans une action communautaire.

D'une part, il s'agit aussi bien d'apporter une aide à la survie au quotidien et à l'accès aux droits sociaux élémentaires (dans une perspective plutôt à court terme) que d'envisager des formes d'action visant à la resocialisation des usagers de drogues marginalisés (dans une perspective plutôt à moyen et long terme).

D'autre part, il convient de travailler à faire accéder les usagers de drogues reçus au centre d'accueil au statut de « citoyens à part entière », ainsi qu'il est nécessaire d'œuvrer à la transformation des représentations collectives négatives concernant les usagers de drogues habituellement partagées par nos concitoyens.

d) l'élaboration collective du rapport d'activité

Ce document est le résultat d'un travail collectif de l'équipe des accueillants. Ce travail se réalise tout au long de l'année par la production de données pour laquelle tous sont impliqués : comptabilisation au jour le jour de la fréquentation du centre, passation de questionnaires, participation aux discussions collectives qui permettent d'en apprendre toujours plus sur la situation des personnes accueillies et leurs conditions de vie, et contribution aux moments d'évaluation de notre travail. Il implique également la participation de tous lorsque, en fin d'année, il s'agit d'analyser les données recueillies et de rédiger le rapport d'activité. A ce moment, d'une part, tous les accueillants enrichissent l'analyse par leurs réflexions et, d'autre part, chaque accueillant produit un compte-rendu analytique d'une ou des activités qu'il a coordonnées. Ces productions personnelles sont discutées collectivement et le coordinateur du centre d'accueil se charge de rédiger un texte avec le

souci de mettre en cohérence l'ensemble des participations le plus fidèlement possible. Le texte ainsi rédigé est ensuite soumis à la lecture critique de chacun, d'abord à celle des membres de l'équipe du centre d'accueil, puis à celle de toute l'équipe de l'association, tous services compris. Si cette méthode complexifie l'élaboration du rapport et la rallonge dans le temps, elle permet de produire un travail au contenu plus riche et incite les membres de l'équipe à réfléchir sur leurs pratiques, en leur donnant ainsi plus de sens et en se donnant les moyens de les améliorer.

e) la méthode de production des données

Les données permettant la comptabilisation de la file active d'utilisateurs de drogues et de la fréquentation tout public du centre d'accueil sont recueillies au jour le jour par l'inscription sur une fiche (appelée « fiche de bord ») d'un « identifiant », composé par les initiales et la date de naissance de chaque personne usagère de drogues qui entre dans le local. **Ce procédé permet de préserver l'anonymat des utilisateurs de drogues reçus sans risquer, en ce qui concerne le nombre de passages, de comptabiliser plus d'une fois une même personne dans une journée ; et sans risquer, en ce qui concerne le comptage de la file active, de comptabiliser plus d'une fois une même personne dans l'année.**

Concernant le public non-utilisateur de drogues, chaque personne est inscrite dans l'une des catégories prédéterminées (utilisateurs de l'association non-utilisateurs de drogues, habitants du quartier, jeunes du quartier, familles d'utilisateurs de drogues, bénévoles, stagiaires, partenaires du quartier, autres partenaires, visiteurs) sans qu'il leur soit demandé ni leurs initiales, ni leur date de naissance.

Les informations concernant le « profil général du public » ont été recueillies auprès de 154 utilisateurs de drogues qui ont accepté de répondre au « questionnaire de contact ». Ce questionnaire, utilisé parallèlement aux « fiches de bord », est passé auprès du plus grand nombre possible de personnes, entre le premier et le dernier jour de l'année. Il sert à obtenir le maximum d'informations statistiques concernant la situation personnelle, sociale, administrative et juridique, ainsi que la consommation de drogues des personnes reçues. L'ensemble de ces données nous permet d'orienter nos actions en fonction des besoins identifiés et de leur évolution, et est mis à la disposition de toute personne intéressée.

Cette année, du fait de la recrudescence d'un public nouveau constitué de jeunes immigrés arrivés récemment du Maghreb, le panel des utilisateurs ayant été interviewés a été sensiblement modifié. En effet, ces jeunes immigrés, dont on connaissait mal le profil socio-sanitaire, ont été davantage sollicités pour la passation des questionnaires, ce qui, on le verra à plusieurs reprises au long de ce document, exige parfois une certaine prudence lors de l'analyse comparative des chiffres en 2003 avec ceux des années précédentes.

f) participation au Rapport TREND

Ces précisions concernant la méthodologie nous donnent l'occasion de souligner que, comme cela a été le cas depuis plusieurs années, l'équipe du centre d'accueil (ainsi que celle de STEP) a participé en 2003, à la demande de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), au remplissage, avec les utilisateurs de drogues, de questionnaires contribuant à la production de données servant à l'élaboration du Rapport *TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues)*, publié annuellement par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Comme cette participation s'ajoute à la production des données pour le rapport d'activité interne, elle augmente de façon significative la charge de travail de l'équipe. Mais elle paraît nécessaire, afin que la situation du public que nous recevons

puisse être révélée dans une publication telle que *TREND*, qui émane d'un organisme national de recherche sur les drogues et la toxicomanie. Cette année, l'équipe du centre d'accueil a fait passer 55 questionnaires *TREND*, dont la durée de passation a oscillé entre une demi-heure et une heure, en fonction du profil de la personne sollicitée pour y répondre.

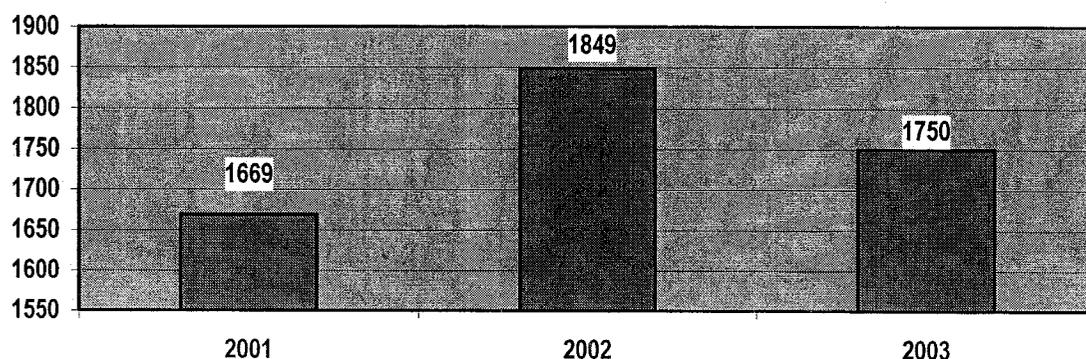
g) plan du rapport d'activité

Ce rapport d'activité est organisé en quatre chapitres. Le premier fait le bilan de la fréquentation du local. Le deuxième trace un « profil » global du public usager de drogues reçu. Le troisième présente le bilan chiffré du travail d'aide à la survie au quotidien et à l'accès aux droits sociaux, travail qui caractérise une « boutique » pour usagers de drogues. Le quatrième chapitre rend compte de la dimension proprement communautaire du travail au centre d'accueil : la resocialisation au quotidien et l'apprentissage (ou le réapprentissage) de la citoyenneté au travers des activités collectives.



1) Fréquentation de l'accueil

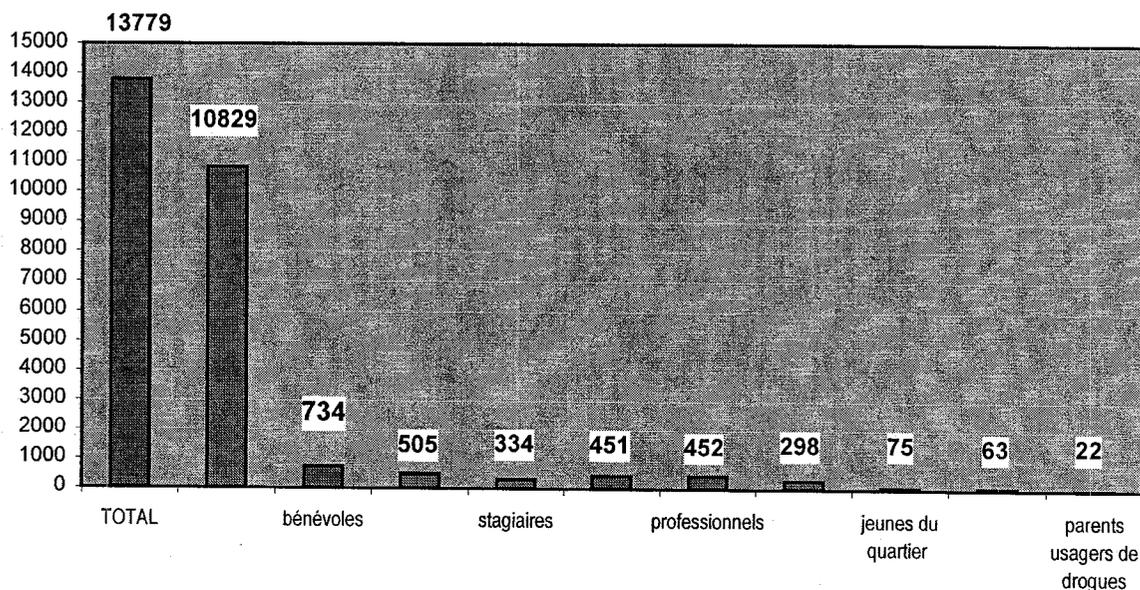
a) la file active



La *file active*, à savoir le nombre d'utilisateurs de drogues différents, et comptabilisés une seule fois dans l'année sans tenir compte du nombre de passages effectués par chacun d'entre eux, est pour 2003 de 1750 personnes (contre 1669 en 2001 et 1849 en 2002), dont 1480 hommes (83%) et 270 femmes (18%).

On peut constater que notre file active s'est maintenue à un niveau élevé (bien qu'elle ait été inférieure de 5% à celle de 2002) et que les proportions respectives des hommes et des femmes ont été, en 2003, proches de celles des années précédentes (84% et 16% en 2002). Sur ce dernier point, on remarque néanmoins que la part des femmes a été plus importante (+2%), ce qui incite à croire que la décision prise par l'équipe d'être particulièrement attentive à la situation et à l'accueil des femmes commence à porter ses fruits.

b) la fréquentation en passages



Le nombre total des passages en 2003 - sachant que nous ne comptons qu'un seul passage par jour et par personne, même lorsqu'une même personne fait plus d'un passage dans la journée - a été de 13779 personnes tous publics confondus, contre 13700 personnes en 2002.

Concernant cette fréquentation, on compte:

► **10829 passages d'usagers de drogues** (contre 10603 en 2002). Les données issues des questionnaires nous apprennent que près de **90% des UD interrogés fréquentent le centre d'accueil au moins « plusieurs fois par mois »** (26% « tous les jours » et 47% « plusieurs fois par semaine »).

► **2950 passages de personnes non usagères de drogues au cours de l'année 2003**, dont 505 passages de personnes en situation de précarité ayant bénéficié d'une orientation. Les 2445 passages restants sont le fait de bénévoles (**en moyenne 3 à 4 bénévoles par jour ont contribué à la convivialité de l'accueil**), de professionnels du travail social exerçant dans le quartier (**en moyenne 2 partenaires du quartier par jour**), d'habitants du quartier (**en moyenne 2 habitants par jour sont venus au centre d'accueil**), de stagiaires (**2 stagiaires en moyenne ont été présents au quotidien**), de jeunes du quartier, de professionnels partenaires venant d'autres quartiers, et de parents d'usagers de drogues.

La proportion du nombre de passages de personnes n'étant pas usagères de drogues a été de 22 % par rapport à la totalité des passages.

Ce tableau inspire plusieurs remarques. On peut dire, d'abord, que **la proportion du public non usager de drogues ayant été présent au centre d'accueil est supérieure à celle de l'année dernière (21% en 2002)**, ce qui répond de façon satisfaisante à notre volonté de créer de la diversité dans nos locaux, dans le but de proposer aux usagers de drogues des *fenêtres de sociabilité* ouvertes sur la société globale, contribuant de cette manière à les

désenclaver du monde de la rue qui est leur lot quotidien. Cela, *a fortiori*, parce que conséquence d'une plus grande efficacité dans les orientations des personnes en état de grande précarité sociale vers des dispositifs de droit commun. Ce public a diminué de moitié (505 contre 1186 en 2002). En soustrayant, pour les années 2002 et 2003, de l'ensemble des passages, ceux des personnes en état précaire non usagères de drogues, on s'aperçoit que **la proportion des personnes en situation non précaire et non usagères de drogues est passée de 15% à 18% entre 2002 et 2003**. Ce qui signifie qu'en 2003, notre public a été davantage en co-présence de personnes extérieures au monde de la rue, ce qui répond à notre volonté de créer du lien social par la mixité du public. Cette situation a donc permis à l'équipe de mieux diriger ses moyens et ses efforts vers l'aide au public prioritaire.

Il convient aussi de constater que **l'implication dans nos activités de bénévoles et d'étudiants stagiaires a doublé par rapport à 2002** (de 535 à 1068 passages), ce qui signifie que les objectifs que l'équipe s'était fixés en début d'année ont été largement atteints. Nous avons, en effet, défini comme l'un des principaux « chantiers » de l'année 2003, d'impliquer au sein du centre d'accueil un plus grand nombre de personnes souhaitant faire du bénévolat ou un stage. Ces personnes venues d'horizons les plus divers (étudiants en travail social ou en sciences humaines, habitants du quartier, ou encore toute personne intéressée par notre projet...), et porteuses de savoirs et de compétences spécifiques, ont contribué de façon significative au bon déroulement de nos actions, notamment en s'investissant dans des activités collectives et en participant à la création de sociabilité dans notre local, avec et dans l'intérêt des usagers de drogues accueillis. De nombreux étudiants, après leur période de stage, ont poursuivi, en tant que bénévoles, leur implication aux côtés de l'équipe, ce qui prouve que leur expérience parmi nous a également été positive pour eux, puisqu'ils ont souhaité la prolonger.

Cette évolution favorable de la diversité du public ayant fréquenté, à différents titres, notre local, est un facteur central de l'amélioration de la production de sociabilité avec les usagers de drogues, et donc d'une meilleure convivialité dans l'accueil, ainsi qu'un moteur essentiel de notre contribution pour un changement des représentations collectives à l'égard des usagers de drogues dans la société globale.

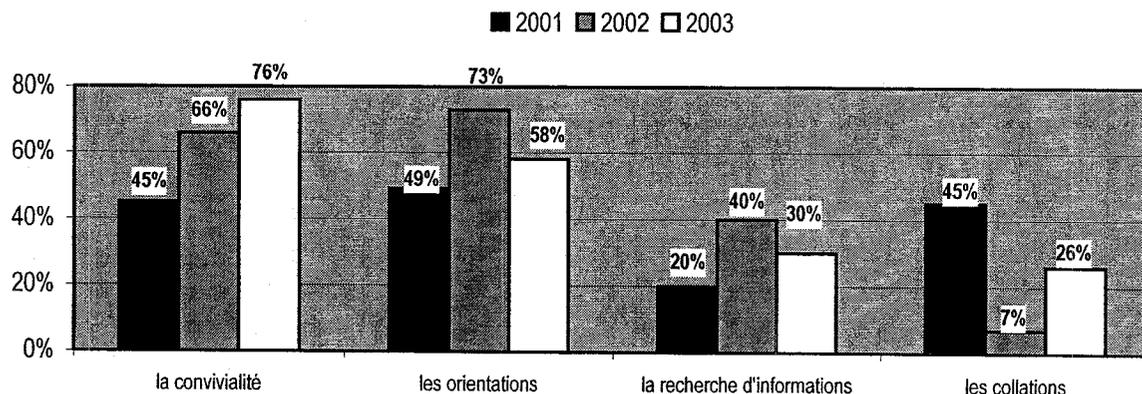
Par ailleurs, en nous efforçant au mieux d'apporter des réponses aux attentes des stagiaires qui ont choisi de participer pendant un temps au projet, nous contribuons, à notre échelle, à enrichir les compétences des acteurs du travail social par la transmission des pratiques professionnelles de notre champ d'intervention, et par le partage d'une appréhension objective du phénomène qui nous concerne.

c) les usagers de drogues et le centre d'accueil

D'après les données issues des questionnaires, **28% des usagers de drogues (UD) ont fréquenté le centre d'accueil pour la première fois en 2003**, et **90% de la totalité des personnes ayant répondu au questionnaire ont été informées de l'existence de la structure par le "bouche à oreille"**, c'est-à-dire par leur groupe de pairs, et non pas au travers d'informations délivrées par d'autres structures ou des institutions (prison, hôpital, CSST etc.). Ce qui incite à s'interroger sur l'efficacité des orientations entre structures et institutions.

d) les raisons ayant amené le public UD à fréquenter le centre d'accueil

76% d'entre eux citent "la convivialité" et les activités collectives 58% "les orientations", 30% "la recherche d'informations" 26% "les collations".



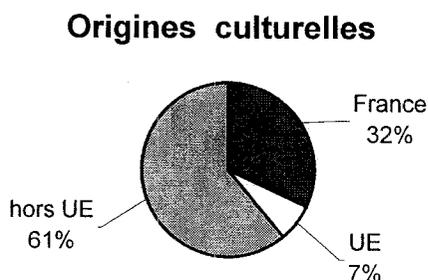
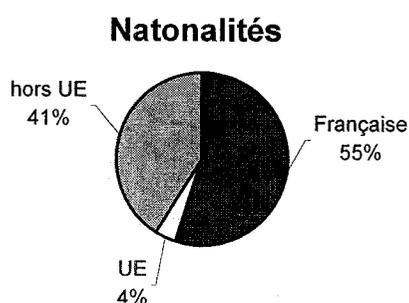
Ces chiffres indiquent que les efforts accrus de l'équipe pour créer une ambiance conviviale et organiser des activités collectives répondant aux objectifs de *resocialisation* motivent notre public dans le bon sens et répondent à un réel besoin (la recherche de convivialité n'était citée qu'à 66% par le public en 2002 et à seulement 45% en 2001). Nous avons pour objectif de *resocialiser* le public. Pour cela il est indispensable qu'il reconstruise une identité sociale positive, et puisse retrouver une dignité que tout citoyen est en droit d'avoir, par l'exercice des compétences sociales exigées par la vie en société. Ces chiffres montrent aussi que nous répondons de façon satisfaisante aux attentes du public en terme *d'orientation* vers le dispositif socio-sanitaire. Dernière remarque concernant les raisons qui motivent la fréquentation du centre d'accueil : la mise à disposition de collations, qui, même si elles sont peu diversifiées, (céréales, lait, boissons chaudes etc.), répondent manifestement à un besoin significatif. Dans ce sens, ayant fait le constat d'une plus grande faiblesse des usagers aux lendemains des week-end (de nombreuses structures d'aide alimentaire étant fermées en fin de semaine), et obtenu un soutien financier de Solidarité Sida, l'équipe a décidé de mettre en place la distribution d'une collation plus importante le lundi et le vendredi.

2) Profil du public

A. Situation sociale du public UD

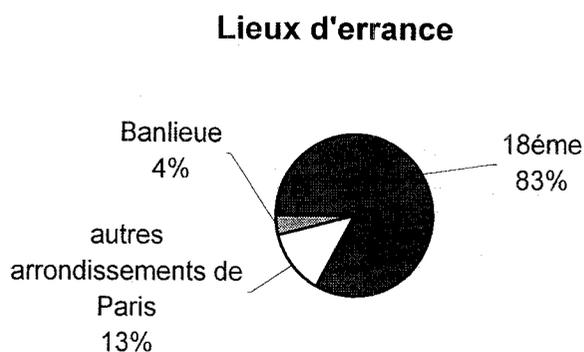
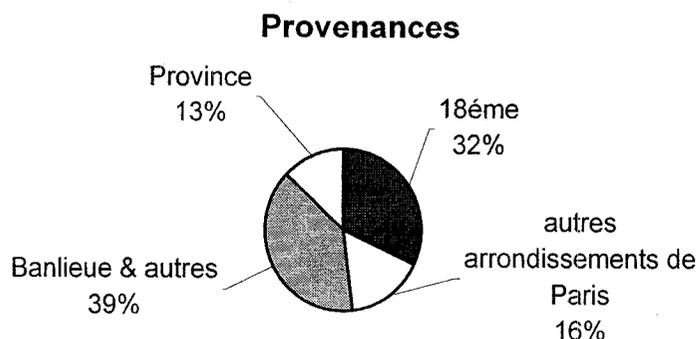
En 2003 comme pour les années précédentes, on a pu constater l'ampleur de la grande précarité sociale et sanitaire et l'isolement extrême que connaît notre public.

a) Nationalités et origines culturelles



La répartition du public par nationalité et par origine culturelle a depuis 2002 évolué dans le sens d'une part plus importante de personnes de nationalité étrangère hors Union Européenne (de 34% à 41%), et d'une proportion moins importante de personnes de nationalité française (de 63% à 55%). Pourtant, la part des personnes se disant d'origine culturelle française n'a pas diminué dans les mêmes proportions. Cela peut s'expliquer par un phénomène intéressant à souligner : lors de la passation des questionnaires, de nombreux ressortissants de pays du Maghreb ont déclaré se sentir plus proches de la culture française que de leur culture d'origine, bien qu'ils puissent parfois en assumer certaines caractéristiques, notamment en ce qui concerne leurs pratiques religieuses.

b) Provenances géographiques et lieux d'errance



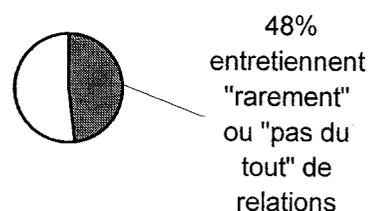
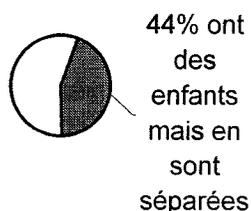
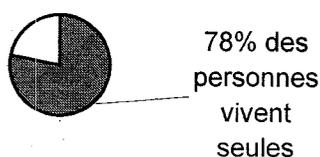
La déclaration de la provenance géographique par les personnes interrogées en 2003, doit faire, de notre part, l'objet d'un certain nombre de réserves. En réalité une partie considérable de ces dernières est constituée de jeunes hommes récemment immigrés du Maghreb et en situation irrégulière sur le territoire national ce qui nous oblige à considérer les résultats obtenus avec précaution. En effet, ces usagers, du fait de la fragilité de leur situation administrative, hésitent parfois, par prudence, à déclarer la réalité de leur provenance. Ayant constaté cet état de fait, et pour éviter de présenter des résultats sujets à controverse, l'équipe de l'accueil a pris le parti d'englober dans une même catégorie les déclarations de provenance « de banlieue » et « les autres », cette dernière catégorie fait souvent référence à la provenance d'un pays étranger.

Contrairement à la tendance observée en 2002, les personnes interrogées sont plus nombreuses à citer le 18^e arrondissement comme lieu d'origine (32% en 2003 contre 17% en 2002) et moins nombreuses à citer la banlieue ou les pays étrangers (39% en 2003 contre 56% en 2002 pour les deux catégories additionnées). Cette évolution est peut être la conséquence de l'accélération de la décomposition des liens sociaux des UD amenant ces derniers à identifier, par défaut, leur territoire d'origine à leur lieu d'errance.

En effet, à la question du lieu où ils passent le plus clair de leur temps, les UD interrogés ont été 83% à citer le 18^e arrondissement, soit 13% de plus qu'en 2002 (70%).

Ainsi, à l'isolement causé par la rupture des liens sociaux autres que ceux du monde de la rue dont est victime notre public répond l'enfermement dans les espaces urbains les plus concernés par la précarité et la toxicomanie.

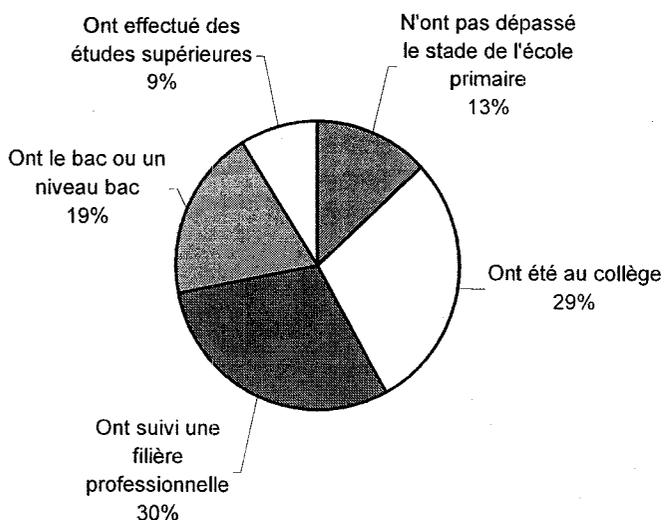
c) Situation familiale



Ces données sont des indicateurs de la grande solitude dans laquelle vivent les personnes que nous accueillons, et de la décomposition de leurs liens sociaux en dehors du milieu de la galère. Cet isolement social apparaît ici comme étant d'autant plus significatif que ces indicateurs soulignent des ruptures de relation avec la famille proche, base de la socialisation dite « primaire », et laisse présumer que les liens de socialisation « secondaire » au sein d'autres groupes d'appartenance (amis, milieu professionnel, engagements religieux, politiques ou associatifs etc.) ont été complètement rompus.

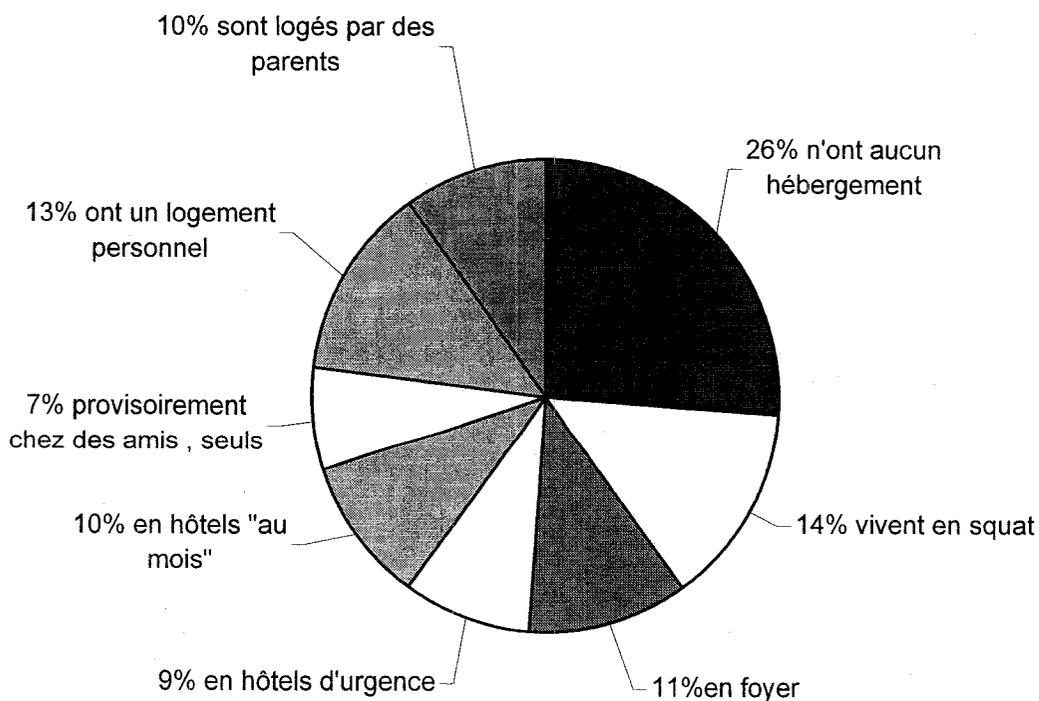
On peut sans mal imaginer la souffrance affective et le sentiment d'abandon que produisent cette solitude et cet isolement social qui, en outre, tendent à enfermer ces personnes dans le monde de l'errance et de la toxicomanie, en limitant ainsi la possibilité d'une resocialisation dans la société globale. La conscience de cette forme de captivité est pour de nombreux UD un facteur de démotivation quant à la possibilité d'améliorer leur existence et la cause d'un désespoir qui peut les inciter à adopter des comportements autodestructeurs.

d) Niveau d'étude



Ces chiffres montrent que 70% du public n'a pas dépassé le stade du collège, ce qui constitue un handicap considérable pour accéder au marché du travail, mais aussi que le fait d'avoir poursuivi des études jusqu'au bac ou au-delà n'évite pas forcément de se retrouver dans une situation de grande misère.

e) Logement, ressources et couverture sociale

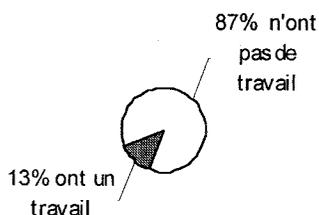


77% doivent se contenter d'un logement précaire.

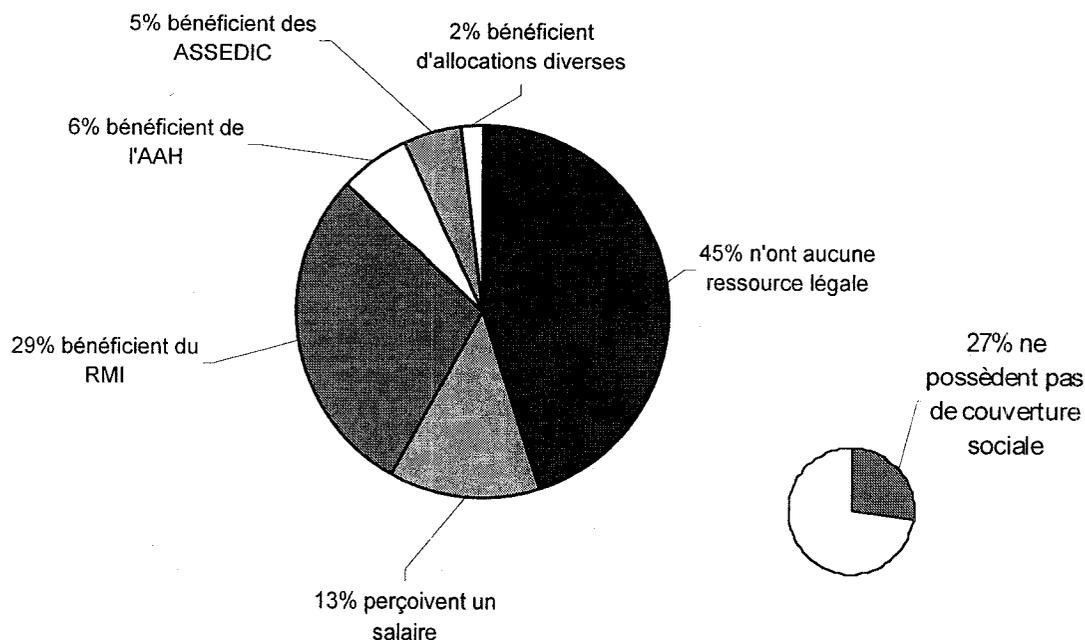
La grande instabilité des conditions d'hébergement qui concerne notre public est toujours aussi dramatique que les années précédentes, et ne va pas dans le sens d'une amélioration. Ainsi, si 26% des personnes ont déclaré n'avoir aucun hébergement au moment de la passation du questionnaire, 78% d'entre elles considèrent que leur situation par rapport au logement est précaire, dans la mesure où, même si elles avaient alors un endroit où se loger, elles n'étaient pas en mesure de s'y projeter au-delà de quelques semaines, voire de quelques jours.

En conséquence de cette situation, 11% des accueillis au centre d'accueil n'ont aucun endroit pour recevoir leur courrier, les autres ayant recours à des structures adaptées ou à des connaissances personnelles.

Les personnes accueillies exerçant une activité professionnelle représentent une infime minorité. La situation s'est aggravée depuis l'année dernière, lorsque 15% des personnes interrogées exerçaient une activité professionnelle. Cet état de fait est inquiétant quand on sait que l'insertion professionnelle est l'un des premiers facteurs de la construction d'une identité sociale valorisante et une condition importante pour gérer une existence dans le sens d'un mieux-être.



De plus, parmi les 13% qui travaillent, seulement 27% bénéficient d'un CDI, 36% d'un CDD, 27% ne sont pas déclarés et 10% effectuent un stage de formation.



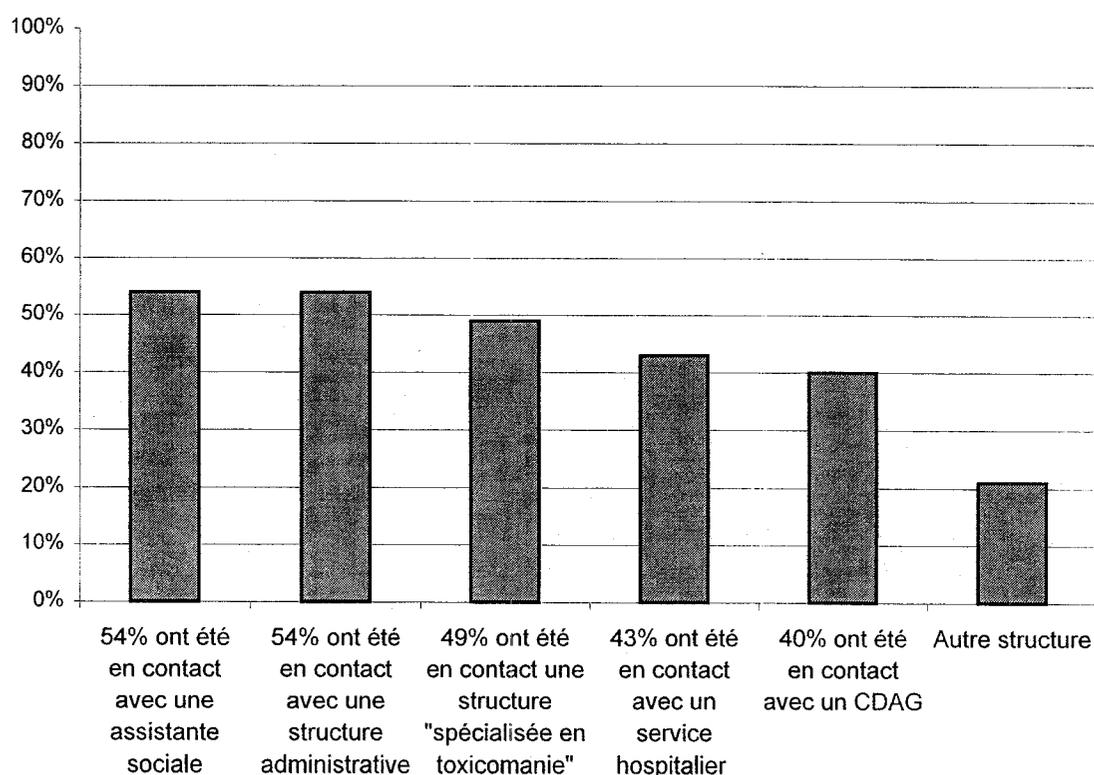
Concernant les ressources dont disposent les personnes que nous accueillons, on peut constater que la part de celles qui perçoivent le RMI diminue d'année en année (29% en 2003 contre 33% en 2002), et que près de la moitié d'entre elles (45%) ne disposent d'aucune ressource, ce qui constitue une véritable régression par rapport à 2002, où elles n'étaient « que » 37% dans cette situation. On peut supposer que ces hommes et ces femmes, pour compléter les maigres aides financières dont ils ou elles peuvent

éventuellement bénéficier auprès des services d'aide sociale sous forme de tickets service, sont amenés à avoir recours à des solutions alternatives, souvent risquées ou dégradantes, pour assurer leur subsistance quotidienne.

Malgré les différents dispositifs visant à élargir le nombre de personnes pouvant bénéficier d'une couverture sociale, 18% de notre public en est encore exclu. On constate cependant une nette amélioration par rapport à 2002, lorsque 46% du public était dans cette situation. On peut mettre cette amélioration sur le compte du souci permanent de l'équipe des accueillants de motiver les UD à régler leur situation et de les orienter sur les structures les plus à même de les y aider.

f) Contacts avec les structures d'aide et les institutions de service public et développement du partenariat

Au cours des six derniers mois :



20% des personnes interrogées n'ont eu aucun contact avec les structures citées ci-dessus au cours des 6 mois ayant précédé la passation du questionnaire.

Dans la perspective de créer des passerelles entre les usagers de drogues en situation de marginalisation et le dispositif d'aide aux exclus, l'équipe du centre d'accueil s'est toujours préoccupée de construire des partenariats avec des structures complémentaires, afin de faciliter l'accès de son public à ce dispositif, d'une part, en privilégiant des évaluations partagées entre équipes ayant des cultures professionnelles différentes et, d'autre part, en assumant un rôle de médiation entre l'UD et le service social ou administratif auquel celui-ci souhaite avoir recours.

En ces temps où les réponses en terme d'aide sociale émanant du dispositif de droit commun ou spécialisé ne couvrent qu'une faible partie des besoins primaires des personnes

en situation précaire, il s'avère indispensable de travailler en réseau avec des structures proposant des réponses différentes et complémentaires de celles que propose le centre d'accueil. Un travail en réseau permet de faire des évaluations collectives des situations à traiter et des réponses possibles données par chaque praticien (éducateur, médecin psychiatre, coordinateur d'un projet, accueillant, assistante sociale, médiateur de première ligne etc.). Ces situations discutées collectivement permettent d'appréhender globalement un problème à partir de points de vue multiples qui s'enrichissent les uns les autres. Un tel travail facilite une orientation et multiplie les chances de la voir aboutir de façon satisfaisante.

C'est pourquoi, pendant l'année 2003, nous avons continué à tisser des liens avec des structures dont les services répondaient aux besoins les plus cruciaux de notre public. Les rapports privilégiés que nous entretenons avec la Coordination Toxicomanies 18, dont l'équipe de rue « Goutte d'Or », présente à toutes nos réunions de secteur (dans notre cas celle du centre d'accueil), informe l'équipe des événements liés aux drogues dans le quartier, effectue des accompagnements d'usagers lorsque la nécessité l'impose, participe à l'évaluation de situations individuelles exigeant des réponses urgentes et à l'élaboration de ces dernières, etc., enrichissent considérablement nos actions.

Le centre d'hébergement d'urgence destiné aux toxicomanes, « Sleep'in », reste un de nos partenaires privilégiés. Nous effectuons de nombreuses orientations pour l'hébergement, ou vers les consultations médicales, sociales et juridiques de jour, qui apportent des réponses aux besoins des UD.

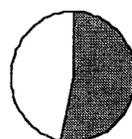
De même, le partenariat qui a été construit avec le centre de soins « La Terrasse », notamment par le biais de son équipe de liaison psychiatrique ELP, a permis de montrer aux usagers du centre d'accueil une image plus positive de l'institution psychiatrique, souvent victime de représentations négatives de la part de notre public, en même temps qu'il offre à nos partenaires la possibilité d'observer de près des pratiques d'intervention auprès des toxicomanes différentes des leurs. Cette collaboration, qui exige parfois des uns et des autres un questionnement sur leurs pratiques respectives, a donné lieu en 2003 à des interventions dont les conséquences ont été consensuellement jugées efficaces. Actuellement, l'équipe de liaison psychiatrique vient à l'accueil une fois par semaine, en plus des interventions réalisées à notre demande, et nous nous rencontrons tous les deux mois pour une réunion de travail collectif.

La construction de nouveaux partenariats, ciblés en fonction des besoins primaires des UD, devra mobiliser cette année encore l'équipe du centre d'accueil. Il semble en effet plus pertinent, dans l'intérêt des personnes accueillies, et pour une organisation plus cohérente du travail d'orientation, de développer des partenariats privilégiés avec quelques structures clefs dans le but de rendre les orientations plus efficaces plutôt que de multiplier des orientations tous azimuts qui ont moins de chances d'aboutir.

g) Situation juridique



66% ont fait de la prison au cours de leur vie



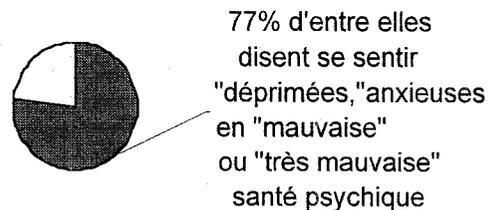
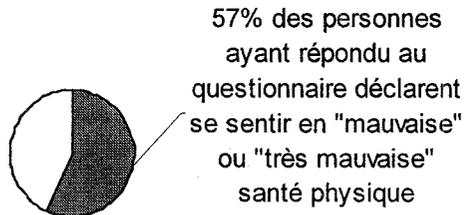
53% ont un problème juridique en cours

Concernant les séjours en prison, les proportions se maintiennent depuis 2001 (66%). En revanche, les personnes ayant des problèmes juridiques au moment où elles ont répondu au

questionnaire sont, d'année en année, de plus en plus nombreuses. En effet, elles étaient 34% en 2001, 40% en 2002, et sont 53% en 2003, ce qui illustre clairement la juridiciarisation croissante des UD. La répression accrue par les forces de police associée à leur grande précarité sociale expliquent cette alarmante situation.

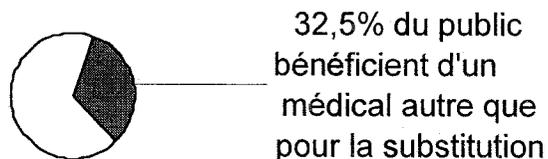
B. Situation sanitaire

a) Santé physique et psychologique



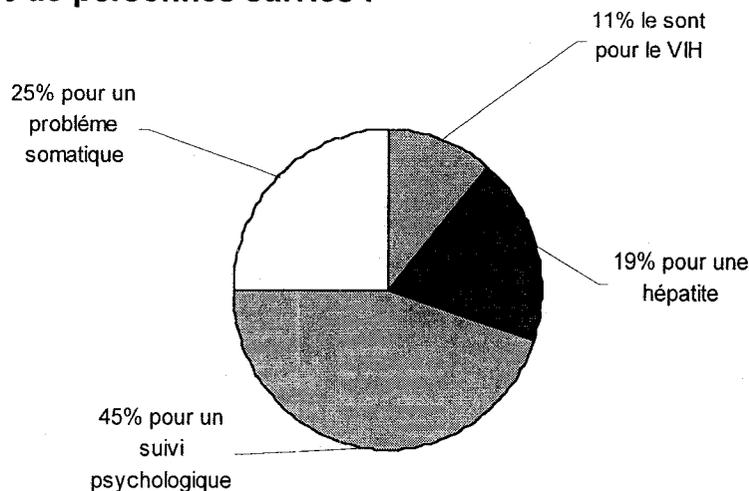
Au regard de leur situation sociale, les déclarations des UD à propos de leur santé physique et psychique invitent le lecteur à considérer l'articulation intime qui existe entre les dimensions sanitaires, psychologiques et sociales en jeu dans la constitution globale du bien-être (ou du mal-être) d'un individu. Notamment pour l'appréhension du phénomène complexe de la toxicomanie, une approche sensée doit, par souci d'efficacité, se fonder sur la prise en compte de ces différentes dimensions de l'être, et tenter d'agir globalement sur chacune d'entre elles.

b) Suivi médical



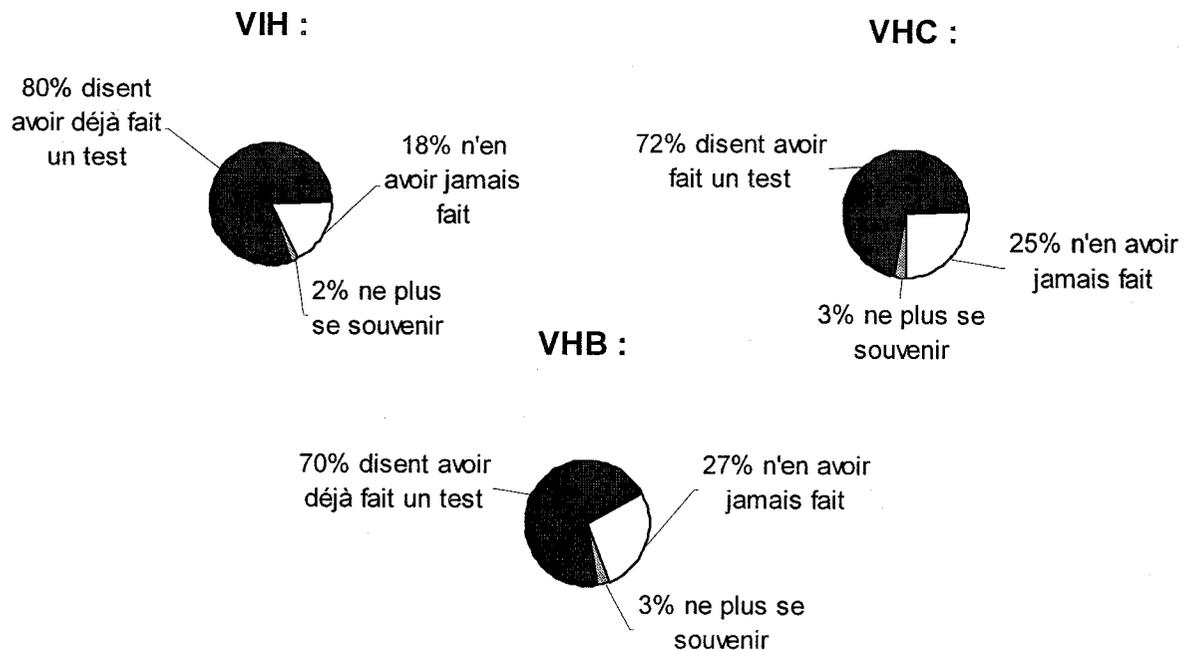
Ce chiffre indique une stabilité du suivi médical par rapport à l'année dernière.

Parmi les 32% de personnes suivies :



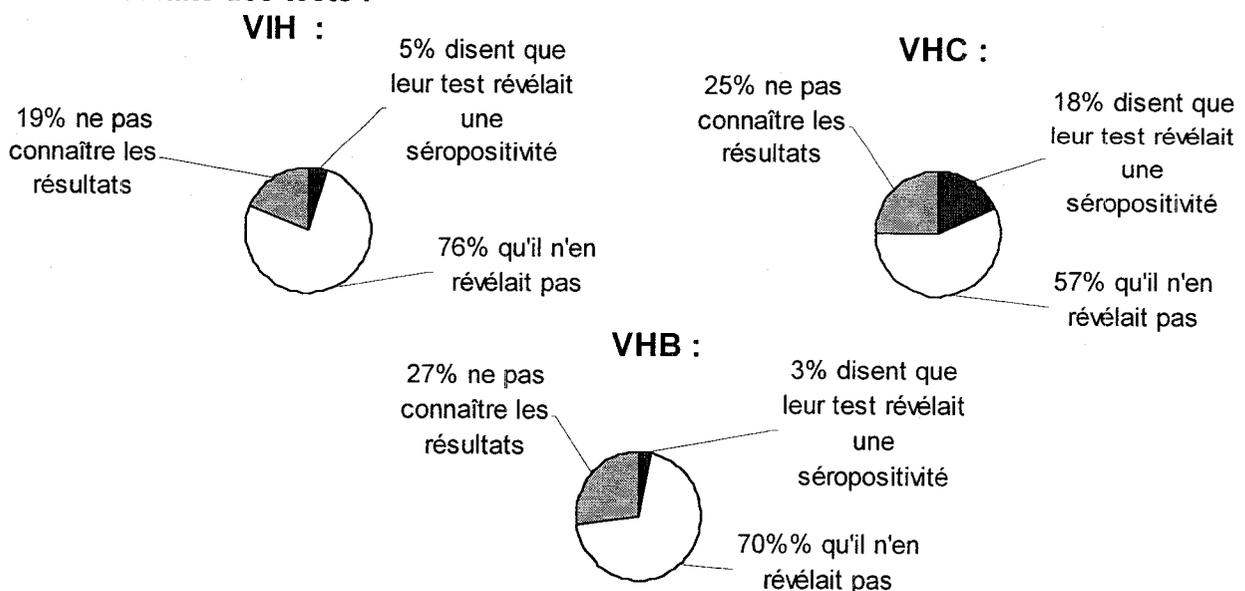
c) Sérologie

Dépistage VIH, VHC et VHB :



En comparant ces chiffres à ceux de l'année dernière, on remarque que si, malheureusement, les personnes déclarant avoir fait un test VIH ou un test VHB ont été moins nombreuses en 2003, celles qui déclarent avoir fait un test VHC ont été presque deux fois plus nombreuses en 2003 qu'en 2002 (72% contre 48,5%), ce qui semble indiquer que la diffusion de messages de prévention concernant le VHC, qui actuellement atteint de plein fouet les usagers de drogues, a été utile.

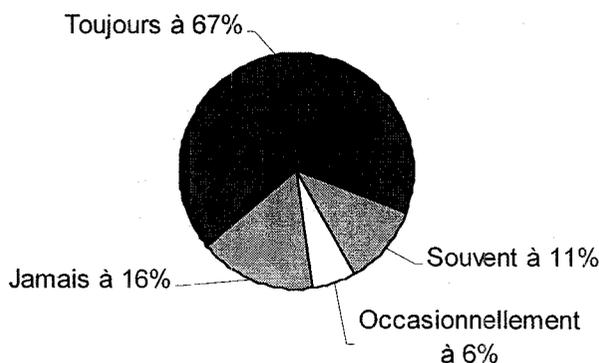
Les résultats des tests :



Ces chiffres indiquent, pour les trois sérologies, des prévalences inférieures à celles constatées l'année dernière. Cependant, l'importance de la proportion de personnes ne connaissant pas leur sérologie ou disant n'avoir pas fait de test incite à considérer ces chiffres avec la plus grande prudence.

d) Utilisation du préservatif

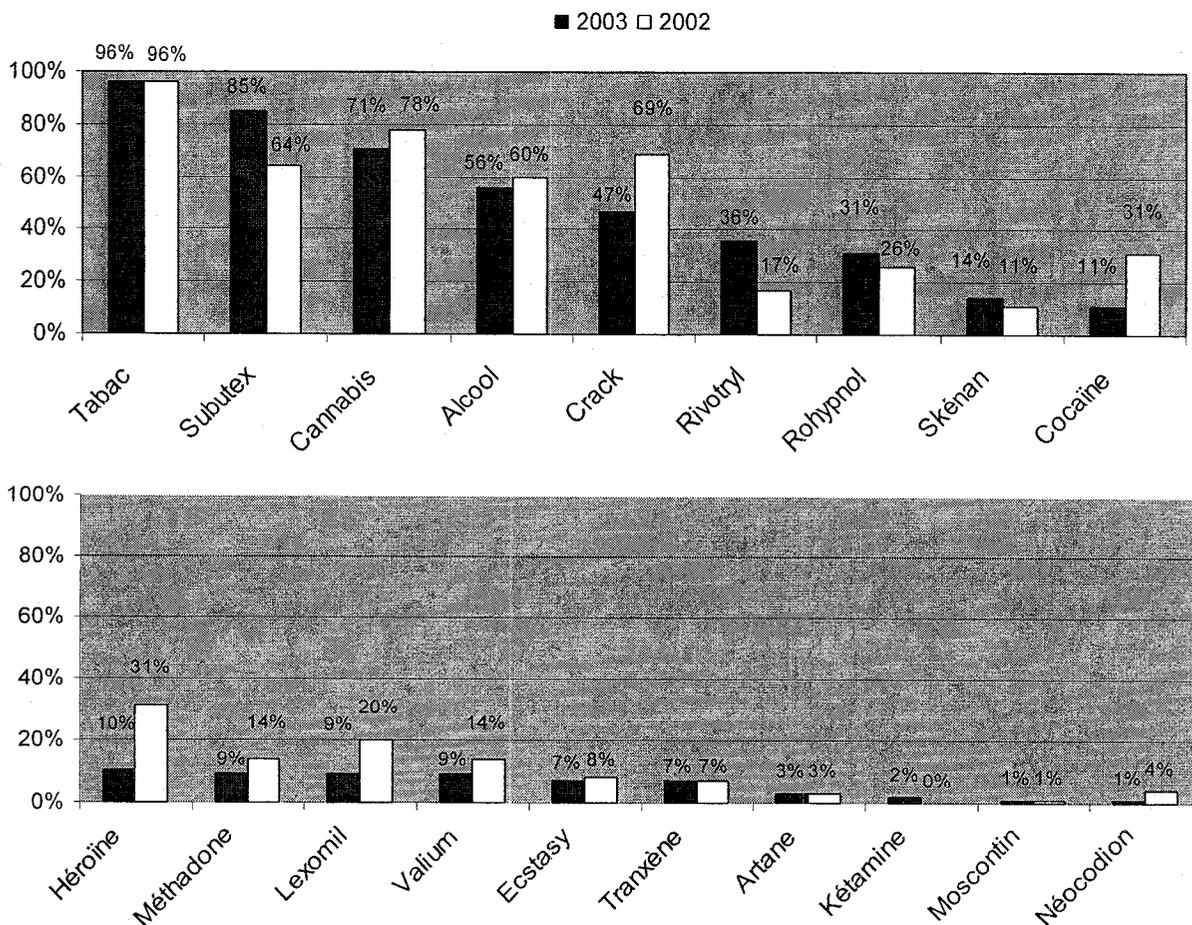
Le public affirme utiliser, lors de rapports sexuels, un préservatif :



Ces résultats indiquent que l'attitude du public vis-à-vis de l'usage du préservatif lors des rapports sexuels n'a pas significativement changé par rapport à 2002.

C. Produits psychoactifs consommés

Les chiffres qui suivent parlent de la grande importance et de la diversité des produits consommés. Nous nous abstenons de faire des commentaires explicatifs de ces comportements puisqu'ils indiquent la violence et la marginalisation de la vie de ce public. Présentons, produit par produit, les proportions de consommation déclarées par notre public, par ordre décroissant, en les comparant avec celles relevées l'année dernière :



Certaines tendances doivent être considérées avec précaution, notamment le recul apparent de la consommation de crack, de cocaïne en poudre et d'héroïne entre 2002 et 2003. Ces résultats sont dus en partie au fait que le panel des usagers interviewés a été sensiblement modifié en 2003. En effet, on constate depuis quelques mois la recrudescence d'un public nouveau constitué de jeunes immigrés arrivés récemment du Maghreb, dont on connaissait mal le profil socio-sanitaire. Ces personnes ont donc été davantage sollicitées pour la passation des questionnaires, la part des usagers de drogues dites dures (crack, cocaïne, héroïne) s'en trouvant proportionnellement réduite. Or, ces jeunes immigrés se trouvent, la plupart du temps, dans un moment initial de l'usage de drogues, privilégiant la consommation abusive de médicaments détournés et d'alcool, produits qui, dans leur esprit, ne sont pas des « drogues » au sens fort, ce qui relève clairement d'une volonté de se différencier des usagers de crack.

Il convient donc de relativiser cette baisse apparente de la consommation de crack, de cocaïne et d'héroïne par le public reçu à l'accueil, les usagers de ces drogues n'ayant pas, selon nos observations, modifié de façon significative leurs conduites addictives. Mais on peut néanmoins constater le développement d'autres formes d'usage de drogues.

On constate notamment l'augmentation de l'usage détourné de médicaments "légaux", principalement le Rivotryl (+ 100% par rapport à 2002), le Rohypnol (+ 20 %) et le Subutex (+30%). Cette augmentation n'est pas que le reflet de l'évolution du panel des usagers auprès desquels les données ont été recueillies, mais aussi une réalité qui concerne les usagers de drogues dures, notamment de crack. En effet, un traitement plus fin des données montre que ceux qui continuent de consommer du crack ont parallèlement une consommation de médicaments détournés de plus en plus importante. Dans ce sens, on peut mettre ces résultats en perspective avec l'augmentation de la distribution des seringues de 2cc (+60%) et de 3cc (+256%), souvent utilisées pour l'injection de Subutex et de Skénan (voir chapitre sur STEP).

Par ailleurs, près de la moitié des répondants au questionnaire, (46%) disent avoir effectué au moins un sevrage au cours de leur toxicomanie, ce qui en tout état de cause n'a pas résolu leurs problèmes, et semble démontrer que l'usage de drogues n'est pas le seul facteur de leur précarité et de leur isolement.

D. Situation spécifique des femmes

Depuis quelques années déjà, l'équipe du centre d'accueil s'intéresse particulièrement aux problèmes rencontrés par les femmes usagères de drogues en situation de grande précarité et réfléchit aux réponses spécifiques qu'il serait possible d'y apporter. Dans cette perspective, nous avons exposé dans le rapport d'activité 2002 les particularités du profil global des femmes fréquentant le centre d'accueil. Nous proposons ici quelques résultats portant sur la situation des femmes ayant répondu au questionnaire mis en parallèle avec les résultats portant sur l'ensemble du public.

	Les femmes	L'ensemble du public
Aucun lien avec la famille	48%	30%
Ont des problèmes juridiques	67%	53%
Ont le VIH	10%	5%
Usage héroïne	16%	10%
Cocaïne	19%	11%
Crack	71%	47%
Skénan	23%	14%
Lexomil	20%	9%
Possèdent le bac ou le niveau bac	32%	19%
Perçoivent le RMI	42%	29%
Fréquentent des structures spécialisées en toxicomanie	71%	49%
Evoquent la convivialité comme raison de fréquenter l'accueil	80%	76%

A la lecture de ces chiffres, on peut faire globalement trois constats.

Premièrement, il apparaît clairement que certains indicateurs significatifs des difficultés qui touchent notre public sont plus accentués chez les femmes UD que nous recevons. Ainsi, la rupture totale des liens avec la famille est plus fréquente pour elles, ce qui traduit un isolement plus prononcé avec leur groupe de socialisation primaire. On peut interpréter ce fait en considérant que les femmes ayant basculé dans une existence marginale sont plus souvent que les hommes victimes du rejet de la part de leur famille. On observe aussi que les femmes sont plus fréquemment confrontées à des ennuis avec la justice, ce qui s'explique peut-être par le fait qu'elles ont très souvent recours à la prostitution pour assurer leur survie, et que cette activité fait actuellement l'objet d'un traitement policier et judiciaire plus intense. Enfin, ces facteurs d'un mal être accru ne sont sans doute pas dénués de conséquences sur la consommation plus importante que font les femmes UD de certains produits psychoactifs tels que l'héroïne, la cocaïne en poudre, le crack, le skénan et le lexomil.

Deuxièmement, on constate qu'à l'inverse, certains indicateurs d'isolement et de précarité sont relativement plus favorables aux femmes. Ainsi, ces dernières ont globalement un niveau d'étude supérieur à celui des hommes, puisqu'elles sont 32% à posséder le baccalauréat ou un niveau d'étude équivalent contre 19% pour l'ensemble du public. D'autre part, elles bénéficient plus souvent du RMI que les hommes. Dans le même sens, elles sont proportionnellement plus nombreuses à fréquenter les structures intervenant dans le champ de la toxicomanie. On peut penser que ce dernier résultat statistique est dû, d'une part, au niveau d'étude plus élevé des femmes, ce qui est susceptible d'accroître leurs compétences pour accéder au dispositif d'aide et, d'autre part, au fait que ce dispositif s'efforce d'être plus accessible aux femmes, dont les conditions de vie sont souvent plus dramatiques encore que celles des hommes.

Enfin, troisième constat : les femmes sont légèrement plus nombreuses à citer comme raison de fréquenter notre structure la convivialité qu'elles y trouvent. Si l'écart de la proportion de ce type de réponse par rapport à l'ensemble du public n'est pas très significatif, il prend néanmoins à contre-pied l'idée, évoquée à plusieurs reprises en cours d'année lors de discussions sur la place des femmes dans le centre d'accueil, selon laquelle l'ambiance dans le local ne correspondrait pas aux attentes des femmes du fait que les hommes y étant majoritaires en nombre, ils imposeraient un mode de sociabilité trop « viril ».

Ce constat de la satisfaction du public féminin quant à la convivialité de l'accueil constitue une récompense significative des efforts de l'équipe visant à produire une ambiance générale accueillante pour les personnes. Une attention toute spéciale est portée pour éviter les comportements et propos machistes ou discriminatoires, sans pour autant exclure les personnes qui en sont responsables. Nous privilégions la discussion et l'explication basées sur des valeurs d'égalité et de respect pour tous.

Conclusion sur le profil global du public

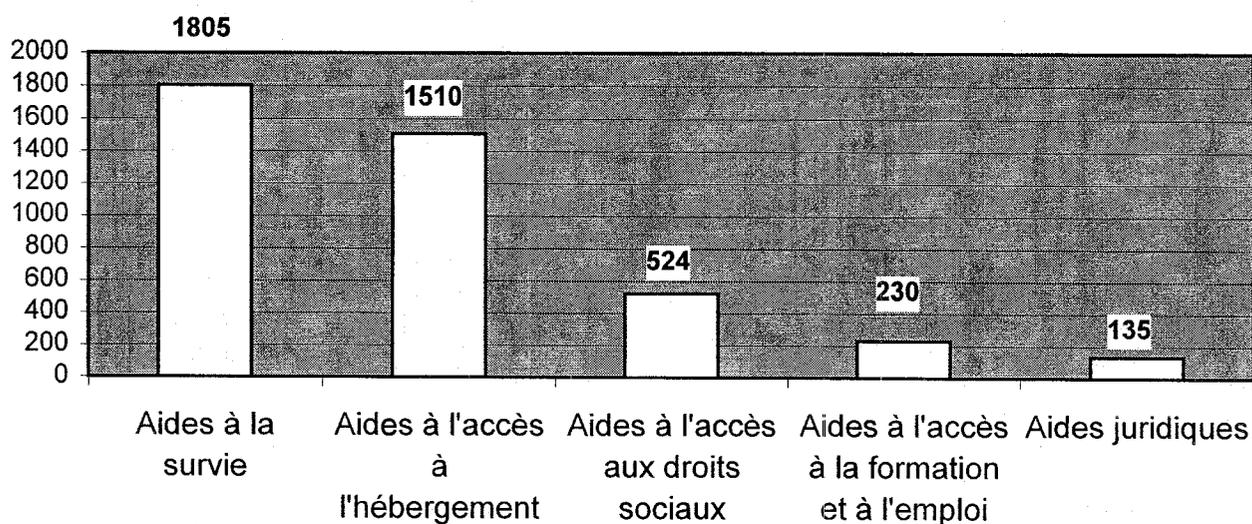
Les chiffres que nous venons d'exposer, qui dans leur objectivité froide révèlent des vécus subjectifs dramatiques, attristants, voire révoltants, témoignent, par la gravité du tableau de la misère qu'ils dépeignent et son aggravation année après année, de l'ampleur du travail qui s'impose aux dispositifs de réduction des risques en général, et à notre petite structure en particulier, dont les moyens sont tragiquement limités, mais dont les acteurs (accueillants d'abord, et aussi bénévoles, stagiaires, partenaires) s'investissent de leur mieux, souvent sans mesurer leurs efforts, pour tenter de réduire les inégalités effarantes dont ils sont les témoins au quotidien.

Les chapitres qui suivent rendent compte, de la façon la plus fidèle possible, du travail produit par le collectif des personnes engagées dans le centre d'accueil, sans avoir pour autant la prétention d'en donner une description complètement exhaustive. Car les pratiques qui produisent un travail de qualité sont multidimensionnelles et exigent une multiplicité de compétences personnelles, dont certaines tiennent à une capacité relationnelle relevant d'expériences subjectives et de réactions intuitives propres à chaque membre de l'équipe, qui, bien qu'elles puissent être formalisées et partagées par tous, présentent la particularité d'être difficilement descriptibles de façon explicite dans le cadre de ce document.

3) Demandes d'orientation et aides au quotidien

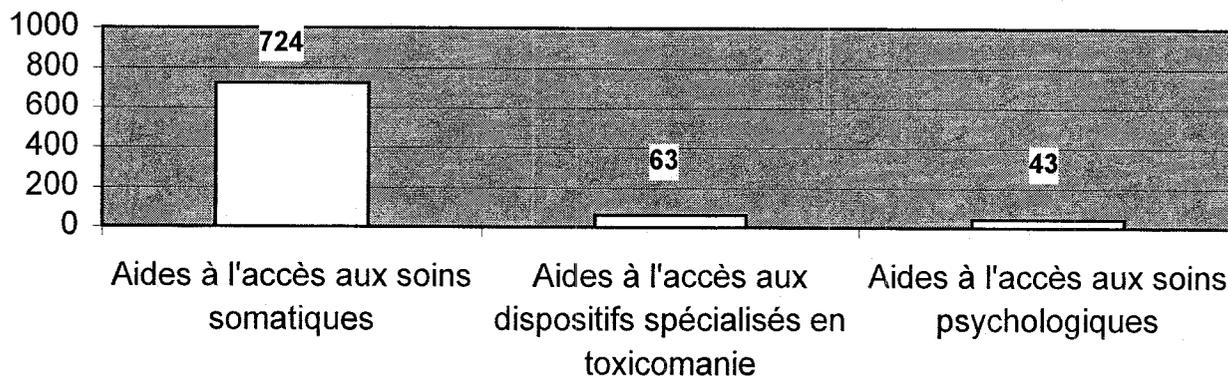
a) Orientations sociales :

□ 2003



b) Orientations sanitaires :

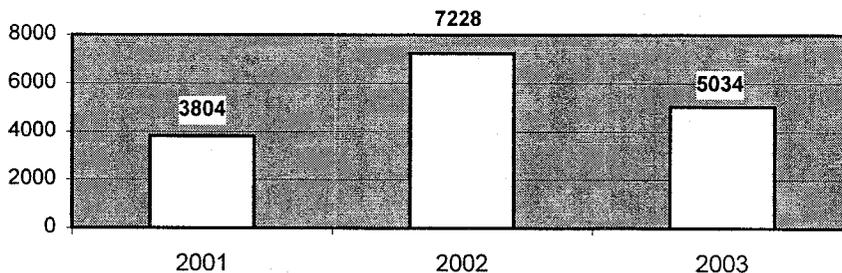
2003



La somme des demandes d'aide à la survie au quotidien et à l'accès aux droits sociaux et aux dispositifs sanitaires auxquelles l'équipe du centre d'accueil s'est efforcée d'apporter

des réponses a atteint cette année le chiffre de 5034. Ce chiffre est inférieur à celui de l'année dernière, quand 7228 demandes avaient été formulées, mais supérieur à celui constaté en 2001, qui s'élevait à 3804.

Demandes d'aides de 2001 à 2003



Partant du constat que la recherche de solutions aux demandes d'accès aux droits sociaux reste souvent vaine étant donnée la saturation du dispositif d'aide aux personnes précaires, et qu'elle représente donc une charge de travail trop importante au regard des maigres résultats qu'elle permet d'obtenir, au point de mettre en péril l'accomplissement des autres activités du centre d'accueil, l'équipe a pris le parti d'effectuer, plus systématiquement, des orientations vers des services sociaux susceptibles de traiter globalement ces demandes. Cette attitude a pour conséquence de diminuer la charge de travail de l'équipe tout en orientant les personnes accueillies vers des services sociaux plus à même d'être efficaces pour des suivis à long terme, et elle présente l'avantage de favoriser l'accès des UD aux dispositifs de droit commun, afin qu'ils puissent, lorsqu'ils sont en relation avec ceux-ci, se reconnaître dans une identité sociale ne se limitant pas à celle de « toxicomane ».

Nous verrons dans le développement de ce chapitre quels ont été les différents types de demandes adressées à l'équipe. Précisons ici qu'un des objectifs du centre d'accueil est d'avoir la fonction d'une passerelle entre des usagers de drogues en grande précarité et les dispositifs socio-sanitaires de droit commun ou spécialisé en toxicomanie. L'équipe se donne pour tâche de favoriser l'émergence des demandes et de proposer des orientations. En effet, certaines personnes auxquelles nous nous adressons n'ont plus la motivation, la force ou l'espoir de faire les demandes nécessaires à l'obtention d'aides auxquelles elles ont pourtant officiellement droit. Deux conditions sont nécessaires pour atteindre les objectifs fixés : d'un côté, créer un contexte relationnel favorable fait de convivialité (ce point sera développé plus loin), de disponibilité des accueillants et d'écoute ; d'un autre côté, disposer d'une base de données à la disposition des personnes accueillies (telles que des répertoires d'adresses utiles) et de moyens appropriés (Minitel, téléphones, Internet, enveloppes et timbres, etc.). Mais au-delà des moyens disponibles, chaque accueillant mobilise un savoir-faire construit collectivement sur la base des connaissances que possèdent les personnes qui composent le « collectif » de l'association : bénévoles, salariés, stagiaires, mais aussi les usagers de drogues accueillis eux-mêmes, qui sont les mieux placés pour parler des dispositifs auxquels ils sont les premiers à avoir recours, et contribuent ainsi aux actions leur étant principalement destinées. Ce savoir-faire permet aux accueillants de faire face aux demandes en tentant de les cerner globalement au regard de la situation de l'utilisateur les ayant formulées, de prendre la plus juste mesure des besoins et de leur urgence, ainsi que celles des réponses existantes, afin de proposer l'orientation la plus adéquate possible.

Au cours de ce chapitre seront détaillées les différentes demandes qui sont adressées à l'équipe du centre d'accueil, en distinguant celles qui sont d'ordre plutôt sanitaire de celles d'ordre plutôt social

A. L'aide sur des problématiques sociales

L'aide à la résolution des problèmes d'ordre plutôt social constitue la plus grande part du travail « d'aide au quotidien et à l'accès aux dispositifs sociaux et sanitaires spécifiques et de droit commun » (4304). La dimension sociale représente ainsi autour de 80% du travail d'orientation effectué au centre d'accueil. Nous présenterons de façon détaillée les différents types d'aide sociale en les exposant par ordre décroissant du nombre des réponses proposées pour chacun d'entre eux.

a) Aide au quotidien

Les réponses aux demandes d'aide à la survie au quotidien représentent la plus grosse part de l'aide de type social, et leur nombre s'élève à 1805, ce qui traduit l'importance des besoins de première nécessité du public du centre d'accueil. Ce chiffre a pourtant diminué de 25% par rapport à 2002 (1805 contre 2286). Cette diminution s'explique par le fait qu'avec l'accord des financeurs, nous avons arrêté de distribuer individuellement les tickets-service que Solidarité Sida mettait à notre disposition pour organiser, à la place, un atelier-repas donnant lieu une fois par semaine à la distribution, dans un cadre convivial, d'une collation améliorée en fonction des moyens dont nous disposons (à peu près 100 euros par semaine). Par ailleurs ces distributions ne sont pas intégrées dans les statistiques. Cette collation améliorée s'ajoute pour une journée aux céréales que nous distribuons quotidiennement. Elle se compose, en fonction de la saison, d'un sandwich accompagné d'une soupe, d'un fruit ou d'un yaourt. Cette distribution collective a permis d'éviter les réactions de violence découlant du sentiment d'injustice vécu par des personnes sans ressources pour lesquelles un ticket-service est toujours insuffisant.

L'aide à la survie comprend, en outre, l'orientation avec lettre d'accompagnement vers des vestiaires, la mise à disposition de timbres et d'enveloppes pour l'envoi des courriers indispensables, et les aides ponctuelles en cas d'urgence vitale (distribution de tickets-service, de tickets de métro ou de billets de train pour ceux qui partent en postcure et n'ont pas les moyens de régler leur transport, etc.). Ces aides sont essentielles car elles répondent à des besoins concrets et urgents, mais elles ont, la plupart du temps, un caractère uniquement palliatif, et ne permettent pas d'envisager la résolution des causes de ces besoins.

b) Aide à la recherche d'hébergement

Les actes d'aide à la recherche d'hébergement, au nombre de 1510, se sont maintenus au même niveau qu'en 2002. L'hébergement reste, à Paris, la principale difficulté que rencontrent au jour le jour les personnes précarisées. C'est un constat récurrent que font les associations parisiennes travaillant avec des exclus. *A fortiori* au cœur de l'hiver, il est presque impossible de trouver une place dans un foyer du Samu Social (un poste de téléphone programmé exclusivement pour les appels au 115 est mis à la disposition des usagers pendant les heures d'ouverture de l'accueil) ou au Sleep'in, structure qui ne reçoit que des usagers de drogues, mais est limitée à trente places, ce qui est tout à fait insuffisant, ne serait-ce qu'au regard de la file active du centre d'accueil et des indicateurs de précarité de son public, constatés au chapitre précédent.

c) Aide à l'accès aux droits sociaux

Cette année encore, les actes d'aide à l'accès aux droits sociaux tels que le RMI, la COTOREP, les allocations familiales, la couverture sociale, la domiciliation pour les sans domicile fixe, ou le fait d'obtenir des documents concernant l'état civil se sont maintenus à un niveau élevé (524), ce qui montre que l'équipe du centre d'accueil a su faire exprimer des demandes de ce type et tenter d'y apporter des réponses.

d) Aide à la recherche de formation et d'emploi

L'aide à la recherche d'une formation ou d'un d'emploi exige parfois d'élaborer une lettre ou un C.V., travail qui exige discussion et rédaction, donc du temps. Elle s'est maintenue à un niveau élevé (230), bien qu'inférieure à l'année dernière (313 en 2002). Cette relative diminution des demandes d'aide à la recherche d'emploi peut s'expliquer par l'augmentation du taux de chômage au niveau national et par la démotivation de personnes de plus en plus précarisées socialement.

Il convient ici de souligner que l'aide à la recherche d'emploi, et plus spécialement les appels téléphoniques vers d'éventuels futurs employeurs, est rendue extrêmement difficile lorsque le local est sur-fréquenté. Le bruit, par exemple, qui découle d'une sur-fréquentation, est tout à fait nuisible au bon déroulement d'un entretien téléphonique en vue d'obtenir un emploi. Il paraît donc évident que la meilleure gestion de la fréquentation engagée depuis début 2002 ait facilité ce genre de démarche (voir *Rapport d'Activité 2002*).

e) Aide à la résolution des problèmes juridiques

En 2003, 135 demandes juridiques ont trouvé réponse grâce aux accueillants : mise en contact avec un service d'aide juridique, mise à disposition du téléphone pour joindre un avocat, etc.. 100 autres demandes ont été traitées lors des consultations assurées une fois par semaine par un conseiller d'accès au droit de l'association Droits d'Urgence. Les paragraphes qui suivent ont été réalisés par Karima Berkouki, consultante d'accès au droit assurant des permanences à l'accueil d'EGO le vendredi après-midi.

Les permanences juridiques sont assurées par une consultante en accès au droit mise à disposition par l'association Droit d'urgence. Son rôle consiste à assurer des permanences d'orientation et d'information juridique, l'objectif étant de lutter contre les exclusions et de faciliter l'accès au droit des personnes démunies.

L'accueil et l'écoute attentive sont essentiels en raison du public reçu, souvent fragilisé par un parcours difficile. Si cela ne suffit pas à régler le problème juridique, cela permet néanmoins de réduire le sentiment d'injustice et d'isolement qui peut être ressenti. Ainsi, lors de l'entretien, il est essentiel de prendre en compte les dimensions sociales et humaines, ce qui implique une collaboration avec le personnel permanent de l'association.

Afin de régler certains cas d'urgence la consultante est amenée à informer le personnel sur les lois sur l'entrée et le séjour des personnes en situation irrégulière ou les domaines de droit le plus souvent abordés. Il arrive également qu'elle assure des permanences téléphoniques pour les cas qui ne peuvent pas attendre.

Près de 100 personnes ont pu être reçues au cours de l'année 2003 dans les cadre des permanences juridiques.

Les domaines de droit abordés lors des entretiens sont majoritairement le droit des étrangers et le droit pénal (demande de désignation d'avocat commis d'office au bureau pénal, dépôt de plainte pour violence volontaire ou erreur médicale ; dépôt de demande de titre de séjour, demande d'assignation à résidence dans le cadre d'une requête en relèvement d'interdiction du territoire français).

Vient ensuite le « droit au logement » en l'occurrence les procédures d'expulsion. (demande de délai, orientation vers l'espace solidarité habitat pour la prévention des expulsions.), le droit de la famille et le droit des assurances (victimes et auteurs d'accidents de la circulation : demandes d'indemnisation).

Le traitement de certains dossiers implique des orientations, en l'occurrence :

- ▶ Le BAJ (Bureau d'aide juridictionnelle) après avoir rempli et complété le dossier afin qu'il puisse être assisté gratuitement par un avocat dans le cadre de la procédure.
- ▶ Le Tribunal de Grande Instance pour y retirer des copies de jugement (condamnations) ou être reçu par un avocat (qui assure des permanences gratuites) lorsque les questions posées ne relèvent pas de la compétence du conseiller juridique.
- ▶ Les juridictions administratives (Tribunal administratif, Conseil d'état) ou enfin les maisons de justice et de droit où sont amenées à intervenir différentes associations (Paris aide aux victimes, ADIL : spécialiste en droit du logement...) et le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) où certaines personnes sont tenues de se présenter dans le cadre de l'exécution de leur peine (contact des travailleurs sociaux et du Juge d'application des peines en cas de révocation de sursis).

L'un des avantages d'une telle permanence repose sur le fait qu'un suivi de dossier peut être assuré. Ainsi, il arrive souvent que le consultant en accès au droit soit amené à assurer un accompagnement en préfecture pour appuyer la demande de titre de séjour et éventuellement rappeler et justifier les bases juridiques d'une telle demande ce qui permet de débloquer certaines situations complexes. Ou encore de faire des recours gracieux en cas de rejet.

Si de nombreuses personnes sont déjà engagées dans des procédures contentieuses, lorsqu'elles sont orientées par l'équipe de l'association, le consultant essaiera de privilégier (si c'est encore possible), avant tout, la phase amiable afin de trouver une solution qui sur du long terme peut être plus bénéfique (orientation vers un médiateur).

Voici à titre d'exemple le parcours d'une personne reçue, ce qui nous permet d'avoir une idée des différentes démarches effectuées et des difficultés rencontrées :

- ▶ Mr X de nationalité marocaine est arrivé en France il y a près de 5 ans. Incarcéré pour ILS (infraction à la législation des stupéfiants) il a également été condamné à une interdiction définitive du territoire français, ce qui est souvent le cas en matière de stupéfiant. Juridiquement il est tenu de quitter le territoire français dès sa sortie de prison. Or ce dernier apprend au cours de son incarcération qu'il est atteint d'une maladie grave qui nécessite des soins en France. Dès lors une demande de titre de séjour pour soins peut être faite par dérogation au principe. Cependant, une assignation à résidence est nécessaire dans le cadre d'une requête en relèvement d'interdiction du territoire français. En pratique cela prend beaucoup de temps et implique des appels réguliers auprès du Ministère de l'intérieur pour relancer la demande d'assignation. De

plus Mr X s'est vu refuser cette assignation dans un premier temps dans la mesure où le ministère contestait son certificat médical (faux). Il a donc fallu que la préfecture fasse une contre expertise. Deux ans après nous venons d'obtenir une assignation à résidence mais il attend toujours sa convocation auprès du juge pour que son ITF (interdiction du territoire français)soit relevée.

Les permanences juridiques sont essentielles car elles permettent de résoudre certaines situations, entravant l'insertion ou la réinsertion dans la vie sociale et professionnelle. Cependant, il faut souligner le fait qu'une autre permanence pourrait être nécessaire compte tenu de la demande afin d'éviter que les dossiers soient traités de manière trop rapide et expéditive avec en plus le sentiment de ne pas être entendu.

B. L'aide sur des problématiques sanitaires

La dimension sanitaire de l'aide à l'accès au dispositif spécialisé ou de droit commun, bien qu'elle représente une proportion inférieure de l'aide globale par rapport à la dimension sociale, se maintient à un niveau élevé, mais présente une baisse d'à peu près 25% (830 demandes contre 1091).

a) Accès aux soins somatiques

L'aide à l'accès à la prévention ou aux soins de type somatique (724) s'est maintenue en 2003 presque au même niveau qu'en 2002, dans quasiment tous ses aspects : mise en contact avec un médecin ou un service médical, un dentiste ou un service dentaire, un dermatologue, un gynécologue, un service de dépistage ou de suivi du VIH, ou encore la réalisation d'un soin minime (petit pansement sur une plaie sans aucune gravité, etc.), distribution de préservatifs, appel des pompiers, ou simplement mise à disposition du téléphone pour un numéro connu à l'avance par la personne accueillie... Comme pour les autres aspects du travail du centre d'accueil, le nombre des demandes témoigne à la fois de la dégradation de la situation sanitaire du public et de l'augmentation de la charge de travail de l'équipe.

b) Accès aux soins spécifiques toxicomanie

Les actes d'aide à l'accès au dispositif sanitaire spécialisé en toxicomanie ont été au nombre de 63. Le constat de la faible proportion de demandes d'orientation vers le dispositif spécialisé par rapport à l'ensemble des demandes laisse à penser que les problèmes directement liés à l'usage de drogues sont d'une moindre importance que ceux qui renvoient à la question de la précarité en général.

c) Accès aux soins psychologiques

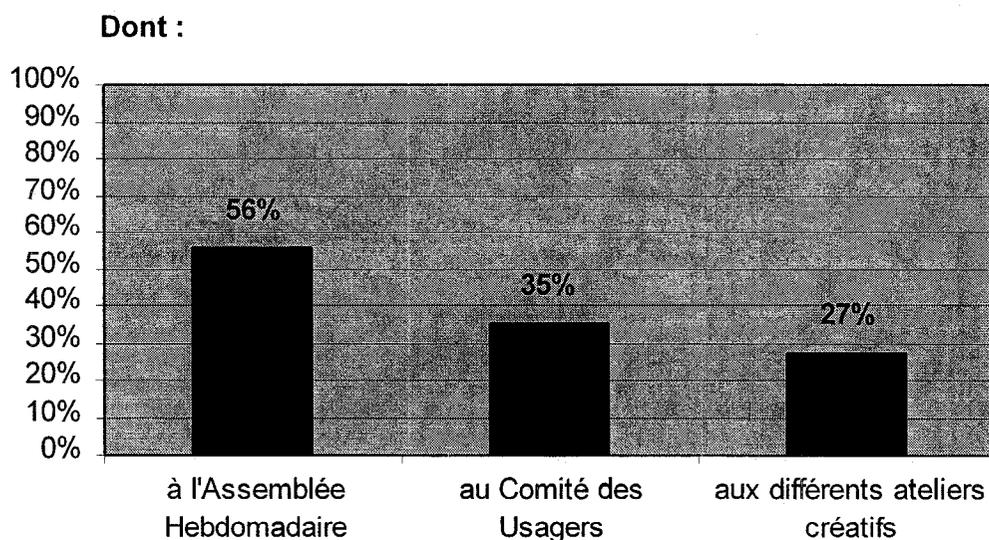
L'aide à l'accès à des soins psychologiques s'est maintenue à un niveau similaire à celui de l'année dernière (43 contre 46 en 2002), c'est-à-dire beaucoup plus important qu'elle ne l'était en 2001 (seulement 9 orientations). Le partenariat entrepris avec l'Equipe de Liaison Psychiatrique (ELP) porte donc ses fruits, et les orientations effectuées dans ce cadre ont eu des résultats positifs pour les personnes qui en ont bénéficié.

4) Convivialité et activités collectives

A. Taux de participation aux activités collectives

Cette année, un ensemble de questions portant sur la participation des UD accueillis aux activités collectives organisées au sein de l'accueil a été ajouté au questionnaire annuel. Ces premiers résultats permettent de faire un point sur cette participation. Lors de l'élaboration des prochains rapports d'activité, il nous sera possible d'observer des tendances chiffrées qui donneront une idée, mais uniquement d'un point de vue quantitatif, de la capacité de l'équipe à susciter la participation du public UD.

En 2003 : 72% des UD ont participé à au moins une des activités collectives :



Bien que la nouveauté de la production de ces données ne permettent pas leur mise en perspective « historique », on peut considérer que ces résultats sont satisfaisants. Ils démontrent que l'effort déployé par l'équipe dans l'organisation des activités collectives est récompensé par l'intérêt qu'elles suscitent auprès des accueillis.

B. Resocialisation

Comme le montrent les statistiques produites à partir du remplissage des questionnaires de contact, nous recevons au centre d'accueil des personnes très désocialisées, ou plutôt, socialisées par défaut dans le milieu de la drogue et de la rue. Il nous apparaît donc nécessaire, au-delà du travail d'aide à la survie et à l'accès aux droits sociaux, d'aider plus

globalement ces personnes à se resocialiser, c'est-à-dire à se réintégrer dans la société. Nous considérons que ce processus a plusieurs niveaux : depuis les aspects les plus élémentaires de la vie quotidienne jusqu'aux engagements citoyens d'ampleur nationale.

Dans la perspective de lutter contre la stigmatisation qui pèse sur les usagers de drogues marginalisés en contribuant à la transformation des représentations collectives des « toxicomanes », il s'agit d'abord d'aider ces personnes désocialisées à se reconstruire une identité sociale plus positive, aussi bien à leurs propres yeux qu'aux yeux des autres. Cela passe par l'intégration des usagers de drogues qui fréquentent le centre d'accueil dans un collectif de personnes que représente l'ensemble des membres de l'association EGO (professionnels de la toxicomanie ou du travail social en général et venant du quartier ou d'ailleurs, acteurs locaux ou simples habitants du quartier, usagers ou ex-usagers de drogues...) mobilisées autour d'une problématique sociale commune (en fait une « communauté d'intérêts »). Ce collectif forme un ensemble de relations sociales régulées, radicalement distinctes du monde de la rue dont sont souvent captifs les hommes et les femmes que nous accueillons. Cet ensemble de relations sociales, dont la régulation est construite collectivement, se présente comme une petite société démocratique à laquelle chacun est invité à prendre une part active. Au sein de ce groupe, chacun peut se construire une place, donc une identité sociale positive, et apprendre ou réapprendre les règles de participation, les droits et les devoirs dont la conscience et la maîtrise nous font accéder au statut de citoyen. L'appartenance à un tel collectif permet, en outre, à des personnes marginalisées retrouvant une identité sociale valorisée de prendre part collectivement à des actions citoyennes qui se déroulent dans d'autres sphères sociales, à l'extérieur du groupe d'appartenance. Dans ce chapitre du rapport d'activité, les actions développées, au cours de l'année 2002, par le centre d'accueil d'EGO, et qui participent de ce processus de resocialisation et d'apprentissage de la citoyenneté feront l'objet d'une description détaillée. En montrant qu'un tel processus se joue sur différentes dimensions spatio-temporelles, nous partons de la resocialisation au quotidien pour aller vers les engagements citoyens à plus large échelle que cette resocialisation rend possibles.

C. Convivialité

Ce que nous appelons « resocialisation » des personnes marginalisées accueillies au centre d'accueil passe d'abord par la régulation collective de la co-présence d'un nombre important (cf. : le taux de fréquentation) d'individus venant d'horizons différents dans un lieu dont les dimensions sont réduites.

Ce lieu est un lieu de passage, de repos, de ressourcement, et d'une vie commune qui dure quelques heures dans la journée. De 12h45 à 17h45 les jours de la semaine, sauf le mercredi de 13h30 à 18h30, plus de 60 personnes en moyenne fréquentent le local dans la journée, et souvent plus de 40 personnes se trouvent en co-présence dans ce local. Il va de soi qu'avant même d'imaginer la mobilisation des personnes dans des projets collectifs, il est indispensable de faire de ce local un lieu d'accueil chaleureux, fait de convivialité et de sociabilité positive.

Une condition de la convivialité repose sur le sens que l'équipe attribue à la notion « d'accueil ». Nous optons pour le sens étymologique du verbe « accueillir », qui vient du Bas Latin « accolligere », de « colligere », signifiant « rassembler », et qu'on retrouve plus nettement dans l'adjectif « accueillant ». Ici, l'accueil est résolument actif, positif, avenant, et se donne pour objectif la réception de l'autre dans la plus grande harmonie possible. Si le centre d'accueil est « à bas seuil d'exigence à l'admission », à savoir, qu'il n'y a pas de

sélection à l'entrée, que toute personne, qu'elle soit ou pas usagère de drogues active, qu'elle soit sous l'effet d'un produit psychoactif ou pas, est bienvenue parmi nous, s'impose néanmoins à chacun l'obligation de respecter les autres, et cela vaut pour les usagers de drogues comme pour toutes les autres personnes présentes : bénévoles, stagiaires, accueillants ou visiteurs du quartier ou d'ailleurs, etc.. L'observation des civilités quotidiennes (salutations bienveillantes, être attentif à la présence de l'autre...) et de la politesse en général nourrit les innombrables interactions qui se déroulent au cours d'une journée. Nous verrons plus loin quelques exemples de la manière dont ces règles de vie sont élaborées collectivement, ce qui les rend plus légitimes aux yeux de chacun.

Le centre d'accueil, qui n'est pas qu'un local entre quatre murs mais surtout un ensemble de relations interpersonnelles, doit se donner un contenu spatial et temporel susceptible de favoriser ces multiples cours d'interactions. L'espace est organisé de façon à faciliter les déplacements (vers les toilettes, vers les boissons chaudes et les collations en self-service, vers le standard d'où sont passés les appels téléphoniques etc.), tout en favorisant les discussions entre quelques personnes (petites tables rondes autour desquelles on peut s'installer jusqu'à quatre ou cinq) ou les réunions mobilisant plus de monde (un espace possède une grande table qui peut laisser place à un cercle élargi de chaises en cas d'affluence). Les groupes qui se forment doivent être mixtes, et les accueillants (salariés, bénévoles, stagiaires ou usagers plus impliqués) se dispersent de façon à ce que tous les groupes de discussion aient un interlocuteur n'appartenant pas au monde de la rue. Bien entendu, toute personne accueillie a aussi le droit de se reposer ou de lire un journal seul et en toute tranquillité. Par ailleurs, les accueillants doivent s'efforcer de se rendre disponibles (ce qui n'est pas aisé lorsqu'on est submergé de travail) pour se mettre à l'écoute de ceux qui éprouvent le besoin d'avoir une conversation plus confidentielle.

Concernant encore l'espace, maintenir la propreté du local pendant les heures d'ouverture est pour l'équipe, ainsi que pour nombre de personnes accueillies, d'une importance capitale. Ce n'est pas une tâche facile dans un espace relativement réduit et fréquenté par des personnes impliquées dans une logique de survie, pour qui la propreté n'apparaît pas (ou plus) toujours comme essentielle. Cependant, avec l'aide d'usagers soutenus par l'équipe, nous tentons de faire de la propreté du lieu une responsabilité collective partagée par tous. Tout le monde est incité à laisser sa place propre, et à participer au ménage du local, soit pendant les heures de fonctionnement, soit à la fermeture du centre d'accueil.

Les activités de chaque journée sont annoncées sur un grand tableau se situant près de la porte d'entrée du local, ce qui permet de rendre plus palpable le fait que le temps de la journée est dynamique et rythmé. De plus, ce tableau est interactif, puisqu'un espace blanc est réservé aux remarques et suggestions des usagers eux-mêmes.

D. Des activités collectives aux objectifs différents mais complémentaires

Nous pouvons distinguer, parmi les activités collectives :

- ▶ celles qui relèvent plutôt d'engagements citoyens, tels que des débats et des actions qui mobilisent des personnes, soucieuses de comprendre des questions sociales ou des thèmes d'actualité, et d'agir, à leur échelle, sur l'évolution des phénomènes sociaux qui les concernent particulièrement en tant qu'individus, mais

surtout en tant que groupe de personnes ayant un même comportement culturel. Par exemple le Comité des Usagers et l'Assemblée Hebdomadaire de l'association ;

► et celles qui, plutôt, associent une dimension ludique, l'expression individuelle et collective des compétences personnelles des participants, et l'aide au développement de ces compétences, qu'on peut considérer globalement comme des compétences facilitant la communication avec les autres et la relation au monde extérieur en général. Ces activités, regroupés sous la dénomination « ateliers de prévention », sont notamment les ateliers écriture et journal, l'atelier d'initiation à l'informatique et au graphisme PAO, l'atelier arts plastiques et l'atelier théâtre (ce dernier sera décrit dans le rapport du 1^{er} décembre).

Cependant, nous le verrons dans la description de ces activités, toutes ces dimensions se retrouvent, bien entendu dans des mesures différentes, dans chacun des deux types que nous avons distingués. D'ailleurs, l'une des forces des actions du centre d'accueil, c'est l'effort que nous faisons pour articuler entre elles ces activités, ce qui les enrichit et leur donne plus d'efficacité et d'ampleur.

a) les activités collectives et la vie de l'accueil

L'un des objectifs principaux de ces activités est de donner de la vie au centre d'accueil, d'en faire un lieu où l'on ne vient pas seulement pour se poser sur une chaise en attendant l'heure de la fermeture, mais où l'on peut s'engager dans des projets, exprimer ses compétences au cours de moments qui rythment la semaine et les journées, et qui par là donnent des repères temporels à des personnes dont le mode de vie est très souvent extrêmement désorganisé.

Ainsi, le Comité des Usagers a lieu tous les lundis, mais ses membres peuvent décider de se réunir à nouveau à d'autres moments de la semaine si les projets en cours l'exigent. L'atelier d'écriture se déroule le mardi, mais les membres de l'équipe qui l'animent sollicitent parfois la participation des accueillis (par exemple à titre individuel pour la rédaction d'un texte sur un thème décidé collectivement) quand une occasion se présente. L'Assemblée Hebdomadaire est fixée au mercredi soir. Les ateliers d'initiation à l'informatique et au graphisme PAO ont lieu le mardi pour les personnes les plus avancées et le jeudi pour les débutants ; ils sont animés par un accueillant du programme d'échange de seringues d'EGO bénéficiant lui-même à l'heure actuelle d'une formation avancée en graphisme, assurée par un dessinateur - graphiste professionnel, membre du collectif de l'association. L'atelier arts plastiques se fait le jeudi. Et enfin, la projection d'une vidéo choisie par les accueillis a lieu le vendredi.

b) des activités adaptées au profil du public et aux membres de l'équipe

On le constatera en détaillant plus précisément chaque activité : s'il est incontournable que les activités collectives aient lieu sans faute à l'heure prévue, soient rigoureusement menées à leur terme et inscrites dans la continuité, il est tout aussi indispensable de les adapter au mieux au public auquel elles s'adressent, en s'efforçant de toucher le plus de monde possible, et afin qu'elles soient les moins excluantes.

Ces activités ont une visée préventive très affirmée, et les questions relatives aux VHC, ainsi que les questions liées à la nutrition, y sont abordées régulièrement en faisant appel au vécu particulier de chacun.

On verra que l'habileté et l'imagination des membres de l'équipe qui animent ces activités permettent, par exemple, ce qui pourrait à première vue paraître impossible, de faire participer à un atelier écriture une personne ne sachant pas écrire le Français, voire sachant à peine s'exprimer dans cette langue !

Cette qualification « naturelle » des animateurs des activités collectives semble être due en grande partie à la manière dont ces activités sont imaginées, projetées et mises en place. Ainsi, il nous apparaît indispensable de faire en sorte que l'organisation et l'animation de ces activités soient fondées sur *l'envie* ou, en d'autres termes, *le désir*, de chaque accueillant de s'investir dans une tâche spécifique et sur les compétences qu'il se reconnaît pour le faire. Cependant, de temps à autre et en fonction des nécessités, l'animateur d'une activité peut se faire aider par un intervenant extérieur possédant une expertise spécifique.

E. Les engagements citoyens

a) le Comité des Usagers

Le Comité des Usagers a été créé à l'initiative d'usagers de drogues de l'association en 1999, dans le but d'ouvrir un espace de discussion sur la vie de l'association, les rapports entre accueillis et entre accueillis et accueillants, et de proposer des activités dans le local, ou tournées vers l'extérieur. Une personne elle-même usagère de drogues et qui s'était engagée comme bénévole dans l'association, a animé pendant un temps ce Comité. Puis celui-ci a connu des hauts et des bas, avec des moments d'inactivité. Mais à maintes reprises, des représentants élus par les usagers se sont succédé, et chacun à sa manière a organisé des débats et coordonné des actions.

Durant le deuxième semestre de l'année dernière, un nouveau représentant du Comité des Usagers a été élu, c'est donc sous sa responsabilité qu'ont été menées les actions du premier semestre 2003.

On considère que le Comité se tient "officiellement" lorsque la réunion rassemble un nombre suffisant de participants et donne lieu à un compte rendu écrit. Cependant, lorsqu'il ne peut pas se tenir au jour et à l'heure prévue, son existence peut se manifester à tout moment, durant l'ouverture de l'accueil, par l'animation de débats à la cantonade faisant participer l'ensemble des personnes présentes.

En 2003, le Comité s'est réuni officiellement à 28 reprises pour des réunions de travail auxquelles ont participé, en plus du représentant, de 2 à 11 usagers de drogues, de 2 à 7 stagiaires, bénévoles ou accueillants du centre d'accueil. Au total, 120 usagers de drogues, 46 stagiaires et 2 bénévoles ont participé à ces réunions.

Ces réunions de travail et les moments de discussions moins formels ont donné lieu à trois actions spécifiques: une campagne d'affichage, un courrier à la Commission d'enquête sur les drogues et les toxicomanies du Sénat, et une audition au Panel Citoyen du 19^e arrondissement.

La campagne d'affichage a été décidée dans un contexte bien précis. Dans le quartier de la Goutte d'Or, une rue étroite et peu fréquentée était souvent investie comme lieu de consommation de drogues par des usagers en errance. La particularité de cette rue est qu'elle est bordée d'un côté par un mur aveugle (de façon temporaire, à cause de travaux publics) et de l'autre par des bâtiments scolaires (inoccupés le soir et le week-end), et donc peu accessible aux regards publics. Des membres du Comité ont été choqués par la possibilité qu'il y ait, au vu d'enfants fréquentant l'école maternelle et de leurs parents, des usagers susceptibles de consommer des drogues. Ils ont alors pris la décision d'élaborer des slogans destinés à sensibiliser les usagers de drogues du quartier sur les effets négatifs de la visibilité d'un tel comportement, et de les afficher aux abords de l'école maternelle concernée.

La deuxième action a commencé lorsqu'un membre du Comité a appris qu'une Commission d'enquête parlementaire du Sénat, présidée par Mme Nelly Olin, auditionnait en vue de publier un rapport susceptible d'orienter la politique drogue du Gouvernement. Considérant que le point de vue d'usagers de drogues en grande précarité serait utile à l'élaboration d'une telle politique, le Comité a décidé d'envoyer une lettre à Mme le Sénateur, en lui demandant que son représentant soit auditionné par la Commission. Après avoir élaboré collectivement la lettre, le Comité a réfléchi, en mobilisant le plus d'usagers possible, à des propositions en vue d'une éventuelle audition. Malheureusement, le courrier est arrivé à son destinataire une fois que les auditions étaient déjà terminées. Mme Olin a néanmoins répondu, manifestant toute son attention quant à la démarche du Comité, et invitant celui-ci à prendre contact, à l'automne, avec le « groupe d'étude sur la drogue et la toxicomanie » du Sénat, dont Mme Olin est la Présidente, et qui devrait reprendre ses travaux à la rentrée. Cette action, comme la précédente, a demandé plusieurs séances de travail, en petit groupe ou en faisant participer le plus grand nombre possible d'usagers, de bénévoles et de stagiaires. Cette collectivisation de l'action n'est pas simple à réaliser, il faut en effet que chaque participant puisse se retrouver dans la production collective, ce qui fait l'objet de négociations parfois interminables. Mais c'est justement cette négociation qui constitue l'apprentissage de la démocratie et de la citoyenneté.

Enfin, la troisième action du Comité a consisté en la participation de son représentant au *Comité Citoyen* mis en place en début d'année par la Mairie du 19°. Inspirée des *citizens juries* anglais, cette instance, coordonnée par la sociologue Anne Coppel, a pour mission d'associer les habitants de l'arrondissement à la définition d'orientations pour une politique des drogues au niveau de la ville. Le *Comité Citoyen* se compose d'un *Comité de Pilotage* (élus, représentants de l'autorité publique, de structures spécialisées dans l'intervention auprès d'usagers de drogues et d'associations d'habitants) chargé de désigner un *Panel Citoyen* constitué de quatorze habitants du quartier. Une fois constitué, ce Panel était chargé d'auditionner des personnes-ressources (médecins, policiers, travailleurs sociaux, habitants, usagers de drogues, etc.) et de formuler des propositions concrètes.

Le représentant du Comité des Usagers ayant été convoqué pour être auditionné, des entretiens et des débats ont été organisés dans le centre d'accueil afin d'élaborer des propositions. Puis le représentant a été entendu à trois reprises, lors de réunions publiques qui comptaient dans l'assistance des usagers de drogues participant au Comité des Usagers. La confrontation, lors de rencontres publiques, des témoignages et des propositions du Comité des Usagers à un public ayant parfois d'autres positions sur la question n'était pas toujours facile, mais très enrichissante pour les protagonistes. Et surtout, ces auditions ont permis aux membres du Panel d'évoluer dans leurs opinions sur les usagers de drogues.

b) l'Assemblée Publique Hebdomadaire

L'Assemblée Publique Hebdomadaire occupe une place de premier plan dans le fonctionnement d'EGO, comme le précisent les statuts de l'association, puisque c'est une instance où peuvent être adoptées, par un vote démocratique, des décisions importantes concernant la structure.

L'Assemblée Publique Hebdomadaire (qui se tient le mercredi à partir de 18h30) est un espace de débats et de délibérations ouvert à tous, en plus des salariés qui y sont obligatoirement présents : usagers, bénévoles, partenaires (notamment l'équipe de médiateurs de la CT 18 affectée à la Goutte d'Or), habitants du quartier, visiteurs, chercheurs, journalistes, politiques, etc., sont invités à y participer. Cela en fait une porte ouverte vers l'extérieur, vers de nouveaux partenaires et de nouveaux engagements, où l'association s'expose également à des points de vue venus d'ailleurs. Mais c'est aussi un lieu où se retrouvent ceux qui pratiquent EGO au quotidien, ainsi que de nombreux usagers. Les thèmes qui y sont abordés peuvent aussi bien concerner la gestion du quotidien, la résolution des problèmes de fonctionnement, le bilan de l'activité de la semaine des différents projets (centre d'accueil, PES, journal, etc.), la diffusion d'informations de tous types, dont les nouvelles des absents (avec le consentement de ces derniers), que des débats sur des questions de société plus larges : le phénomène de l'exclusion sociale en France mais également dans le monde, les faits d'actualité nationaux ou internationaux etc..

Pour permettre à cette réunion, qui peut rassembler jusqu'à 50 personnes, de se dérouler dans les meilleures conditions, il est nécessaire de l'organiser et d'établir un ordre du jour. Ainsi, des moments rituels signifiants ont lieu chaque fois : le tour de présentation de chaque personne présente à l'ouverture, et aussi, à la fin de la réunion, les impressions, exprimées spontanément, des nouveaux participants sur l'Assemblée Hebdomadaire, deux moments qui assurent l'expression des subjectivités présentes ; ou encore les points hebdomadaires faits sur l'accueil, STEP, le quartier etc.. Mais une certaine souplesse de l'ordre du jour s'avère indispensable pour susciter des prises de parole spontanées ou des débats imprévus. On peut voir cette réunion comme une scène publique de discussions qui se situe dans une position intermédiaire : c'est un moment institutionnalisé, ce qui lui donne une légitimité et une existence palpable, tout en étant une réalité qui se recompose chaque fois dans le cours même de son déroulement, ce qui lui confère un caractère toujours nouveau et surprenant.

Au cours de l'année 2003, l'Assemblée Publique Hebdomadaire a eu lieu 43 fois, c'est-à-dire tous les mercredis, sauf lorsqu'ils tombaient un jour férié, à la veille de Noël et du Jour de l'An, ou pendant la période de fermeture en été. Nous avons comptabilisé en tout plus de 1500 participations, en incluant toutes les catégories de participants, ce qui fait une moyenne de 35 participants par réunion, maintenant ainsi le taux de participation à un niveau équivalent à celui de l'année dernière. Celle qui a eu le moins d'affluence a rassemblé à peine 20 personnes, celle qui en a eu le plus en a rassemblé plus de 50.

Concernant les usagers de drogues que nous recevons, il y a eu en tout, à peu près, 430 participations, ce qui fait une moyenne de 10 usagers par réunion. C'est, pour ces derniers, l'occasion de débattre en cercle ouvert, de se confronter à des personnes venant d'horizons les plus divers. Bref, d'agir en citoyens parmi d'autres citoyens. On constate d'ailleurs que plus l'Assemblée Publique Hebdomadaire est riche en invités, (qu'ils viennent du champ professionnel de la prise en charge sanitaire et sociale auprès de populations exclues - responsables de centres d'hébergement, assistantes sociales, éducateurs, infirmiers ou

médecins, etc., qu'ils soient représentants d'institutions publiques - Police Nationale, Education Nationale etc., ou qu'ils exercent des fonctions politiques - Adjoints au Maire de Paris ou Elus d'arrondissement etc.), plus les usagers s'empressent d'y participer.

Parmi les "participants de marque" venus spontanément à l'Assemblée Hebdomadaire en 2003, on peut citer Florence Weber (consultante santé auprès du maire de Paris), Marguerite Arène (Chef de mission Toxicomanies de la Ville de Paris), M. Sapori, Commissaire Divisionnaire Adjoint du 18° arrondissement, Luc Monti (directeur du Centre d'Hébergement Ney), Benoît Helme (journaliste), Philippe Bourgois (chercheur à l'Université de San Francisco et auteur de *En quête de respect. Le crack à New-York*), Gwenaëlle Jacod (de "Quai 9", programme de salle d'accueil avec possibilité d'injection du Groupe Sida Genève), Brigitte Jeanneroy (directrice DASES), Geneviève Guédan (du cabinet du maire de Paris), Jean-Luc Romero, (président de Elus Locaux Contre le Sida et secrétaire national de l'UMP), Mme. Pierre-Decoll, juge honoraire et médiatrice judiciaire, Pierre Leyrit, directeur de Coordination Toxicomanies 18°, etc..

F. Le développement des compétences communicationnelles et de la créativité

a) Atelier écriture / Revue *Alter Ego le journal*

L'atelier d'écriture a existé sous différentes formes depuis la création de l'association, et a toujours pris appui sur *Alter Ego le journal* en tant qu'outil de diffusion et donc de valorisation des productions des usagers. Depuis le début de l'année, nous avons systématisé cette articulation, tout en assurant la régularité de l'atelier, qui a mobilisé les usagers autour de projets concrets développés à moyen et long terme: d'une part l'élaboration de messages de prévention autour du thème "casser l'aiguille", et de textes en réaction à l'actualité, par exemple la guerre en Irak; d'autre part la construction d'un "dictionnaire des mots de la rue".

Une accueillante s'est proposée comme animatrice de l'atelier, et a été rejointe en cours de semestre par une autre accueillante. Cet atelier se déroule le mardi, mais comme pour les autres activités, des moments de travail peuvent avoir lieu à tout moment, en fonction de la disponibilité des animatrices et de la motivation d'usagers présents à l'accueil.

Si cette activité a, parmi ses objectifs, le développement des compétences rédactionnelles des personnes qui y participent, ceux qui ne possèdent pas ces compétences (illettrisme ou mauvaise connaissance de la langue française) n'en sont pas pour autant exclus. Ainsi, des textes en faveur de la paix ont été rédigés en arabe puis traduits par des usagers qui en avaient la compétence; ou encore, sur le même thème, certains, doués pour les arts plastiques, ont réalisé des dessins, exprimant ainsi leurs idées au travers de symboles.

La rédaction de messages de prévention, publiés dans le journal, et devant contribuer à l'élaboration d'une plaquette pour sensibiliser les usagers quant à l'abandon de seringues usagées dans les espaces publics, a également permis d'atteindre les objectifs souhaités, en permettant aux personnes de s'interroger sur leurs pratiques liées à l'usage de drogue et de partager leur point de vue avec leurs pairs. Dans le rapport d'activité final de l'année 2003, l'ensemble des messages publiés sera reproduit.

Enfin, le projet (ambitieux) d'élaborer un dictionnaire des "mots de la rue" a consisté à répertorier des termes ou expressions fréquemment employés dans les milieux de la

"galère", et d'en appréhender le sens et les origines, en s'appuyant sur les connaissances empiriques des usagers de drogues. Il est passionnant, pour l'équipe comme pour les accueillis, de constater le pourquoi de l'invention de mots nouveaux et du détournement de sens de mots anciens, ou encore de retracer le cheminement de mots étrangers depuis leur langue d'origine vers le Français parlé dans la rue. Ce projet est en phase intermédiaire d'élaboration, et donnera lieu à une publication sous forme de lexique, susceptible d'intéresser des chercheurs, des travailleurs sociaux, etc..

A partir de la rentrée, l'atelier écriture se focalise sur la préparation de la soirée du 1er décembre, Journée Mondiale de Lutte contre le Sida, lors de laquelle ont lieu des représentations théâtrales sur le thème de la prévention du sida, créées et jouées par des usagers soutenus par des membres de l'équipe et une habitante du quartier, professionnelle de la mise en scène.

Pour l'ensemble de ses actions, l'atelier écriture a rassemblé au cours de l'année plus de **100 personnes usagères de drogues, dont 20 femmes.**

b) Atelier initiation informatique et graphisme

L'atelier d'initiation à l'informatique et au graphisme PAO se met en place, graduellement, depuis le début de l'année, de deux façons différentes.

D'abord, d'une façon informelle, par la mise à disposition, à l'accueil, d'un ordinateur avec le programme de traitement de texte Word, afin d'inciter les usagers à frapper eux-mêmes leurs CV, courriers ou autres textes.

Ensuite, des ateliers informatique / graphisme PAO ont été mis en place permettant un apprentissage général de la manipulation des outils informatiques pour le traitement de textes et l'élaboration d'images.

Cette première phase consiste à former les futurs responsables d'ateliers. Trois formations internes ont été mises en place. Un membre de l'équipe de STEP (le programme d'échange de seringues d'EGO), doué pour l'informatique, reçoit en ce moment une formation au graphisme PAO. Dans le même temps, il assure deux formations à la manipulation de Windows auprès des membres de l'équipe. L'une pour les débutants (trois ex-usagers de drogues ayant intégré l'équipe, en tant que bénévoles ou salariés), l'autre pour ceux qui ont un niveau plus avancé (trois accueillants).

Ces personnes, une fois formées, seront en mesure d'apporter de l'aide à toute personne souhaitant se servir de l'outil informatique, et surtout devront organiser des ateliers spécifiques Windows et PAO, à jour et heures fixes, destinés aux personnes accueillies au centre.

L'utilité de ces ateliers en vue d'une réinsertion professionnelle nous paraît encore lointaine, mais le caractère ludique de l'outil informatique devrait motiver la participation des personnes accueillies, et fonctionne sans doute comme un important vecteur d'insertion sociale.

c) Atelier arts plastiques

L'atelier arts plastiques tente d'associer, comme les autres ateliers, une dimension ludique et une dimension éducative. Il permet ainsi aux participants de mettre en évidence, dans

une ambiance conviviale, leurs compétences personnelles et d'être valorisés aux yeux des autres. Les productions réalisées servent souvent à décorer le local d'accueil, ce qui permet une appropriation des lieux par les usagers, et le sentiment partagé d'une construction collective de l'accueil. Pour le deuxième semestre de l'année, le projet de l'atelier est d'élaborer des cartes postales que les usagers pourront envoyer à leurs proches à l'occasion, par exemple, des fêtes de fin d'année ou du ramadan, afin d'essayer de maintenir ou de reconstruire des liens familiaux distendus, voire rompus, de longue date.

d) Maintien du lien avec les personnes absentes

L'activité dont nous voudrions rendre compte à présent donne à voir une articulation entre un engagement bénévole, la mise en œuvre de la participation de tous et la volonté de produire ou de maintenir du lien social avec ceux qui se retrouvent particulièrement isolés.

Arrivée à EGO comme bénévole début octobre 2000, Monique a tout de suite trouvé sa motivation en mettant sa générosité au profit du maintien d'un contact épistolaire avec les UD qui ont fréquenté le centre d'accueil et se retrouvent, pour des périodes plus ou moins longues, en prison.

Au début, Monique écrivait et les salariés ajoutaient chacun un petit mot au courrier envoyé. Après quelques semaines, ce sont les UD eux-mêmes qui ont demandé de pouvoir lire régulièrement le courrier que les personnes emprisonnées faisaient parvenir, et ajouter un mot selon la sympathie respective de chacun.

Un lien a été créé qui n'a cessé jusqu'à ce jour de se renforcer. Ceux qui sont en prison et qui, pour la plupart, reçoivent rarement de courrier, ne cessent d'affirmer la force du soutien moral que leur apporte cette manifestation d'affection venue de leur quartier et des personnes qu'ils connaissent à l'association. **Au cours de l'année 2003, plus de 300 courriers ont été rédigés collectivement et envoyés à des personnes détenues.**

A Noël, par l'intermédiaire de la Croix Rouge, **13 colis ont été envoyés**, et ont été les seuls « cadeaux » reçus par leurs bénéficiaires.

Cette activité épistolaire apparaît aujourd'hui comme absolument nécessaire. Car outre ses effets positifs, unanimement reconnus par celles et ceux auxquels elle s'adresse, sur leur moral souvent mis à mal par les conditions d'enfermement, elle montre aux autorités pénitentiaires que ces personnes effectuant une peine de prison sont soutenues par un collectif rassemblé dans une association dont elles font elles-mêmes partie, et qui n'est pas indifférent à leur sort.

Tout au long de l'année, Monique est venue au centre d'accueil une fois par semaine pour lire les courriers arrivés et coordonner l'envoi de lettres de réponses individualisées mais collectivement élaborées. Et aussi pour participer à l'Assemblée Publique Hebdomadaire, dont l'ordre du jour prévoit systématiquement un temps pour la lecture publique des courriers des détenus qui le souhaitent, ou pour donner des nouvelles des uns et des autres, toujours avec l'accord des personnes concernées.

Conclusion du Centre d'Accueil

On peut retenir deux aspects des actions du centre d'accueil d'EGO que ce rapport d'activité met en exergue : d'une part, le maintien de la fréquentation de notre local à un niveau élevé, d'autre part le renforcement préoccupant et continu de la précarité et de l'isolement social du public reçu. Par ailleurs, 2003 a vu l'affirmation de l'engagement plus volontariste de l'équipe dans la production d'une ambiance conviviale dans l'accueil, ainsi que dans la mise en place et la poursuite à long terme d'activités collectives diversifiées et complémentaires ayant pour but la promotion des compétences individuelles et sociales du public et centrées sur la prévention.

Concernant ce dernier aspect, il est la conséquence de réflexions collectives menées à l'occasion de séminaires d'évaluation rassemblant toute l'équipe d'EGO. Face à l'accroissement, d'année en année, de la misère, et face à l'insuffisance criante de moyens matériels (de notre structure en particulier, et du dispositif d'aide aux exclus en général) pour l'alléger, il nous est apparu plus efficace d'aider les personnes auprès desquelles nous intervenons à développer leurs compétences psychosociales, autrement dit nous nous efforçons de mener des actions d'*empowerment*. Cette philosophie de l'intervention sociale qui reprend l'idée de « développement des compétences psychosociales » sous un angle privilégiant la dimension collective, est donc plus à même de rendre une puissance sociale à un groupe dont les membres ont trop souvent le sentiment d'être exclus du statut de citoyens à part entière en démocratie, ce que renforce la manière dont ils sont perçus par la société (voir le *Rapport d'auto-évaluation de l'année 2002*).

Cela ne nous a pas amenés à réduire nos efforts pour orienter les personnes qui le souhaitent vers le dispositif d'aide aux exclus, comme pourrait le faire croire le comptage des « orientations » présenté plus haut, mais à travailler à une meilleure efficacité de cette activité. Cependant, nous éprouvons parfois un sentiment d'impuissance face à la saturation de ce dispositif spécialisé, sentiment objectivé par l'accroissement continu de la misère, que nous constatons grâce à nos outils de production de données sur le profil du public du centre d'accueil.

Ainsi, si nos missions visent à réduire, souvent dans l'urgence, la souffrance des hommes et des femmes marginalisés que nous rencontrons, ces missions ne doivent pas nous suffire, et elles nous imposent d'agir, à l'échelle qui est la nôtre et dans la mesure de nos moyens, sur les causes sociales, culturelles, sanitaires et personnelles qui s'articulent entre elles dans la construction des phénomènes d'extrême précarité. C'est pourquoi nous devons tout faire, avec les personnes concernées, pour contribuer à que ces hommes et ces femmes développent ou retrouvent le statut de citoyens à part entière, afin qu'ils ou elles ne s'enferment pas dans un rôle de simples « demandeurs d'aide », mais qu'ils ou elles puissent devenir acteurs à part entière de leur propre vie, de la société et de la démocratie.

Annexes

Lettre de soutien à EGO par l'association d'habitants Stalingrad Quartier Libre

Madame, Monsieur,

L'association Stalingrad Quartier Libre a été créée par des habitants de Stalingrad (10^e, 18^e, 19^e arrondissements) dans le but d'améliorer la vie de leur quartier par une reconsidération pragmatique et globale des questions liées à la toxicomanie de rue. Dans ce cadre, nous avons organisé un cycle de réunions où des intervenants et des chercheurs en toxicomanie ont présenté leur travail et débattu avec les habitants.

Deux certitudes sont ressorties de ces réunions. La première c'est que la politique dite de « réduction des risques » est une nécessité absolue et la seule piste sérieuse pour travailler à la réinsertion des usagers de drogue en situation de grande exclusion. La seconde c'est que toute politique ou dispositif sur ces questions doit se faire avec énormément de concertation et de pédagogie en évacuant les tensions morales qui empêchent le débat face aux problèmes concrets.

L'association Espoir Goutte d'Or (EGO), et elle n'est pas la seule, est actuellement menacée de disparaître par le risque de diminution des crédits qui lui sont alloués par vos services. D'autant plus que cette petite structure de quartier, qui privilégie une approche de santé communautaire, est, plus que d'autres, fragile par sa taille. Déjà, les difficultés budgétaires qu'EGO rencontre l'ont contrainte cette année à réduire ses effectifs, et en conséquence, l'amplitude des horaires d'ouverture de son programme d'échange de seringues.

EGO est un modèle pour nous : elle a réussi à mener une action à la fois sociale et sanitaire, et à faire le lien entre la population locale et les usagers de drogue, en évitant au quartier la tentation du rejet et de la violence, si bien que les habitants ont plébiscité son action en élisant l'un de ses représentants au Bureau du Conseil de Quartier de la Goutte d'Or. Il est absolument inconcevable que l'Etat prenne le risque de sacrifier une structure aussi centrale par son rôle dans le dispositif parisien qu'exemplaire dans sa démarche.

En tant qu'habitants et témoins privilégiés, du fait de notre engagement, nous en appelons solennellement aux responsables des éventuelles diminutions budgétaires pour que leurs décisions n'aboutissent pas à créer un néant social et politique dans lequel des initiatives telles que la nôtre n'auraient évidemment plus aucun sens.

Cette initiative est également soutenue par les associations Les Jardins d'Eole et La Chapelle.

Stalingrad Quartier Libre

Lettre au Sénat envoyée par le Comité des Usagers

Comité des Usagers de Drogues
C/O Association Espoir Goutte d'Or (EGO)
13, rue St Luc
75018 Paris

Madame le Sénateur Nelly Olin,
Présidente de la Commission
d'enquête sur la politique nationale
de lutte contre les drogues illicites

Paris, le 20 mai 2003

Madame la Présidente,

Nous sommes des usagers de drogues fréquentant les dispositifs d'aide aux personnes précarisées. Soutenus par les membres du collectif de l'association EGO (usagers, ex-usagers, professionnels du champ social et sanitaire, bénévoles et habitants de la Goutte d'Or) nous voulons exercer notre rôle de citoyens dans la République.

En ce moment, selon les informations divulguées par la presse, la Commission d'enquête que vous présidez auditionne et réfléchit en vue de faire, auprès du Conseil des ministres, des propositions susceptibles d'orienter la nouvelle politique du gouvernement en matière de drogues. Dans ce cadre, nous souhaiterions être auditionnés car nous sommes persuadés qu'une bonne politique ne pourra se faire sans les premières personnes concernées : les usagers de drogues eux-mêmes.

Cette audition serait donc destinée à vous exposer le plus clairement possible notre situation réelle, afin que vous soyez en mesure de débattre en connaissance de cause.

Dans l'attente d'un rendez-vous à votre convenance, nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, nos respectueuses salutations.

Le représentant du Comité des Usagers de Drogues

Témoignages d'usagers de drogues fréquentant le centre d'accueil

Kheiro

EGO, c'est un endroit bien pour nous tous. On a beaucoup d'aide, qu'on ne trouve pas toujours ailleurs. Je viens à EGO pour la convivialité. Et aussi pour éviter de fréquenter la rue. Je n'ai pas les moyens de me nourrir. Je ne veux pas voler et je ne volerai pas. Alors ici je peux manger et me reposer.

Youssef

Je fréquente EGO quand j'ai rien à faire. Ça m'évite de traîner dans le quartier avec de mauvaises fréquentations, parce qu'on se met à faire des conneries. Et aussi à EGO on peut faire quelques démarches avec les accueillants qui nous aident beaucoup dans tous les domaines, que ce soit administratif ou autre, et qui nous remontent le moral quand il le faut. Et je trouve ça extraordinaire.

Valérie

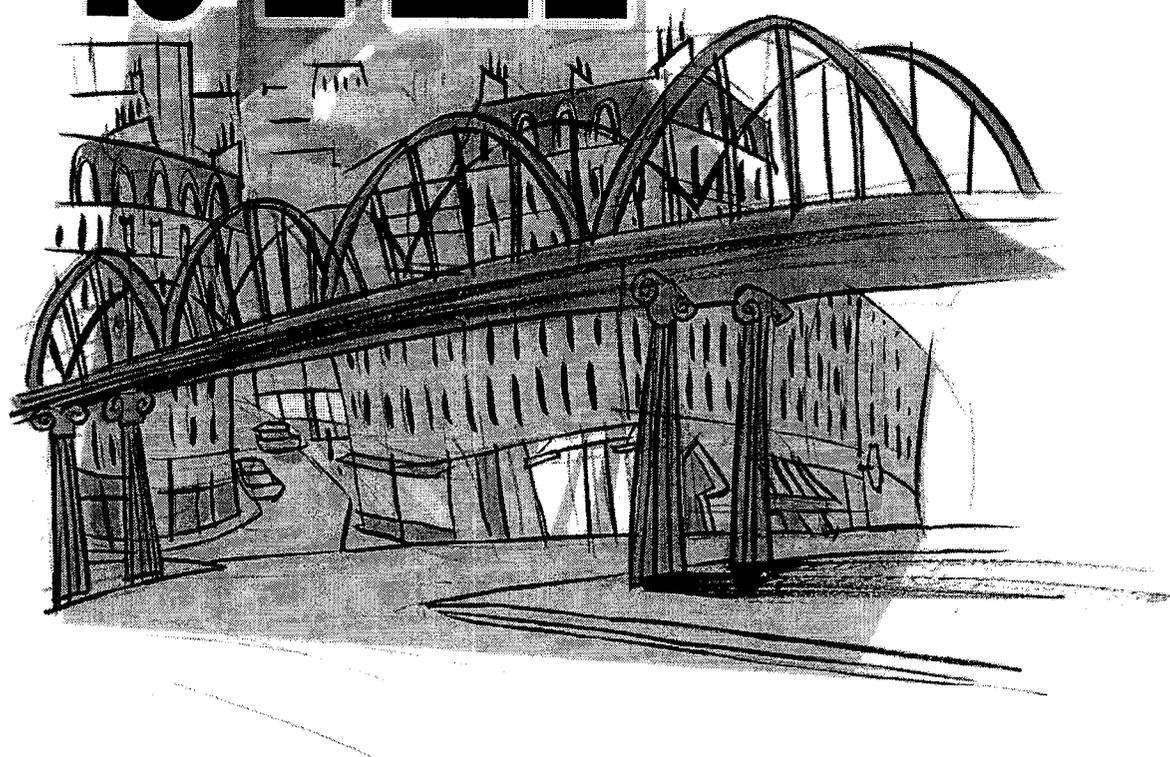
Ici il y a du bon, une bonne entente en général. Il y a un bon accueil, très convivial.

Fayçal

Je m'appelle Fayçal, je suis usager et je fréquente EGO depuis quelques mois. Je remarque qu'il n'y a pas assez de personnel pour encadrer quand les usagers se disputent ou veulent se bagarrer. Toute suppression de personnel conduira à la mort d'EGO, et donc des usagers, soit physique, soit morale.

Le Programme
d'Échange de Seringues

STEP



En guise d'introduction ...

2003, un cap difficile à passer

2003 a constitué pour le PES un cap difficile à passer. Dans un contexte de restriction budgétaire de l'association, et d'incertitude permanente sur l'avenir du projet, nous avons dû nous battre encore plus pour continuer d'exister et faire en sorte que STEP puisse ouvrir chaque soir ses portes aux usagers ... Face à la nécessité de faire des économies, nous avons dû nous rendre à l'évidence qu'il fallait revoir le fonctionnement du programme et renoncer à ouvrir 7 jours sur 7, week-ends et jours fériés. Ceci n'a pas été une chose facile à accepter, d'autant plus qu'un des objectifs du PES était précisément d'être ouvert au moment où les autres structures sont fermées. L'année 2003 aura donc inauguré la mise en place de nouveaux horaires de fonctionnement du programme, désormais de 17h30 à 22h30 du lundi au vendredi, avec une équipe restreinte à quatre personnes. Si la survie financière du projet a constitué une préoccupation constante en 2003, nous avons connu, également cette année, un record inégalé de la présence des forces de police sur le quartier de la Goutte d'Or qui n'a pas été sans conséquences pour le PES. Il s'en est suivi une pression policière constante sur les usagers, des interpellations répétées et un déplacement ponctuel des principales scènes de deal du quartier. Souvent, nous avons pu voir des hommes et des femmes à bout de forces physiques et psychologiques. De même, le comportement des forces de police vis à vis de la possession de seringues et de traitements de substitution ont largement régressé et de plus en plus de personnes nous rapportent des situations où le matériel est détruit ou confisqué. Dans un tel contexte nous ne pouvons que nous interroger sur l'avenir de la politique de réduction des risques en direction des usagers et inquiets sur les conséquences dramatiques de l'actuelle politique gouvernementale en direction des plus exclus.

2003, l'espoir continue ...

Malgré un contexte extrêmement difficile, nous avons poursuivi coûte que coûte les activités du programme et continué d'innover des actions nouvelles là où cela nous paraissait indispensable. Quand la grande majorité de notre public consomme du crack et que nous constatons tous les jours les dommages sociaux et sanitaires en lien avec cet usage, la mise en place expérimentale d'un nouveau « kit kiff » en direction de cette population s'est avérée absolument indispensable. Avec la participation des usagers de STEP et d'EGO nous avons pu conceptualiser le contenu d'un tel outil de réduction des risques et trouver des financements nécessaires à sa mise en œuvre expérimentale. Grâce à lui, nous espérons avoir attiré l'attention des autorités sanitaires sur l'importance de développer de nouvelles réponses aux problèmes posés par la consommation de crack.

Sur un autre registre, en collaboration avec l'association Salle Saint Bruno et la Coordination Toxicomanies 18è, STEP a produit cette année une étude tout à fait inédite et passionnante

portant sur les interactions entre le PES, les usagers de drogues et son territoire d'implantation. Une telle étude, jamais réalisée auparavant, a confirmé la pertinence des stratégies visant à impliquer les acteurs locaux dans l'implantation et le fonctionnement du programme. Elle a montré non seulement une meilleure acceptation du PES et de la politique de réduction des risques mais surtout une plus grande tolérance des habitants envers les usagers de drogues.

Enfin, cette année, nous avons poursuivi le travail d'évaluation interne portant sur les pratiques qualitatives du centre d'accueil et du PES qui nous a permis d'identifier les grands principes philosophiques d'EGO (communautaire, réduction des risques, empowerment des groupes et des personnes) et leurs déclinaisons concrètes dans les différentes activités. Cette réflexion collective, ressentie comme un support essentiel dans la construction de sa pratique par chacun des membres de l'équipe, a abouti à la production d'un rapport d'auto-évaluation dont la qualité et la technicité ont été très largement plébiscitées par nos différents lecteurs.

Malgré les incertitudes sur le devenir de notre projet, nous sommes déterminés à poursuivre le travail d'accueil des usagers et à défendre encore plus les valeurs qui portent notre projet : refus de l'exclusion des personnes, reconnaissance de l'altérité, respect de l'équité, développement de l'entraide, promotion de la citoyenneté.

Concernant les données produites dans ce rapport ...

Les données présentées dans ce rapport d'activité sont issues de deux outils qui sont utilisés quotidiennement :

- ▶ **Une fiche de bord** qui consigne chaque soir, l'heure de passage, les types de publics, les initiales et la date de naissance des usagers, le sexe, les différents types de matériels distribués, les seringues récupérées, les demandes sociales et sanitaires exprimées par le public et les orientations effectuées par les accueillants.
- ▶ **Un questionnaire de contact** qui est remis une fois par an aux personnes qui acceptent d'y répondre. Il comprend des éléments d'information sur les caractéristiques personnelles des usagers, leur situation sociale, leur situation sanitaire, les produits qu'ils consomment, leurs pratiques de consommation, les prises de risques en lien avec leur usage de substances. En 2003, 204 questionnaires de contact ont été passés aux usagers du PES.

Chaque soir, les statistiques de la veille (fiches de bord et questionnaires passés) sont enregistrées sur une base de donnée EPI INFO (version 6), logiciel épidémiologique de l'OMS. Ceci permet le traitement en fin d'année de l'ensemble des données recueillies auprès des usagers.

- ▶ **La file active** du programme est constituée du nombre d'usagers de drogues différents ayant fréquenté le PES au moins une fois dans l'année. Un numéro d'identifiant est attribué à chaque usager de drogues à partir de ses initiales, sa date de naissance et son sexe. Celui-ci est alors entré sur une base de données spécifique pour éviter les doublons et les erreurs de saisies. A la fin de l'année, le nombre d'identifiants différents est comptabilisé et ainsi la file active du programme peut être calculée.

1) L'accueil des usagers de drogues au PES :

lien social, convivialité et fréquentation du public

a) La création d'un lien social avec les usagers de drogues, un premier pas vers la réduction des risques

La mission première du PES est celle d'accueillir des hommes et des femmes investis dans des parcours de consommation souvent abusives de drogues, momentanément incapables pour des raisons complexes de stopper leur usage, et subissant lourdement les conséquences de l'exclusion et de la désaffiliation sociale. La création d'un lien social avec ces personnes, vivant dans l'urgence de leur consommation et dans des conditions de vie extrêmement précaires, devient donc une condition sine qua non pour réduire les risques sociaux et sanitaires liés aux usages de drogues. Le travail d'accueil du public à STEP n'est pas une démarche qui s'improvise au gré des situations mais plutôt une pratique qui s'est construite et affinée au fur et à mesure des années et de l'expérience.

Ainsi, le PES a développé des stratégies inhérentes à la philosophie de la réduction des risques et tout particulièrement au principe de « bas seuil » dans l'idée d'aller vers les populations les plus marginalisées et coupées des structures. Il s'est implanté à la périphérie du quartier de la Goutte d'Or (56, bd de la Chapelle), à proximité des zones de deal et de consommation fréquentées par les usagers. Dans cette perspective, STEP est un dispositif directement ouvert sur la rue, sans conditions d'accès préalables, excepté celles du respect du lieu (ni usage, ni trafic) et des personnes (non-violence). La proximité avec les territoires de vie des usagers et l'accès sans filtrage au programme sont des conditions essentielles pour créer et maintenir le lien avec des populations qui ont des difficultés pour s'adapter à des cadres institutionnels trop rigides. Si des règles de fonctionnement existent nécessairement pour le bien vivre collectif, elles se veulent aussi souples et négociables pour pouvoir s'adapter aux situations particulières des personnes.

Cette année nous avons identifié collectivement un certain nombre de valeurs propres à la construction communautaire sur lesquelles s'appuie le travail d'accueil du public :

► **le refus d'exclusion des personnes** qui se traduit par l'absence d'expulsion du programme (momentanée ou définitive) en cas de non-respect du fonctionnement du lieu,

Plutôt que de renforcer l'exclusion des personnes, nous préférons agir avec elles dans une démarche de responsabilisation et d'« explicitation pédagogique » de la règle.

- ▶ **la reconnaissance de l'altérité** qui suppose l'ouverture vers l'autre, le respect et l'acceptation de la différence,
- ▶ **le respect de l'équité** pour prendre en compte les différences dans une perspective d'égalité
- ▶ **le développement de l'entraide** pour apporter des réponses collectives alternatives et construire d'autres formes de liens entre les personnes (usagers, professionnels, habitants, etc.),
- ▶ **La promotion de la citoyenneté** à travers la reconnaissance d'une égalité des savoirs de chacun et un exercice partagé du pouvoir.

Ces valeurs « humanistes » du communautaire marquent de leurs empreintes les attitudes et les gestes développés dans le travail d'accueil du PES et donnent une tonalité particulière au type de relation instaurée avec notre public. Contrairement au cadre institutionnel classique où l'intervenant est le seul à détenir le « savoir » nécessaire à l'élaboration de réponses, les accueillants tentent de redonner aux personnes une place, la plus égalitaire possible, dans la compréhension de leurs difficultés et la recherche de solutions. Ici les personnes ne sont pas appréhendées à travers ce qui leur manque ou leur fait défaut mais au contraire sous l'angle de leurs potentialités. Elles ne constituent pas un « problème » à traiter mais bien une « ressource » avec des capacités et des savoirs sur lesquels doivent s'appuyer l'intervention. A STEP, nous sollicitons de façon quotidienne l'expertise des usagers sur les produits consommés, les façons d'injecter les différents produits, les risques inhérents aux pratiques, la survie dans la rue, les « galères » rencontrées, le fonctionnement du programme, les problèmes avec le voisinage, les nouveaux outils à développer, etc.. Nous pensons que c'est en posant un regard positif sur la personne dans ce qu'elle a de meilleur, qu'un processus de changement peut s'opérer vers une plus grande estime de soi et une confiance renforcée dans ses capacités. Cette relation s'inscrit dans une perspective d'empowerment des groupes et des personnes qui vise à redonner aux groupes ayant un moindre pouvoir social les moyens de retrouver une plus grande maîtrise sur leurs choix de vie.



Au rythme d'une permanence du PES ...

Si l'ouverture du local est à 17h30, les accueillants arrivent à 17h00 afin de préparer tout le nécessaire au déroulement de l'accueil. Il faut préparer le thé et le café indispensables à la convivialité, prévoir un stock suffisant de matériel pour la soirée, veiller à changer le container de récupération de seringues sales et enfin rentrer sur l'ordinateur les statistiques de la veille. Pendant, ce temps, il arrive souvent que des usagers s'impatientent devant le rideau et une fois le local ouvert, il ne faut pas longtemps pour que ceux-ci se présentent au comptoir. STEP s'apparente à un lieu de passage puisque l'espace d'accueil est délimité par un large comptoir et que les personnes ne peuvent pas s'asseoir ni s'installer.

Cet aménagement du local nous a obligés à développer encore plus de stratégies d'accueil visant à renforcer la proximité avec le public. Ainsi, dès qu'une personne se présente au comptoir, nous tenons à la saluer en lui serrant la main, en l'appelant par son prénom, en lui demandant de ses nouvelles, etc. Ces « rituels » d'accueil sont fondamentaux pour créer une relation et couper avec le temps de l'urgence de la rue. De même, nous proposons systématiquement du thé ou du café pour créer un temps de convivialité où la personne va pouvoir se poser un moment et prendre le temps de discuter avec les accueillants. Ces moments peuvent être l'occasion de parler « de la pluie et du beau temps » mais aussi plus sérieusement des problèmes qu'ils rencontrent au quotidien : absence d'hébergement pour la nuit, convocation au tribunal de justice, problèmes de toux, douleurs dentaires, souffrance au niveau des pieds, interpellations « musclées » par la police, conflits familiaux, etc.. Nous écoutons alors attentivement les personnes et échangeons avec elles des conseils ou des adresses de structures qui semblent les plus adaptées à leur situation. Et, pour celles et ceux qui nécessitent un soutien plus important par rapport à la réalisation de démarches éventuelles, nous leur proposons de se rendre au centre d'accueil d'EGO où ils pourront se poser et rencontrer les accueillants.

Si certains prennent le temps de discuter, d'autres sont beaucoup plus pressés et demandent directement leur matériel. Nous demandons alors aux usagers leurs initiales et leur date de naissance en leur rappelant que nous avons besoin de ces informations pour connaître autant le nombre de passages que celui d'usagers différents (file active). Tous savent qu'ils peuvent donner des fausses dates mais que l'essentiel est de toujours donner les mêmes à chaque fois qu'ils passent à STEP. Certains connaissent tellement le fonctionnement du programme qu'ils remplissent eux-mêmes la fiche de bord pour faire leur commande de matériel. Lorsque les personnes demandent des seringues stériles, les accueillants ne manquent pas de les solliciter pour savoir s'ils ont du matériel usagé sur eux en rappelant qu'il est important de respecter l'environnement pour favoriser une meilleure image des usagers et une acceptation du programme par les habitants. Nous pouvons constater qu'une grande majorité de notre public se responsabilise sur ces questions et quelques-uns d'entre eux vont même dans les squats et les lieux de consommation ramasser des vieilles seringues qu'ils nous ramènent ensuite au PES. Pour les autres, la crainte de la répression policière demeure le principal obstacle à la récupération mais la plupart d'entre eux nous explique qu'ils cassent les aiguilles du corps de la seringue et les jettent ensuite dans une canette de coca ou une poubelle.

La remise de matériel aux usagers n'est jamais un geste mécanique ou routinier. Nous essayons le plus possible de les solliciter sur l'utilisation qu'ils font des différents matériels que nous leur remettons ou que nous les incitons à prendre : utilisation unique et personnelle des seringues, tampons d'alcool pour une meilleure hygiène de shoot, eau stérile plutôt que celle du robinet ou minérale, stéricups pour éviter de partager les filtres et

les cuillères, etc.. D'une façon générale, les personnes sont plutôt attentives aux messages de prévention qui peuvent leur permettre de mieux prendre soin d'elles mais il faut souvent réitérer les discours et les échanges en partant de leurs pratiques réelles de consommation et des contextes où elles ont lieu. Nous avons appris dans la pratique que la prévention des risques liés à l'usage de drogues se construit dans le temps et que pour cela il est nécessaire de prendre en compte chaque personne au moment où elle se situe dans son parcours de consommation, dans son rythme de vie, mais aussi dans ses potentialités.

Lors de la remise du matériel de prévention et des discussions qui s'ensuivent, beaucoup d'usagers nous font part des pathologies qu'ils rencontrent : certains injectent le subutex ou le skénan et font des abcès à répétition, d'autres ont consommé du crack toute la nuit et se sont gravement abîmés les mains avec leurs cutters ; Une personne arrive en tremblant de fièvre parce qu'elle a fait une « poussière » en se shootant... Dans toutes ces situations, les accueillants font passer les usagers derrière le comptoir dans un espace réservé à la « bobologie » où ils prodiguent les premiers gestes de soin en insistant bien sur la nécessité d'aller se faire soigner, soit à l'hôpital, soit dans d'autres centres de soin spécialisés.

Si STEP s'apparente à un lieu de passage, il n'en demeure pas moins un espace où l'équipe sollicite chaque soir la participation des personnes dans le fonctionnement du programme, même si ce n'est pas une chose facile et qu'il faut constamment construire. A travers une relation d'individu à individu mais aussi une reconnaissance effective de leur expertise, nous avons essayé de créer les conditions pour faire que les usagers ne se positionnent pas en tant qu'utilisateurs d'un service mais bien plutôt en tant qu'acteurs dans l'élaboration et le déroulement du programme. Ainsi, le fait qu'un grand nombre d'entre eux présentent eux-mêmes le PES aux personnes nouvelles ou aux visiteurs, qu'ils soient attentifs à la propreté du local, qu'ils participent à la gestion des situations de conflit, qu'ils remplissent eux-mêmes les fiches de bord ou encore s'investissent dans un travail de ramassage de seringues dans le quartier, sont pour le PES, autant de témoignages de leur façon personnelle de s'approprier l'espace d'accueil et le projet. Par contre, il s'est avéré plus difficile de faire participer les usagers lors d'instances plus formelles comme la réunion des usagers de STEP ou celle du collectif d'EGO, ceci malgré les rappels insistants des accueillants et les panneaux d'affichages indiquant les dates et l'heure des prochaines réunions.

Tout au long de la soirée, les rythmes de passage sont très différents, avec des moments de forte affluence où les usagers viennent tous en même temps pour prendre leur matériel et d'autres plus calmes avec moins d'activité. L'équipe profite alors d'une plus grande disponibilité pour essayer de faire passer des « questionnaires de contact » aux usagers qui se présentent au comptoir, en argumentant de l'importance de mieux connaître leurs besoins pour apporter de meilleures réponses préventives. Il arrive souvent que les personnes sollicitées s'évertuent à trouver toutes les excuses possibles pour se soustraire à l'éventualité de rester une vingtaine de minutes de plus au PES pour répondre à des questions. Toutefois, nous remarquons qu'avec le temps beaucoup ont intégré l'intérêt de ce questionnaire et que ceux qui nous avaient promis de repasser pour le remplir avec nous, tiennent effectivement parole. La passation des questionnaires se fait derrière le comptoir, dans un espace plus confidentiel, pour permettre aux personnes de se sentir plus en confiance afin de répondre à des questions parfois personnelles et intimes. Ce temps d'échange entre l'accueillant et l'utilisateur est tout à fait fondamental car il permet d'aborder sa situation sociale et sanitaire, les produits qu'il consomme, ses modes de consommations et ses prises de risques, et ainsi faire passer des messages de prévention et des conseils. Souvent à l'issue du questionnaire, la personne a pu poser tout un ensemble de questions sur des problèmes qui la concerne et repart avec certaines pistes, informations ou adresses de structures utiles.

Durant la permanence, nous voyons se succéder des personnes aux profils très différents provoquant des contrastes assez marqués dans l'espace d'accueil. On peut voir des personnes physiquement bien portantes, d'autres aux visages fatigués et aux corps abîmés, des individus issus de nationalités et de cultures très variées, des jeunes et des plus vieux, des femmes prostituées et des travestis en tenue provocante, des hétéros et des homos, des usagers de drogues ou non, des habitants du quartier et des gens de passage qui aimeraient bien connaître le programme. D'une façon ou d'une autre, tous viennent à STEP pour s'approvisionner en matériels ou en préservatifs et gels lubrifiants mais aussi pour avoir des informations sur le SIDA et les hépatites, les IST, les adresses de CDAG, les traitements d'urgence en cas de prises de risques, le suivi médical, etc.. Cette mixité et hétérogénéité des personnes dans l'espace d'accueil permettent de créer des rencontres inattendues dans le respect de la différence et des interactions sociales positives où chacun se reconnaît mutuellement.

Ce soir 35 personnes environ sont passées au PES dont 29 usagers de drogues.

Le temps a passé vite, il est déjà 22h15. Deux usagers restent à l'intérieur du local jusqu'à la dernière minute car ils n'ont pas envie de retourner dehors au froid. Pendant ce temps, les accueillants commencent le ménage et distribuent les derniers thé et café aux retardataires. Un habitué du programme a l'habitude de donner un petit coup de main à l'équipe pour le ménage et c'est lui qui s'occupe de sortir les poubelles de STEP sur le trottoir. Ce temps de ménage permet de faire la transition avec le moment où les usagers vont effectivement devoir sortir. Dans quelques instants le rideau de STEP va se baisser et chacun devra retourner à son quotidien.



A) La fréquentation du PES : une légère diminution en 2003

a) Nombre de passages et file active du PES

La fréquentation du programme a connu un ralentissement d'activité cette année, puisqu'on peut observer un recul du nombre de passages de 11 442 en 2002 à 7962 en 2003 (soit 30% de moins). On retrouve la même tendance concernant la file active du programme qui est de 1350 usagers de drogues différents en 2003 contre 1666 l'an passé.

Fréquentation du PES en 2003										
Fréquentation du PES	1er trim. 03		2è trim. 03		3è trim. 03 (fermeture du PES du 11/07 au 11/08)		4è trim.03		TOTAL	
Passages tous publics	2246		2033		1385		2298		7962	
Répartition par sexe	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	1905	341	1749	284	1138	247	1940	358	6732	1230
Passages d'usagers	1847		1642		1078		1835		6402	
Nouveaux usagers	49		36		31		47		163	
File active	1350 Usagers de drogues différents sur l'année dont 1174 hommes et 176 femmes									

Ce recul de l'activité du PES peut s'expliquer par différents événements qui ont marqué l'année :

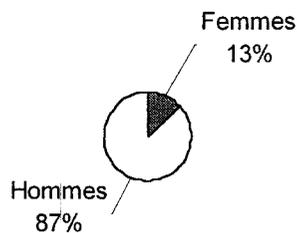
- La situation financière d'EGO, particulièrement fragilisée, a conduit l'association à fermer ses portes pendant les mois d'été pour réaliser des économies de fonctionnement. Pour la première fois, le centre d'accueil et le PES ont suspendu leurs activités du 11 juillet au 11 août 2003 en concertation avec les partenaires intervenant sur le même territoire. Cette fermeture explique la baisse importante du nombre de passages sur le troisième trimestre. Elle explique aussi, partiellement, la baisse de la file active.
- Ces restrictions budgétaires importantes, n'ont pas permis au PES de continuer à assurer un fonctionnement 7 jours sur 7, week-ends et jours fériés. Pour la première fois de notre histoire, il nous a fallu renoncer à ce principe de continuité et revoir nos horaires d'ouverture au public. Dès le 1^{er} mars 2003, STEP a donc ouvert ses portes du lundi au vendredi de 17h30 à 22h30, avec des plages horaires élargies de façon à maintenir le même nombre d'heures totales hebdomadaires (25h). Quoi qu'il en soit, la réduction importante du nombre de jours d'ouverture dans l'année n'a pas été sans conséquences sur le niveau d'activité du PES.
- Enfin, le déploiement spectaculaire des forces de l'ordre sur le quartier et le renforcement de l'activité répressive qui en a découlé n'ont pas été sans répercussion sur la présence du trafic à la Goutte d'Or, et donc sur la fréquentation du PES par les usagers. En effet, le durcissement effectif du comportement des représentants de la police s'est traduit par de nombreuses

interpellations d'usagers et par la volonté de faire disparaître les scènes ouvertes de vente de drogues dans le quartier. Le déplacement des scènes de trafic et la forte présence policière ont incité un certain nombre d'usagers à s'approvisionner momentanément dans d'autres lieux.

Répartition par sexe : les femmes toujours très minoritaires

Depuis l'ouverture du PES, les hommes constituent la grande majorité du public et les femmes représentent une composante minoritaire. Cette année encore, cette tendance se confirme puisque nous ne comptabilisons que 176 femmes pour 1174 hommes (soit 13% de femmes et 87% d'hommes). Cette situation se reflète également dans la fréquentation du PES par les femmes car, si l'on fait abstraction des publics non UD, on arrive alors à un total de 647 passages féminins, soit 4 passages en moyenne. On s'aperçoit que les femmes n'utilisent pas le PES de la même façon que les hommes et viennent moins régulièrement au programme.

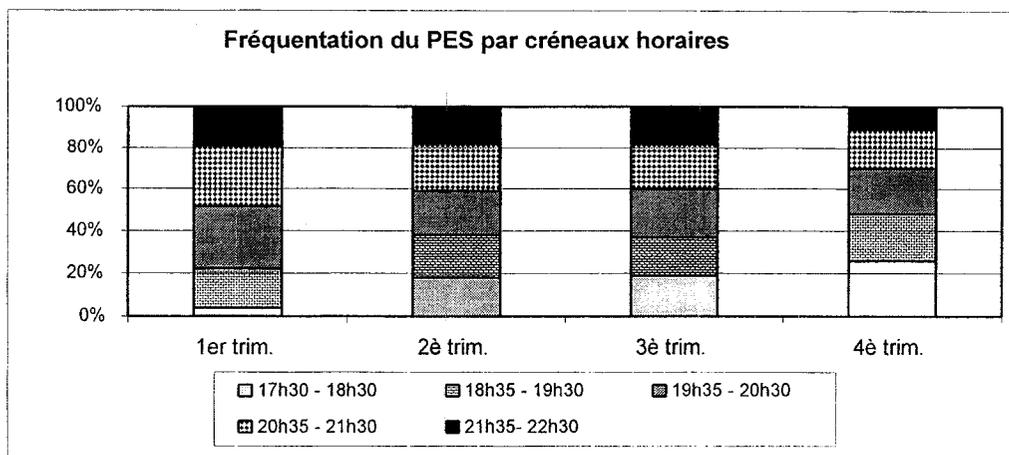
Répartition par sexe du public en 2003



Cette moindre représentation des femmes à STEP n'est pas un phénomène isolé mais un constat que l'on retrouve plus généralement parmi les caractéristiques des publics fréquentant les dispositifs d'aide spécialisés aux toxicomanes. En ce qui nous concerne, nous essayons au quotidien de mieux comprendre les besoins des femmes mais aussi les raisons qui les poussent à moins fréquenter les structures : abandon de la voie injectable ? Peur des espaces mixtes à forte concentration d'hommes ? Craintes d'un éventuel retrait de leurs enfants ? Consommation moins visible ?

b) Evolution de la fréquentation par créneaux horaires

La modification des horaires d'ouverture de STEP depuis mars 2003 (17h30/22h30 du lundi au vendredi au lieu de 19h00/22h30 sept jours sur sept) pose aujourd'hui la question de la pertinence de ce choix par rapport aux habitudes de fréquentation du public accueilli



Au regard des horaires de fréquentation en 2003, on s'aperçoit que la proportion des passages se situant entre 17h30 et 18h30 est passé de 4% au 1^{er} trimestre à 26% au dernier trimestre. Si en début d'année les pics de fréquentation se situaient plutôt entre 19h30 et 21h30, la progression constante du nombre de passages entre 17h30 et 18h30 est venue inverser cette tendance et montre aujourd'hui que les usagers sont plus nombreux à fréquenter le PES en tout début de soirée. Le créneau horaire qui comptabilise le moins de passages reste celui de 21h35/22h30 et celui-ci ne représente plus que 11% des passages au dernier trimestre. Ces évolutions viennent donc confirmer les choix stratégiques concernant les horaires du PES et témoignent d'une bonne adaptation de notre public à ces nouvelles modalités de fonctionnement.

c) Mixité du public accueilli : la fréquentation du PES par d'autres populations

Dans un espace d'accueil qui se veut producteur de lien social, nous n'avons pas souhaité faire de STEP un lieu ghetto à destination des usagers mais au contraire un programme ouvert sur l'extérieur s'adressant à tout public concerné par la prévention du Sida, des hépatites et autres questions liées à la consommation de substances. Si les usagers de drogues représentent 80% du total des passages au sein du programme, d'autres publics non consommateurs fréquentent aussi STEP régulièrement, qu'il s'agisse de femmes prostituées, d'habitants du quartier, de jeunes, de partenaires, etc. Certains viennent chercher des préservatifs et du gel lubrifiant, tout en profitant de boire un café, d'autres sont à la recherche d'informations précises concernant les tests de dépistages, les adresses de CDAG, certaines aides sociales ou problèmes de santé. Un grand nombre de partenaires ou de passants pénètrent à l'intérieur du local également pour connaître le programme et échanger sur nos pratiques de travail.

Cette année, nous avons observé une diminution sensible de la fréquentation des autres publics qui représentent un total de 1559 passages contre 2669 l'an passé. Cette situation s'explique par une baisse importante du nombre de femmes prostituées venant s'approvisionner en préservatifs au PES dans un contexte où le travail du sexe sur la voie publique a fait l'objet de nouvelles mesures d'interdiction et de répression accrue. Par contre, la fréquentation du PES par les habitants a progressé tout au long de l'année et l'on peut se réjouir de voir qu'ils constituent aujourd'hui un des principaux "autres publics" du programme.

Fréquentation du PES par les autres publics en 2003					
Type de publics	1er trim. 03	2è trim. 03	3è trim. 03 (fermeture du PES du 11/07 au 11/08)	4è trim.03	TOTAL
Femmes prostituées	168	140	121	154	583
Jeunes du quartier	28	33	20	37	118
Habitants	131	143	114	206	594
Partenaires	10	5	10	29	54
Autres publics	62	69	42	37	210
Total	399	390	307	463	1559

La mixité des populations accueillies, à travers la représentation de personnes appartenant à des groupes sociaux différents, voire même opposés, est un principe auquel nous sommes très attachés dans le cadre de notre pratique d'accueil. En effet, nous pensons que la cohabitation dans un même espace de personnes aux parcours différents, usagers de drogues ou non, permet de créer les conditions pour se rencontrer, se reconnaître, échanger dans une relation de respect mutuel. En ce sens, le principe de mixité favorise des interactions positives et des liens de sociabilité entre des individus et des groupes sociaux que rien ne prédisposait à se rencontrer, et que parfois tout oppose, contribuant ainsi à une évolution des représentations sociales stigmatisantes des uns envers les autres.

2) Les usagers de drogues du PES :

A. Situation sociale

a) Situation sociale des usagers : d'importants indicateurs de précarité

Pour appréhender la situation sociale et sanitaire du public accueilli au PES nous proposons un « questionnaire de contact » aux UD qui veulent bien y répondre. Cette année nous avons pu faire passer 204 questionnaires et c'est à partir des éléments d'information fournis par les personnes que nous produisons ces données.

b) Répartition par catégorie d'âge du public : de nouveaux jeunes injecteurs

En 2003, les classes d'âge ont peu évolué par rapport à l'année précédente. La proportion la plus importante reste celle des 36/40 ans qui représente 32% de notre public. Toutefois, on peut constater une évolution des moins de 20 ans, qui sont passés de 1% en 2002 à 4 % en 2003, totalisant 10% de jeunes de moins de 25 ans. Si ceci peut paraître peu significatif, la proportion a été multipliée par 4 en un an.

Répartition par catégorie d'âge du public accueilli en 2003		
Classes d'âge	% en 2002	% en 2003
- de 20 ans	1%	4%
21 à 25 ans	6%	6%
26 à 30 ans	13%	13%
31 à 35 ans	29%	27%
36 à 40 ans	34%	32%
41 ans et +	17%	18%

Ce rajeunissement déjà engagé en 2002, qui avait vu les 21/25 ans augmenter de 3 % par rapport à l'année précédente, progresse puisque l'augmentation ne se situe plus sur les 21/25 ans mais sur les moins de 20 ans. Celui-ci s'est traduit par une plus grande fréquentation de jeunes, souvent poly-toxicomanes et injecteurs, consommateurs de drogues de synthèse. Le profil de ces jeunes est souvent le même : tête rasée, pantalon militaire, appartenance au milieu « techno », accompagnés de chiens et vivant en squats...

c) Nationalités et origines culturelles : une grande majorité de personnes d'origine française

Cette année, la proportion de personnes se déclarant de nationalité française a augmenté significativement et reste largement majoritaire avec 77%, ceci au détriment des personnes de nationalité hors Union Européenne.

En revanche, si l'on compare ces chiffres à ceux des origines culturelles, la proportion la plus importante est celle des personnes originaires de pays hors UE avec 47,8 %, même si ce chiffre a baissé de 10% par rapport à 2002. Cette évolution s'est faite au profit du public d'origine française (+ 7,5%) et issu de l'UE (+ 2,7%).

Répartition par nationalité et origines culturelles en 2003			
Nationalité	% en 2003	Origines culturelles	% en 2003
Française	77.3%	Française	35.5%
U.E	6.4%	U.E	16.7%
Hors UE	16.3%	Hors U.E	47.8%

d) Situation familiale du public accueilli : une fragilité des liens sociaux et affectifs

La situation familiale du public accueilli témoigne des difficultés que peuvent rencontrer les UD dans leur vie personnelle à maintenir des liens sociaux et affectifs avec leur entourage. Ainsi, l'évolution observée par rapport à l'année dernière montre que la proportion des personnes célibataires, divorcées ou veuves est écrasante et atteint 92 % en 2003.

Situation familiale du public accueilli à STEP en 2003			
Célibataires	73%	Vivent en couple	26%
Mariés	5%	Ont un enfant ou +	28%
PACS	3%	Vivent avec leur(s) enfants	9.5%
Divorcés/séparés	17%	Sont en contact régulier avec leurs parents	53%
Veuf (ves)	2%		

La baisse progressive des personnes vivant en couple depuis quelques années est significative de la difficulté à créer et maintenir des relations autres que celles liées à l'usage de drogues quand on vit dans l'urgence de la consommation et dans la précarité sociale. Parallèlement le nombre de personnes vivant avec leurs enfants baisse, lui aussi passant de 12 % en 2002 à 9,5 en 2003 et révèle des situations de séparation souvent douloureuses, et souvent irrémédiables.

e) Situation d'hébergement des usagers : une précarité constante

La situation d'hébergement des personnes accueillies est sûrement celle qui illustre le plus la grande précarité dans laquelle vivent les usagers de drogues. Dans leur quotidien, la recherche d'un endroit pour dormir est un problème qui se pose de façon récurrente, sans toujours trouver de réponses immédiates ou à moyen terme.

Situation d'hébergement du public accueilli en 2003		
Type d'hébergement	% 2002	% 2003
Logement personnel	22%	28%
Famille	22%	15%
Amis	9%	10%
Foyer	3%	7%
Appartement thérapeutique	5%	0.5%
Hôtel d'urgence	7%	4%
Hôtel au mois	5%	6.5%
Squat	9%	12%
Sans hébergement	18%	17%

Si la proportion des personnes disposant d'un logement personnel a légèrement augmenté, passant de 22% en 2002 à 28% cette année, nous constatons en revanche une diminution du nombre de personnes vivant dans leur famille qui ne représente plus que 15 % en 2003. Ceci signifie que la proportion de personnes vivant dans des situations d'hébergement précaire reste stable par rapport à l'année dernière. Au mieux, les personnes vivent chez des amis (10%), en foyer (7%), en hôtel d'urgence (4%), en hôtel au mois (6,5%) ou encore squat(12%) ... Au pire, il n'ont aucun hébergement (17%) et doivent se trouver des solutions de fortune pour dormir (parking, cage d'escalier, voiture, etc.). Dans leur grande majorité, les UD restent dans une situation d'hébergement précaire ou inexistante (57 %), ce qui n'est pas sans engendrer de graves conséquences sur leur santé physique et mentale. L'absence de réponses en terme d'hébergement pour ces populations, et par voie de conséquence leur relégation à la rue, est une situation indigne d'une société riche et moderne comme la nôtre.

f) Provenance géographique du public : une augmentation des personnes issues de Paris

La tendance qui avait vu une nette progression en 2002 du public parisien fréquentant le PES se confirme, puisqu'elle augmente de 2 % en 2003 pour atteindre un chiffre de 49 %, soit presque la moitié.

Provenance géographique du public en 2003		Quartier fréquenté par les usagers en 2003	
Paris	49%	Paris 18è	54%
		Autre Paris	25%
Banlieue	39%	Banlieue	15%
Province	8%	Province	2%
Autre	4%	Autre	4%

Les banlieusards ne représentent plus que 39 %. Ils sont issus le plus souvent du département de la Seine Saint Denis (93) et du Val D'Oise (95) en raison à la proximité géographique avec la Gare du Nord.

g) Couverture sociale et contact avec le réseau socio-sanitaire : des situations contrastées

Il est indispensable pour permettre aux usagers d'accéder aux dispositifs d'aide et de soin, d'obtenir une couverture sociale. Le système de la CMU a permis de mieux faire bénéficier d'une couverture les populations qui en étaient exclues, ouvrant chaque année leurs droits à un nombre plus important de personnes. Comparativement à 2002, le nombre de personnes ayant une couverture sociale remonte légèrement et passe de 79% à 82% cette année. Nous comptabilisons donc 18% de notre public qui n'a toujours aucune couverture sociale. Parmi celles ayant une couverture sociale, nous constatons une augmentation du nombre de personnes affiliées au régime général qui passe de 21 à 24,5% entre 2002 et 2003.

Couverture sociale des usagers du PES en 2003		Contact avec le réseau socio-sanitaire	
Régime général	24%	Assistants sociales	51%
CMU	29%	Structures Administratives	46%
CMU et CMUC	26%	Structures spécialisées	39.5%
AME	2%	Services hospitaliers	36%
Autre	1%	CDAG	36%
Aucune couverture	18%	Autres	14%
		Connaissance EGO	68.5%
		Fréquentation EGO	57.5%

Toutefois, les personnes couvertes par la CMUC reculent de 47 % en 2002 à 26 % en 2003, au profit des personnes étant couvertes par la seule CMU, (la CMUC devient plus restrictive dans son obtention).

Concernant l'accès au réseau socio-sanitaire, les assistantes sociales (51%) et les structures administratives (46%) restent les interlocuteurs les plus souvent en contact avec les usagers. Par contre, nous constatons avec surprise qu'un nombre moins important de personnes déclarent fréquenter les structures spécialisées (39,5% en 2003 contre 54% en 2002) et nous devons essayer d'en comprendre les raisons. La fréquentation des services hospitaliers (36%) est souvent un passage obligé pour les usagers qui souffrent de pathologies graves. Cependant, les liens entre l'hôpital et les usagers restent toujours aussi difficiles, autant de la part des UD qui ont souvent un vécu négatif par rapport aux services, que de celle des personnels médicaux parfois peu enclins à supporter les problèmes spécifiques de cette population.

Enfin on peut se réjouir de la progression de la part du public affirmant connaître le centre d'accueil d'EGO passant de 58 % à 68,5 % pour 2003 et de l'augmentation du nombre des personnes le fréquentant régulièrement ou occasionnellement.

h) Activité professionnelle et accès aux ressources légales : un public majoritairement exclu du monde du travail

Les usagers du PES restent majoritairement exclus du monde du travail puisqu'ils sont 77 % à être sans emploi. Ce chiffre poursuit sa progression depuis quelques années, passant de 73% en 2002 à 77 % en 2003. On peut expliquer cette situation par l'évolution du marché du travail où la précarité s'installe de plus en plus et par le chômage qui touche en premier lieu la main d'œuvre peu qualifiée, dont fait partie un grand nombre d'usagers de drogues.

<i>Activité professionnelle du public en 2003</i>			Accès aux ressources légales en 2003 (plusieurs réponses possibles)	
Type d'activité :	% 2002	% 2003	Salaire	18%
Travail stable (CDI)	11%	10%	RMI	37%
Travail précaire (CDD)	10%	8%	AAH	4%
Travail non déclaré	4%	2%	Assedic	9%
Stage	2%	3%	CAF	1%
Sans emploi	73%	77%	Sans ressources	30%

On comprend aisément les conséquences dommageables d'une telle exclusion : impossibilité de subvenir à ses moyens, dévalorisation de son identité sociale, perte de confiance en soi, etc.. Certains peuvent alors compenser par une plus grande consommation de substances pour affronter le vide du quotidien.

Par voie de conséquence, la proportion de personnes ayant un salaire recule cette année et ne représente que 18% du public accueilli (- 7% par rapport à 2002). Pour le reste, les UD tentent d'accéder à des ressources légales tels que les assédics (9%), le RMI (37%), l'AAH (4%) ou la CAF (1%). Mais il reste qu'une large partie du public demeure sans ressources, laquelle se stabilise à 30 % en 2003. Pour ceux-là, le recours à des moyens en marge de la légalité (mendicité, deal, prostitution, vol, etc.) est souvent un passage obligé pour assurer leur survie quotidienne.

i) Situation administrative et juridique : une lourde pénalisation des usagers

Les problèmes juridiques et administratifs sont souvent récurrents dans les parcours des usagers. Le fait de consommer des produits stupéfiants, de participer parfois à leur revente ou encore d'avoir recours à des procédés illégaux pour survivre (vol, prostitution...) font que ceux-ci sont souvent arrêtés par la police et incarcérés.

Situation administrative des usagers du PES en 2003		Situation juridique des usagers du PES en 2003		
		67% ont déjà été incarcérés		
		Fréquence des incarcérations		
Papiers d'identité	41%	Une seule fois	2 à 9 fois	+ de 10 fois
Carte de séjour	7%			
Sursis/mise à l'épreuve	18%	24%	62%	14%
Procès en cours	14%			
Injonction thérapeutique	11%	Durée des incarcérations		
Obligation de soins	2%	< ou = 1 an	De 2 à 5 ans	+ de 6 ans
Peine substitutive	1,5%			
Autre	5,5%	34%	48%	18%

Cette année encore la grande majorité de notre public déclare avoir déjà été incarcérée (67%). Parmi eux, 24 % l'ont été une seule fois, 62 % de 2 à 9 fois et 14 % plus de 10 fois. Comparativement à 2002, le nombre de personnes ayant été une seule fois en prison semble diminuer tandis que celles incarcérées plus de 10 fois augmente. De même, les durées d'incarcérations supérieures à 6 ans diminuent nettement, passant de 32% à 18 % pour 2003. Ceci semblerait signifier que les usagers seraient plus souvent incarcérés mais pour des peines moins lourdes.

Enfin les personnes accueillies au PES cumulent souvent un ou plusieurs problèmes administratifs. En 2003, environ 50% d'entre eux affirment ne pas avoir de papiers d'identité, ce qui représente une hausse de 23%, l'absence de carte de séjour : 7 %, les sursis ou mise à l'épreuve : 18 %, procès en cours : 14 %, injonction thérapeutique : 11 %.

B. Situation sanitaire des usagers :

a) Un état de santé physique et psychologique particulièrement fragile

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé comme le résultat du bien-être biologique, psychologique, et social des individus. La santé physique et psychologique des individus est donc étroitement liée à la qualité de leurs conditions de vie. Elle est donc également en rapport avec le niveau social et le contexte de vie des personnes. On comprend mieux alors conséquences dramatiques que peuvent produire les situations d'exclusion sociale sur l'état de santé physique et psychologique des usagers de drogues. Car, nous l'avons vu, ceux-ci sont souvent sans emploi, sans hébergement stable, disposent de faibles ressources, voire inexistantes, et vivent dans des squats ou autres endroits de fortune, dans des conditions parfois indignes d'un être humain. Par ailleurs, la vie dans la rue est extrêmement stressante et violente que ce soit avec les dealers, les autres usagers, la police, etc... De même la nécessité de se poser et de consommer dans les endroits très fréquemment insalubres n'est pas sans provoquer de l'angoisse, du stress voire de la paranoïa, notamment chez les usagers de crack.

Etat de santé physique et psychologique des personnes accueillies en 2003			
Santé physique		Santé psychologique	
Fatigue	66%	Déprimé	40%
Manque d'appétit	47%	Anxieux	38%
Perte de poids	43%	Paranoïaques	9%
Fièvre	14%	Difficultés à dormir	53%
Jaunisse	3%	Nerveux	2%
Problèmes de dents	45%		
Surdose/ Overdose	4%		
Problèmes pulmonaires	12%		

Il n'est donc pas étonnant que 30% des personnes accueillies à STEP affirment se sentir en mauvaise ou très mauvaise santé physique. D'une façon générale, elles font état d'une profonde fatigue (66%), liée au manque de sommeil réparateur, d'un manque d'appétit (47%), d'une perte de poids importante (43%) et de problèmes de dents (45%). A noter également des problèmes pulmonaires (12%), liés à une mauvaise hygiène et à la consommation de produits (tabac et crack par voie pulmonaire) mais aussi des surdoses/overdoses (4%) qui ne sont pas anodines. Sur le plan psychologique, 40% des personnes se disent déprimées, 38% anxieuses, 9% paranoïaques et 2% nerveuses. Cette fragilité psychologique peut amener certains consommateurs à augmenter la prise de produits pour se sentir mieux, telle une automédication.

b) Consultation médicale et accès aux traitements de substitution : des améliorations à poursuivre

La mise en place de la politique de réduction des risques et le développement des traitements de substitution ont largement permis de renforcer le contact entre les usagers de drogues et les médecins, que ce soit dans les CSST ou la médecine de ville. Ainsi, 66% des usagers du PES déclarent consulter au moins 1 fois par mois un médecin, ce qui représente

une légère augmentation par rapport à 2002 (+4%). La motivation principale d'une consultation reste la substitution (59%), loin devant les autres problèmes de santé que rencontrent les usagers : hépatites (16%), somatique (15%), psychologique (11%) ou encore VIH (8%). Ceci signifie donc que même si les usagers sont plus souvent en contact avec des médecins, ils ne bénéficient pas forcément d'un suivi médical somatique et régulier.

Fréquence des consultations médicales		Raisons médicales des consultations		Accès aux traitements de substitution en 2003		
+ d'une fois par mois	35%	Substitution	59%	OUI	NON	
1 fois par mois	31%	Suivi somatique	15%	59%	41%	
1 fois / trimestre	9%	Suivi psychologique	11%			
1 fois / an	6%	Suivi hépatites	16%			
Mons d'1 fois / an	19%	Suivi VIH	8%	Type de substitution		
		Autres	1%	Méthadone	Subutex	Skénan
				14%	32%	13%

L'avènement des traitements de substitution a contribué, en partie, à diminuer les contaminations par le VIH, mais également les situations d'overdoses parmi les usagers de drogues¹. Un grand nombre d'entre eux ont recours à ces produits car ils leur permettent de mieux contrôler leur consommation de substances et ainsi éviter les effets de manque de produits. D'autres ont directement démarré leur consommation de produits de substitution sans passer par la dépendance de l'héroïne. Ce sont par exemple des consommateurs de crack, qui ont commencé à consommer le Subutex® ou le Skénan® pour amoindrir les effets angoissant de « la descente ».

A STEP, le nombre de personnes sous traitements de substitution médicalement prescrits tend à diminuer par rapport à l'année dernière et passe de 69% à 59% en 2003. Ceci peut être lié au fait que nous accueillons de plus en plus d'usagers de crack, qui n'ont logiquement pas besoin d'un traitement de substitution aux opiacés et qui l'achètent plus souvent dans la rue au gré de leurs besoins. Avec seulement 32% d'utilisateurs cette année, le Subutex® médicalement prescrit a diminué de 10%. Il reste toutefois le produit de substitution le plus répandu du fait de sa facilité d'accès et de son utilisation sous différentes formes (sniff, sublingual, fumé, injecté, et.). Il est suivi par la Méthadone® (14%) et le Skénan® (13%) qui a augmenté de 5% par rapport à 2002.

c) Situations sérologiques VIH et hépatites : des tendances à nuancer

La politique de réduction des risques a tenté d'apporter des réponses concrètes et pragmatiques pour permettre aux usagers de drogues de mieux se protéger contre les infections et maladies, et tout particulièrement le VIH et les hépatites. Ces dernières font l'objet, de la part de l'association, d'une attention tout à fait particulière. Pour essayer de réduire le nombre de nouvelles contaminations, différents ateliers de prévention ont été mis en place.

¹J. Emmanuelli. SIAMOIS. 2003, Institut de Veille sanitaire.

Réalisation des tests de dépistage en 2003			Sérologies de VIH et hépatites en 2003		
Test VIH	Test VHB	Test VHC	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC
OUI	OUI	OUI	VIH +	VHB +	VHC +
94%	90%	88%	9%	6% Vaccinés 50% Immunisés 12%	35%

Ainsi nous avons pu constater qu'à STEP, le pourcentage de personnes ayant fait des tests de dépistage est élevé en 2003 (94% pour le VIH, 90% pour le VHB et 88% pour le VHC). Ce qui atteste déjà d'un premier succès de notre travail. Comme le démontre les chiffres regardés d'un peu plus près, nous voyons que presque 56% des usagers ont fait leur dépistage du VIH en l'an 2003 et 55% pour le VHC et le VHB. Pour mieux agir en terme de prévention, et pour se protéger soi-même ainsi que son entourage, il importe donc de poursuivre cette sensibilisation des usagers sur l'intérêt à se faire dépister de façon régulière.

La politique de réduction des risques, au fur et à mesure de son développement, a eu un effet positif sur la contamination par le VIH chez les usagers de drogues. A STEP, nous avons pu constater une diminution du nombre de personnes séropositives au VIH qui recule à 9% cette année contre 13% en 2002. Si cette diminution de la séroprévalence au VIH chez les usagers de drogues est une tendance que l'on retrouve au niveau national, ce chiffre reste néanmoins très sous-estimé par rapport aux données nationales et se rapporte à un public moins souvent injecteur. Il doit donc être considéré avec précaution.

Concernant l'hépatite C (VHC), sa transmission se poursuit toujours dramatiquement parmi cette population. A STEP, nous comptabilisons 35% de séroprévalence parmi les usagers du PES en 2003. Là encore, le changement de profil des consommateurs, avec notamment un recul des usagers par voie injectable, n'est sûrement pas sans incidence sur la diminution de ce chiffre par rapport à l'année dernière (46% en 2002). Il n'en reste pas moins que l'hépatite C est une maladie grave, pouvant conduire à une cirrhose ou un cancer du foie. Par ailleurs, une étude² réalisée en prélevant une goutte de sang sur le doigt d'usagers par voie intraveineuse et/ou nasale, à Marseille, a révélé une séroprévalence plus élevée (72.6% au VHC) que celle spontanément déclarée par les personnes. Il importe donc d'être vigilant sur la validité des chiffres produits et dans tous les cas de continuer à développer des stratégies de prévention par rapport à l'hépatite C.

Le nombre de personnes séropositives au VHB reste bas et représente 6% de notre public. Il est clair qu'en la matière la vaccination contre l'hépatite B a largement permis de réguler sa diffusion parmi cette population et ils sont 62% à se déclarer vaccinés.

Enfin, concernant le suivi médical des usagers, nous constatons que les personnes séropositives au VIH ont beaucoup plus souvent un traitement médical pour leur maladie que celles séropositives au VHC. Il semblerait que ces dernières hésitent à avoir recours à un médecin et ignorent qu'on peut aujourd'hui guérir d'une hépatite C. Il est donc nécessaire de renforcer nos discours de prévention dans ce sens auprès des usagers.

² Emmanuelli J. Jauffret-Roustide M. Laporte A (2002)

Etude de faisabilité sur les fréquences et les déterminants des pratiques à risques de transmission VIH et VHC chez les usagers de drogues, Marseille Sept 2001-Juin 2002 – INVS – 20/11/2002

3) Les activités du PES :

Différents aspects de la réduction des risques

A. La distribution de matériel de prévention : des outils concrets pour réduire les risques

Les personnes fréquentant le PES ont à leur disposition une large palette d'outils de prévention et de réduction des risques. Celle-ci a évolué au fur et à mesure des années et s'est adaptée aux nouveaux modes d'usages et prises de risques du public accueilli.

a) Les différents types de matériel de prévention :

- **Des seringues stériles** de 1cc, 2,5 cc et 3cc,
- **Des tampons alcoolisés** pour nettoyer le point d'injection avant la prise de produit mais aussi à désinfecter les différents types de matériels utilisés pendant la consommation,
- **Des fioles d'eau stérile** pour diluer le produit et éviter l'utilisation d'eau courante ou minérale,
- **Des stéricups**, comprenant une coupelle, un filtre et un tampon hémostatique à usage personnel,
- **Des gels mains** à utiliser sans eau ni savon,
- **Des crèmes de soin cicatrisantes** et apaisantes pour les multiples blessures et brûlures, notamment liées à la consommation de crack,
- **Des préservatifs et du gel lubrifiant** pour une prévention des risques sexuels,
- **Des tubes** de transport et de récupération des seringues afin de permettre une manipulation à moindre risque du matériel. Un extrait d'une circulaire du ministère de la justice, indiquant que « le seul port d'une seringue ne doit pas être considéré comme un indice suffisant d'infraction susceptible de justifier une interpellation » est collé sur les tubes afin de faciliter le transport des seringues.
- **Des containers de récupération** pour le matériel souillé,
- **Des jetons** donnant accès au Stéribox dans les distributeurs automatiques,
- **Des Kits Sniff** (Strawbags) contenant :

- ▶ 2 pailles à usage unique pour sniffer
 - ▶ 1 carton pour préparer la ligne
 - ▶ 1 préservatif 1gel
 - ▶ 2 cotons tiges imbibés d'huile, pour nettoyer le nez après le sniff
- **Des plaquettes** de prévention (une cinquantaine de plaquettes d'information, d'orientation et de prévention)
 - **Le journal de l'association** (Alter Ego, le journal).

b) Distribution et échange de seringues au PES en 2003

Cette année nous avons distribué un total de 83 824 seringues ce qui représente une relative stabilisation par rapport à l'année dernière. Par ailleurs, si l'on considère que le nombre de passages sur l'année a diminué par rapport à 2002, ceci signifie que le nombre de seringues distribuées par personne a très largement augmenté. Ceci est en partie lié au fait que depuis mars 2003, date à laquelle nous avons modifié les jours d'ouverture du programme, les seringues sont distribuées à la demande, sans limitation à un nombre maximum. Certaines personnes viennent également plus ponctuellement au PES mais prennent plus de matériel par passage. Ce sont souvent des personnes qui ont une habitation et qui rapportent leur matériel souillé.

Distribution et récupération des seringues au PES en 2003					
Types de seringues	1 ^{er} Trimestre	2 ^{ème} Trimestre	3 ^{ème} Trimestre (fermeture du 11/07 au 11/08)	4 ^{ème} Trimestre	Total 2003
Seringues 1 cc	14844	16487	13904	18403	63638
Seringues 2.5 cc	3570	3310	2641	5990	15511
Seringues 3 cc	1309	1271	714	1381	4675
Total distribué	19723	21068	17259	25774	83824
Seringues rapportées	4956	6323	5363	7894	24536
Taux de récupération	25%	30%	31%	31%	29%

La distribution des seringues 2,5 cc et 3 cc est en très nette augmentation par rapport à 2002, ce qui est probablement lié à une importante consommation de Skénan mais aussi au fait que certains PES ne distribuent pas toujours ce type de seringues.

Cette année, nous avons récupéré 24 536 seringues usagées ce qui représente un taux de récupération de 29%. Ce chiffre se maintient à un niveau identique depuis quelques années. Pour sensibiliser les usagers à ramener leur matériel souillé, nous leur donnons des containers de récupération sécurisés (132 en 2003) dans lesquels ils peuvent stocker leurs seringues sales. Nous travaillons en collaboration avec le Service municipal d'Action de Salubrité et d'Hygiène (le SMASH) de la mairie de Paris qui récupère le matériel souillé pour incinération et qui nous fournit également les différents containers de récupération. Nous tenons à remercier ce service pour le partenariat fructueux que nous avons plus développé depuis quelques années.

c) La distribution des autres matériels de prévention en 2003

Le matériel distribué se fait à la demande des usagers et sans limitation en nombre, excepté pour :

- Les kits sniff, qui sont limités à 3 par usager et par jour,
- Les préservatifs, qui sont, de lundi à jeudi, limités à 12 et le vendredi à 24 pour les usagers de drogues et de lundi à jeudi à 4 et le vendredi à 8 pour les autres publics,
- Les jetons, qui sont limités à 5 par usager et par jour,
- Les crèmes cicatrisantes sont limitées à 20 par usager par jour,

Matériels de prévention distribués au PES en 2003					
Types de matériels	1 ^{er} Trimestre	2 ^{ème} Trimestre	3 ^{ème} Trimestre	4 ^{ème} Trimestre	Total
Tampons alcoolisés	21673	19129	14105	20198	75105
Eau stérile	13326	12964	9449	15431	51170
Stéricups	5712	4976	3506	5407	19601
Préservatifs	5967	6537	6183	8713	27400
Gels lubrifiants	4228	4202	4871	6022	19323
Tubes	202	157	122	245	726
Jetons	1288	2141	1441	1947	6817
Kits Sniff	415	351	228	462	1456
Embouts	1274	1384	924	1520	5102
Crèmes cicatrisantes	1963	3111	1917	4052	11043
Plaquettes d'information	924	567	371	614	2476
Gels désinfectants					1000
Containers					136

Les tampons alcoolisés sont toujours très largement utilisés par les usagers, toutefois, leur distribution a légèrement diminué passant de 101.493 en 2002 à 75 105 cette année. Nous pouvons imaginer que cette diminution peut être liée aux conditions de vie des personnes qui ne leur permettent pas toujours de stocker beaucoup de matériel sur elles. De même, la distribution du gel désinfectant servant à se laver les mains a pu également influencer sur cette diminution. En tout cas, nous devons continuer d'insister pour que les usagers utilisent les tampons alcoolisés.

Malgré un léger recul cette année, le Stéricup constitue un outil très largement distribué (19 601 en 2003) aux usagers. Il facilite le shoot propre à travers une sensibilisation des personnes sur une utilisation personnelle des cuillères et des filtres. Toutefois, pour certains injecteurs de médicaments, la coupelle n'est pas suffisamment grande et pour d'autres, le filtre n'est pas adapté à leur pratique de consommation.

Tout au long de l'année 2003, nous avons vu une augmentation du nombre de préservatifs masculins et de gels lubrifiants distribués qui totalisent respectivement 27 400 et 19 323 cette année. Cette augmentation peut être liée au fait qu'un plus grand nombre d'habitants viennent chercher des préservatifs dans le programme. Nous n'avons pas distribué de Fémidon (préservatif féminin) cette année car nous avons eu des difficultés pour nous en

procurer en nombre. Toutefois, les usagers de notre programme formulent de nouveau des demandes concernant cet outil.

f Le nombre de jetons distribués a été en hausse dès que nous avons dû fermer les week-ends et les jours fériés. Les usagers les ont pris pour ne pas tomber en panne de matériel à ces périodes là. Comparé avec l'an 2002, le nombre de jetons distribués a augmenté de 36%.

Le kit sniff (1456 distribués en 2003) est un outil fondamental pour créer un contact avec les consommateurs par voie nasale et pour passer des messages de prévention liés à ce mode de consommation. Les outils présents dans ce kit sont très utiles, particulièrement le coton-tige imprégné d'huile pour nettoyer le nez. Cependant, il faut continuer à l'améliorer :

- ▶ Les pailles sont très « belles », elles risquent de ne pas être jetées et ainsi réutilisées ou partagées.
- ▶ Le 'miroir' n'est pas suffisamment rigide et le produit reste souvent collé.

La distribution des embouts de prévention pour les fumeurs de crack totalise 5102 en 2003, ce qui représente une augmentation par rapport à l'année dernière. Nous avons incité les usagers à utiliser cet outil en cas de partage de doseur, afin d'éviter des contaminations et pour éviter qu'ils se blessent les lèvres en fumant avec les doseurs chauds et/ ou cassés.

Comme pour les embouts, la demande de crèmes cicatrisantes a énormément augmenté en 2003 (11 043 distribuées). Ces crèmes sont utilisées sur les points d'injections par les usagers par voie intraveineuse, et sur les blessures aux doigts et aux lèvres des fumeurs de crack.

Enfin, en 2003, nous avons expérimenté un nouvel outil de prévention en direction des usagers de crack : le « Kit Kiff ». (voir chapitre « Expérimentation d'un nouvel outil de prévention »)

B. Une passerelle vers le dispositif socio-sanitaire existant

a) Les demandes et orientations sociales exprimées par le public en 2003

Les demandes sociales exprimées en 2003 ont très légèrement diminué comparées à l'année dernière (135 demandes en 2003 contre 145 en 2002) mais la situation sociale demeure assez inquiétante car les usagers continuent de cumuler divers problèmes à la fois : l'urgence de la survie dans la rue, des difficultés administratives, absence de travail, la perte du lien social, etc.

Les problèmes liés à l'hébergement :

Comme l'année dernière, les problèmes d'hébergement restent un sujet de préoccupation essentielle des usagers qui fréquentent le programme et 40 demandes ont été exprimées dans ce sens en 2003. Les réponses institutionnelles dont nous disposons pour l'hébergement d'urgence sont toujours extrêmement limitées eu égard aux besoins des usagers. Nous orientons les personnes vers le Samu Social ou le Sleep'in qui ne répond que très rarement de façon favorable, à moins d'un désistement de dernière minute, les places ont été réservées bien avant notre ouverture. Pour l'hébergement à court ou moyen terme, EGO reste le principal lieu d'orientation sinon nous les dirigeons vers les structures (Sleep

off, Village st Martin, etc.) où ils pourront être accueillis par un travailleur social.

Les demandes sociales exprimées en 2003					
Types de demandes	1^{er} tri.	2^{ème} tri.	3^{ème} tri.	4^{ème} tri.	Total
Juridiques	11	3	3	15	32
Hébergement	15	10	6	9	40
Administratives	8	15	6	6	35
Aide survie	4	7	3	8	22
Formation/ emploi	1	4	1	-	6
Total des demandes	39	39	19	38	135
Convivialité	1146	928	736	1448	4258

Les questions administratives:

Les questions administratives concernent en particulier l'accès aux droits, les papiers d'identité, la sécurité sociale, le RMI, etc. Nous donnons directement les informations sur place et lorsque cela le nécessite, nous les orientons vers le centre d'accueil d'EGO où ils pourront être accompagnés dans leurs démarches et prendre contact avec les structures (Charonne, la Terrasse, etc.) adaptées à leur situation. Les questions administratives ont très légèrement diminué et totalisent 35 demandes en 2003 contre 42 l'année dernière.

Les problèmes juridiques:

Les demandes juridiques sont quasiment équivalentes à l'année précédente, avec 32 demandes en 2003 et 34 en 2002. L'absence de papiers, les procès en cours, sursis et mises à l'épreuve, injonction thérapeutique, compliquent beaucoup les situations juridiques des usagers qui pour certains les cumulent. Pour la plupart nous les orientons vers le centre d'accueil d'EGO qui dispose d'une permanence juridique qui malheureusement n'a plus lieu que les vendredis de 14h00 à 17h00. (Elle avait lieu, auparavant, les mardis et jeudis aux mêmes horaires.).

Les orientations sociales réalisées en 2003					
Types d'orientation	1^{er} tri.	2^{ème} tri.	3^{ème} tri.	4^{ème} tri.	Total
EGO	8	2	7	15	32
Samu Social	10	3	2	1	16
Centre d'action sociale	3	5	0	2	10
Réponse sur place	2	0	1	0	3
Association partenaire	12	14	5	9	40
Autres	0	1	1	0	2
Total des demandes	35	25	16	27	103

Aide à la survie et formation emploi:

Les demandes exprimées en 2003, concernant l'aide à la survie (où manger, dormir, laver son linge, etc.) sont un peu moins courantes. Nous pensons qu'un certain nombre d'usagers connaissent déjà les lieux où ils peuvent se rendre pour de telles prestations. Dans tous les cas, une plaquette d'information a été élaborée sur cette question afin de fournir les adresses utiles aux usagers. Les demandes de formation emploi restent extrêmement rares.

b) Les demandes et orientations sanitaires exprimées en 2003

Les demandes sanitaires sont beaucoup plus importantes que les demandes sociales car STEP est identifié plus souvent comme un lieu de prévention sanitaire par les usagers. Elles sont au nombre de 679 en 2003, soit une légère baisse par rapport à 2002 (736 demandes).

Les problèmes liés au VIH et aux hépatites

Les demandes exprimées concernant le VIH et les hépatites représentent un total de 282 demandes dont 106 sont liées au VIH et 176 aux hépatites. Une partie des usagers a pris connaissance de ses sérologies lors d'un séjour carcéral. Pour les questions liées aux modes de contamination, les pratiques à risque, les tests de dépistage et les traitements, nous nous appuyons sur les plaquettes d'informations mis à leurs dispositions et nous les orientons vers les CADG, les hôpitaux et les CSST. Par ailleurs, nous avons mis en place des ateliers de prévention pour répondre à l'ensemble de ces questions de façon conviviale et ludique.

Les demandes sanitaires exprimées en 2003					
Types de demandes	1^{er} tri.	2^{ème} tri.	3^{ème} tri.	4^{ème} tri.	Total
Problèmes somatiques	4	6	2	6	18
Problèmes spécifiques	55	43	37	63	198
Bobologie et cas de santé urgents	61	32	27	55	175
V.I.H	27	33	19	27	106
V.H.B	20	22	21	19	82
V.H.C	20	27	20	27	94
Autres	1	1	4	0	6
Total des demandes	188	164	130	197	679

Les problèmes spécifiques

198 demandes ont été exprimées en 2003, elles concernent en partie les questions liées à l'accès aux traitements de substitution, aux conseils de prévention, aux sevrages et aux post-cures. Nous répondons généralement sur place et quand c'est possible, nous les accompagnons vers d'autres structures (MDM, la Terrasse, etc.) plus aptes à les suivre dans leurs requêtes. Mais elles concernent surtout les conseils de prévention tels que les effets liés aux produits, les pratiques de consommation, les mélanges de produits, les maladies spécifiques, etc.. Concernant toutes ces demandes, nous apportons les éléments de réponse sur place et des plaquettes d'informations sont mises à disposition des usagers.

Bobologie et cas de santé urgents

175 demandes ont été exprimées en 2003, ce qui reste relativement stable comparé à l'année dernière. Il s'agit très souvent de petites blessures comme : brûlures, coupures dues à la manipulation de lames, plaies, etc.. Pour ce type de demandes nous y répondons généralement sur place. Par contre, pour les cas de pathologies nécessitant des soins médicaux (coupures profondes, abcès, etc.), nous les orientons vers des services hospitaliers ou d'urgence selon la gravité.

Les problèmes somatiques

Les demandes relatives aux problèmes somatiques sont en nette diminution et totalisent seulement 18 demandes en 2003. L'équipe est très régulièrement sollicitée pour des problèmes variés : grippe, problèmes dentaires, gynécologie, etc. Pour y répondre, nous les orientons à l'aide de plaquette d'informations ou d'adresses dont nous disposons dans notre répertoire que ce soit vers des médecins, des services hospitaliers ou des CSST.

Les orientations sanitaires réalisées en 2003					
Types d'orientations	1^{er} tri.	2^{ème} tri.	3^{ème} tri.	4^{ème} tri.	total
EGO	6	2	0	3	11
Médecin/Hôpital	16	10	10	13	49
CDAG	10	11	8	7	36
Réponse sur place	112	118	94	136	460
Associations partenaires	3	7	4	10	24
Autres	3	2	1	1	7
Total des orientations	150	150	117	170	587

C. Les ateliers « hygiène pieds et mains » : un premier pas vers une meilleure estime de soi

En matière d'hygiène et de santé, les UD en situation de grande précarité souffrent de pathologies spécifiques des pieds et des mains. Cet atelier est une réponse concrète à ces pathologies et consiste à apporter des gestes d'hygiène aux pieds et mains abîmés des UD. Il se déroule les mardis, mercredis et jeudis de 14h00 à 16h30 dans les locaux du PES.

a) Des pathologies graves liées à la précarité sociale des usagers

► **Les pathologies des pieds** rencontrées sont souvent identiques : des durillons, de la corne, des peaux mortes, un dessèchement des pieds, mais aussi des mycoses. Si ces pathologies paraissent légères, elles sont toutefois trouvées dans un tel état de développement, qu'elles sont une véritable source de souffrance au point d'entraver réellement la mobilité des UD, occasionnant aussi des douleurs du dos.

► **Les pathologies des mains** sont : des coupures profondes, parfois des mutilations, des brûlures, des ampoules, des crevasses, des callosités et un dessèchement des mains. De la même manière que les pieds, ces pathologies ne sont pas considérées par les UD (ni par le corps médical d'ailleurs) comme étant importantes à soigner.

► **Les ateliers « hygiène pieds et mains »** se déroulent dans un local aménagé tout spécialement pour cette activité au sous-sol du PES. Il consiste concrètement à proposer un bain de pieds de 5 minutes dans de l'eau tiède avec 0,25 mg de permanganate de potassium. Les pieds sont ensuite séchés puis massés avec des crèmes afin de ramollir les peaux mortes. Toutes les callosités sont retirées au bistouri pour redonner une forme naturelle aux pieds. Pour ce qui est des mains, celles-ci sont désinfectées, pansées et massées avec des crèmes. Tout le matériel servant à la réalisation de cet atelier est utilisé une seule fois et jeté après usage.

Ces pathologies sont spécifiques aux fumeurs de crack qui vivent dans la rue, car ils ont un rythme de vie et un mode de consommation qui favorisent leur développement. Souvent SDF, les consommateurs de crack vivent dans une situation de grande précarité. Ils se lavent peu et l'hygiène des pieds est négligée : ils ne peuvent changer ni de chaussettes, ni de chaussures, et dorment parfois sans les quitter, ce qui favorise le développement des mycoses. Les longues marches effrénées jour et nuit pour trouver le produit entraîne des callosités en tout genre.

Par ailleurs, les fumeurs de crack ont une manière particulière de préparer leur kiff. Ils utilisent un doseur à pastis comme pipe à crack et un fil électrique fin et souple pour fabriquer leur filtre. Cette opération occasionne de nombreuses coupures et brûlures quand le filtre est roulé puis chauffé. Et quand vient le moment de fumer le kiff, il faut découper au cutter un morceau de "galette" (bout de crack), ce qui occasionne à nouveau des coupures, le disposer sur le filtre et l'allumer. Le frottement répété de la pierre à briquet provoque des brûlures et des inflammations allant jusqu'aux ampoules. Enfin après un kiff, les fumeurs de crack sont persuadés d'avoir laissé tomber un petit morceau de crack par terre, c'est ce que nous appelons « le syndrome de la poule » : ils se mettent accroupis et peuvent passer une, deux heures à ramasser les miettes blanches qui jonchent le sol, là encore, entraînant des irritations, inflammations, callosités et infections.

Enfin, un des risques majeurs lié à cette pratique est la possibilité de contamination par le SIDA et les hépatites car la consommation se fait le plus souvent en groupe, et la lame de cutter parfois rouillée, partagée avec d'autres personnes aux doigts abîmés, se couvre de sang et peut devenir le vecteur de nombreuses infections. C'est pourquoi, lors des ateliers, des informations sont données sur les risques spécifiques à l'usage de crack : les coupures lors de la réalisation d'un filtre, les brûlures des doigts, et enfin le partage des outils de consommation, etc.. Ceci afin dans un objectif de prévention du SIDA et des hépatites.

- En 2003, 109 ateliers hygiène pieds et mains ont été réalisés à STEP.

Nombre d'ateliers hygiène pieds et mains réalisés				
1^{er} trimestre	2^{ème} trimestre	3^{ème} trimestre	4^{ème} trimestre	Total
25	34	22	28	109

b) Un corps qui parle quand il n'y a plus de mots

On remarque que ces maux et ces douleurs, qui sont souvent si vifs et handicapants, font relativement peu réagir les UD. Tout se passe comme si cette douleur était acceptée par les personnes, et, dans les cas extrêmes, on peut parler d'un véritable retrait psychique de l'espace corporel ; le corps devient une chose sans importance, il n'y a plus de sujet pour entendre ses propres maux. Pourtant, le corps est encore là qui nous parle. Si les UD n'ont pas ou plus les mots pour exprimer ce qu'il y a d'indicible en eux, il reste cette réaction saine qui fait appel au langage originel : celui du corps. Quand la bouche ne peut parler, c'est le corps qui parle ; ce que la bouche ne peut dire c'est le corps qui l'exprime. Alors que ces pathologies s'affichent avec autant d'efforts, il est à regretter que les acteurs de santé se soient insuffisamment mobilisés pour tenter d'y apporter des réponses concrètes.

c) Vers une amélioration de l'estime de soi des personnes

Le fait que la personne qui réalise l'atelier soit membre de l'équipe, et non pas un professionnel du soin, change la nature de la relation avec l'usager et les gestes réalisés prennent un autre sens en dédramatisant le soin. Le fait de s'occuper des pieds d'une personne engendre un cadre plus intime entre l'éducateur et l'UD. De ce rapport naissent des confidences de la part de l'usager qui va alors parler de lui, de sa vie, de ce qui se passe dans la rue, autant de détails importants pour mieux comprendre la personne en particulier. C'est le moment aussi pour faire passer des messages de prévention d'une manière plus efficace et plus individualisée.

Grâce à l'atelier, la personne parvient à communiquer et à échanger, car il y a à nouveau quelqu'un qui la regarde, elle se voit dans le regard de l'autre et donc elle existe. A partir de la communication qui s'établit, se créent des liens plus intenses. Ces soins permettent à l'usager de réinvestir ainsi son corps, trop souvent oublié au point qu'il en parle à la troisième personne du singulier. C'est une première démarche de réinsertion.

Cet atelier « hygiène pieds et mains » est un outil qui répond non seulement à un problème de santé, mais va bien au de-là de ce seul objectif. Il nous montre quotidiennement que le chemin qui ramène à la vie ceux qui s'y sont égarés, est de nature complexe. Les personnes subissant l'exclusion sociale ne peuvent trouver la voie de la réinsertion en passant par l'internement carcéral ou la mise à l'écart des rapports sociaux. Un autre chemin est celui de l'écoute, du dialogue et de la compréhension.



D. Le travail de rue : aller à la rencontre des usagers

a) Le déroulement du travail de rue et contact avec les usagers

Il convient tout d'abord de rappeler les objectifs du travail de rue développé par le PES :

- ▶ D'aller au devant des usagers qui n'ont pas de contact avec les associations ou institutions, qu'ils se trouvent dans la rue ou dans des squats, ceci dans une perspective de prévention sanitaire et sociale.
- ▶ Informer les usagers des changements d'horaires et des jours d'ouverture du programme.
- ▶ Mieux connaître le quartier et appréhender le contexte local (présence policière, déplacement du trafic ...)
- ▶ Entretenir avec les habitants et les professionnels du quartier de bonnes relations dans un esprit de bon voisinage et de partenariat.

Depuis le 1^{er} mars 2003, un membre de l'équipe, habitant du quartier, effectue des tournées de rue en compagnie de Coordination toxicomanies 18è. Dans un premier temps les sorties avaient lieu selon les disponibilités de l'équipe de la coordination (secteur goutte d'or), c'est à dire une à deux fois par semaine, et leurs durées pouvaient varier entre une heure à trois heures. Dans un souci de régularité et en accord avec la CT18, les jours des tournées ont été fixés les jeudis entre 17h00 à 20h00.

Entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2003, 25 sorties ont ainsi été effectuées. Durant cette période nous avons pris contact avec une cinquantaine d'usagers (11 femmes et 43 hommes) dont la très grande majorité ne sont ni connus du centre d'accueil, ni du programme d'échange de seringues, mais plutôt de la CT18. Seulement 9 parmi eux fréquentent ou ont fréquenté le centre d'accueil d'EGO et 13 sont déjà venus au PES. Ils ne sont que 8 à fréquenter à la fois EGO et STEP. Pour la majorité, les personnes rencontrées ne passent pas la majorité de leur temps à la goutte d'or, soit qu'elles n'ont pas connaissance de l'existence des structures dans le quartier, soit qu'elles en fréquentent d'autres (ex : la boutique, sleep'in). Par contre, elles connaissent souvent la CT18 pour des raisons variées (accompagnement, médiation habitants et usagers, etc.). Nous avons rencontré les usagers dans les squats, dans les chantiers, dans les immeubles hébergeant des consommateurs ou ayant des problèmes d'intrusions. Ces rencontres se sont faites soit à notre initiative, soit à la demande d'habitants, soit d'usagers eux-mêmes. Toutefois, le plus souvent c'est dans la rue que se font les contacts avec ce public, et ceci dans trois secteurs bien localisés : la rue Myrha, Château-Rouge, la rue des Poissonniers-Labat.

b) Les itinéraires des tournées dépendent de plusieurs facteurs :

▶ le signalement d'une situation de nuisances liées à l'usage de drogue
Les nuisances rencontrées peuvent être de différents ordres : intrusions et consommation dans les immeubles, consommation de rue, squats d'usagers... voisins consommateurs.

▶ Le temps

Lors d'une journée de pluie ou de froid, les usagers se replient vers les squats, les immeubles vulnérables sans protection par digicode et le métro. Ils se contentent de sortir uniquement pour rechercher leurs produits. Ceci ne les rend pas très disponibles à la discussion et c'est pour cela qu'il est préférable d'aller les voir sur place. Il est également

très difficile d'avoir un contact avec eux dans le début de mois car généralement ils ont perdu leur RMI et sont souvent à la recherche de dealers devenus de plus en plus mobiles.

► La présence policière

Nous constatons deux types d'activité de la police :

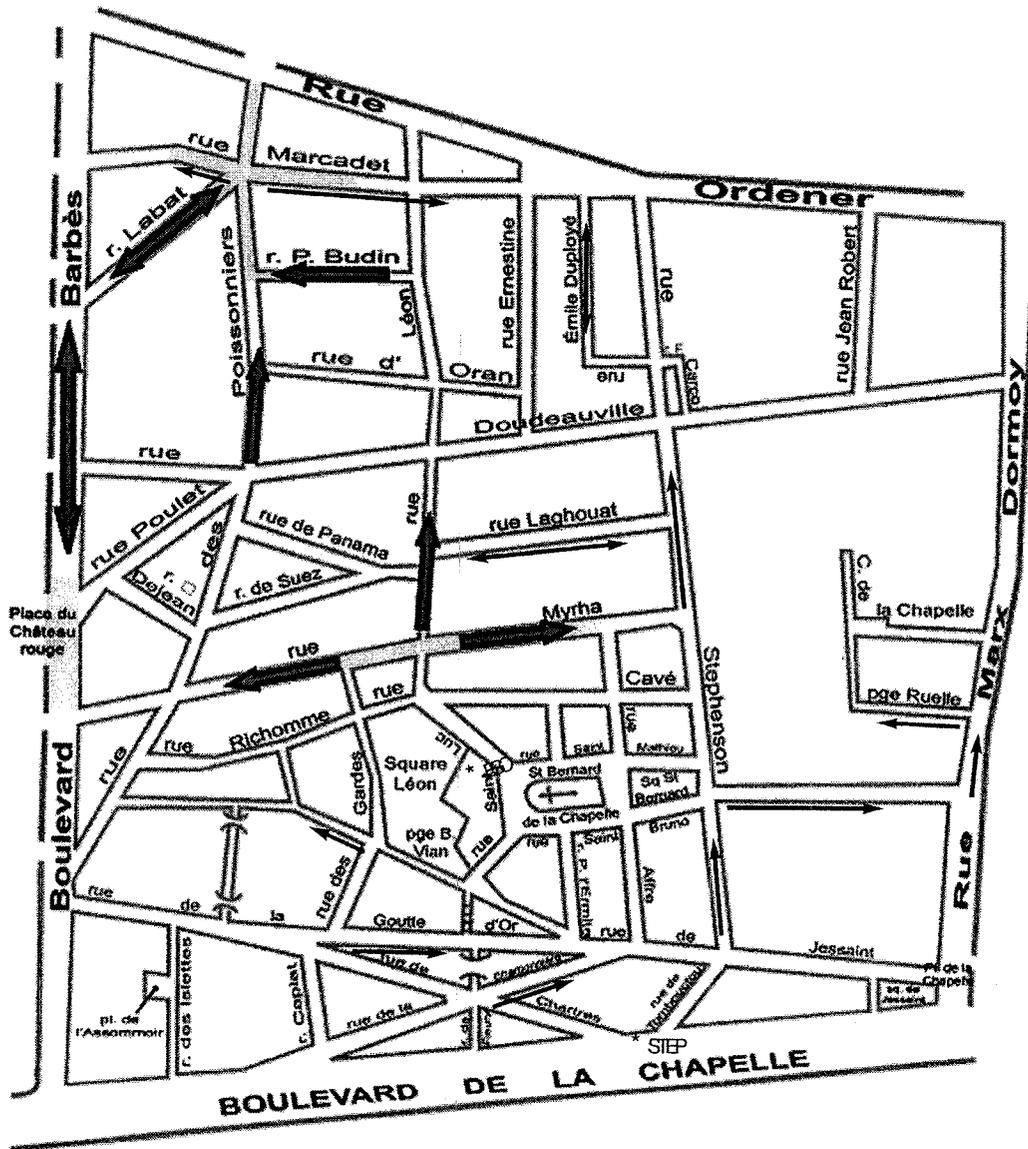
- Celle très visible des compagnies de CRS qui sont présents de manière régulière et très souvent aux mêmes endroits. Ils semblent plus se préoccuper des problèmes de circulation et de stationnement (voiture et personnes) et moins de la présence d'usagers ou de dealers dans leur secteur. Il arrive parfois qu'ils soient appelés en renfort par la police locale pour des interventions au square Léon. Parfois, ils sont en effectifs plus nombreux mais ceci reste de manière ponctuelle.
- Celle des policiers en civil, beaucoup plus discrète mais perceptible quand même grâce au bouche à oreille qui fonctionne bien. Cette présence a pour conséquence le déplacement des usagers de drogues vers d'autres scènes hors de la Goutte d'Or.

Quoi qu'il en soit, à l'occasion de chaque sortie, nous traversons les scènes ouvertes de trafic ; dans un premier temps cela nous permet de rencontrer des usagers, de mesurer l'activité policière, la disponibilité des produits, et surtout de visiter les lieux habituellement investis par les usagers où nous constatons des traces de consommation.

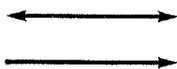
c) L'observation des principales scènes de trafic dans le quartier

Le quartier de la goutte d'or est caractérisé par une présence de scènes ouvertes quasi-permanentes de vente de drogues. Les usagers y sont très présents mais nombreux sont aussi ceux qui viennent de l'extérieur acheter leurs produits, faisant un bref passage dans le quartier.

- **La rue Myrha** : Elle est l'une des plus anciennes scènes de deal, même si la présence du trafic a récemment sensiblement diminué dans ce secteur. Beaucoup d'habitations sont en rénovation et les entrées des immeubles ont été renforcées ce qui oblige les usagers parfois à consommer dans la rue (ils sont majoritairement fumeurs de crack). De même, la police y est beaucoup plus présente, ce qui a eu pour effet de disperser les attroupements de jeunes et de réduire le trafic. On peut constater également la présence de nombreuses femmes prostituées
- **Château rouge** : Situé à proximité du métro, on y trouve généralement un public consommateur de médicaments (skénan, subutex, etc.) ou de crack, revendant leur traitement de substitution afin de pouvoir acheter d'autres substances. Leur état physique ou psychologique, souvent précarisé, permet de les identifier car c'est un lieu de passage important où ils peuvent facilement se fondre dans la masse. La police y est très présente mais aussi très occupée par les problèmes de circulation et de stationnement liés à la proximité du marché exotique.
- **La rue des Poissonniers-Labat** : La répression policière rue Myrha a eu pour conséquence un déplacement du trafic sur ce secteur qui a déjà connu un certain nombre de nuisances non liées aux drogues (attroupement de personnes devant les immeubles, hôtels pour femmes prostituées, etc.). Un grand nombre d'usagers, notamment les consommateurs de crack, y sont très souvent présents. On y trouve également un nombre important d'immeubles vulnérables hébergeant des usagers et dont les accès faciles favorisent les intrusions.



Itinéraire ponctuel
suite à des demandes
(habitants, usagers
de drogues)



Itinéraire lors de
chaque tournée



E. L'expérimentation d'un nouvel outil de prévention : le Kit « kiff » à destination des fumeurs de crack

a) De l'importance de mettre en place un nouvel outil de prévention en direction des fumeurs de crack

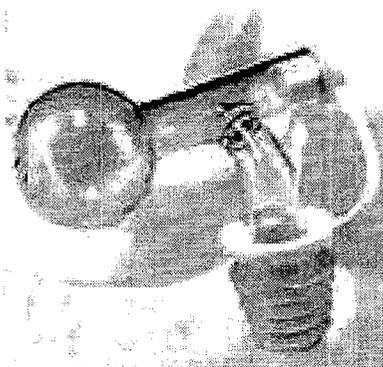
La politique de réduction des risques continue de concentrer ses efforts sur les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, négligeant de s'attacher aux besoins spécifiques des consommateurs de crack par voie fumable. Pourtant, les risques socio-sanitaires liés à l'usage de crack ont été largement mis en évidence par les intervenants de réduction des risques confrontés à l'augmentation de cette consommation dans leur territoire. En 2002, un embout en caoutchouc à usage personnel et unique a été mis sur le marché pour éviter que les usagers se brûlent les lèvres et se contaminent en partageant leur doseur. Toutefois, cet outil s'est avéré limité et un grand nombre d'usagers continuaient de partager leur doseur ainsi que les embouts.

A STEP, nous avons voulu aller au-delà de la distribution d'embout et développer un kit complet de prévention, ceci afin de créer un contact avec cette population, mieux appréhender leurs pratiques de consommation et les informer sur les risques encourus.

Afin de produire une expertise collective sur cette question et penser la conceptualisation de cet outil, nous avons mis en place un groupe de travail comprenant des usagers du PES et du centre d'accueil, des membres de l'équipe ainsi que Bertrand Lebeau, médecin généraliste, qui était alors président de l'Association Française de Réduction des Risques. Nous avons également fait appel à l'expertise précieuse de plusieurs chercheurs de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).

Du début de l'année à mi-octobre 2003, des réunions avec le comité d'experts ont eu lieu au centre d'accueil et au PES chaque semaine. Lors de chaque réunion, on pouvait compter un minimum de deux accueillants d'EGO et/ ou de STEP, plusieurs stagiaires ainsi que deux à dix usagers de drogues. Les échanges ont toujours été très riches et animés. Les usagers nous ont appris beaucoup sur leurs modes de consommation, les risques encourus et les outils à développer. Sans leur collaboration, nous n'aurions jamais pu réaliser ce kit de prévention. Et ce sont eux également qui ont choisi le nom du kit, « Kit Kiff », car « Kiffer » est le mot utilisé pour 'fumer le crack', un « kiff » signifiant une bouffée de crack.

La plupart des usagers utilisent un doseur à Pastis pour fumer le crack.



La boule en verre a un diamètre de 3 cm. Les tubes ont un diamètre intérieur d'un centimètre, ils mesurent 4.8 cm pour le tube droit et 5.5 cm pour le tube courbé.

On inhale la fumée par le tube courbé. Pour fumer avec un doseur, on a besoin d'un filtre qu'on met dans le tube droit. Ce filtre est fabriqué par le consommateur lui-même.

Un fil électrique leur sert le plus souvent de filtre. Pour le fabriquer, ils enlèvent la gaine plastique du fil. Ensuite, ils déploient les fils de cuivre avant de les rouler légèrement. Après, ils brûlent cette boule pour enlever la graisse conductrice et des restes de plastique avant de la tasser pour lui donner le diamètre d'un doseur. Quand le filtre est prêt, ils le mettent à l'intérieur du doseur.

Après l'achat d'une galette (une petite quantité de crack), une lame ou un cutter est utilisé pour enlever le plastique enveloppant la galette et pour la couper en petits bouts. Ces lames sont également utilisées pour enlever le plastique du fil électrique servant comme filtre et pour gratter l'huile restant à l'intérieur de la pipe après avoir fumé. Cette huile, perçue comme du « concentré » de cocaïne par les usagers est très recherchée pour être fumée.

Les experts de l'OFDT ainsi que Bertrand Lebeau nous ont confirmé que le partage du matériel servant à fumer le crack peut être un facteur de contamination de l'hépatite C. En outre, dans la littérature scientifique internationale, nous avons trouvé que l'usage de crack est un des facteurs à risque pour l'hépatite C. Plusieurs auteurs ont déclaré que cette contamination peut être liée aux lésions des lèvres et au contact indirect des traces de sang pendant le partage des pipes à crack. La voie de contamination se fait, dans ce cas, par contact (indirect) sanguin. Les usagers peuvent se contaminer lorsqu'ils se blessent avec des lames qui ont déjà été utilisées par d'autres personnes, et par les micro coupures (saignements) et brûlures (exposition des muqueuses) des lèvres. Ces coupures et brûlures sont dues à la chaleur du doseur. Les fumeurs de crack peuvent se contaminer lors du partage du doseur entre des personnes séro-différentes.

Le pourcentage des usagers de drogues étant déjà contaminés par le VHC, est très élevé, variant de 43 à 63% pour des études déclaratives (où les usagers déclarent se savoir séropositifs) et 73% pour une étude avec des tests sanguins à Marseille. Le taux de contamination dans la population des fumeurs de crack n'est pas connu. Il est probablement élevé dans cette population, car beaucoup de fumeurs sont des (anciens) injecteurs, et l'usage de crack lui-même est un facteur à risque pour l'hépatite C. En plus, cette population est en contact avec une population ayant un taux élevé de VHC, un facteur à risque reconnu.

Outre ces risques, les modes de vie dans la précarité viennent renforcer les pathologies et facteurs de vulnérabilité existants : problèmes pulmonaires, cardiaques et dommages neurologiques... Ils sont souvent poly-consommateurs, marchent beaucoup, s'abîment les pieds, vivent et consomment dans des endroits peu hygiéniques, dorment et mangent peu.

Pour l'ensemble de ces raisons, il est important de créer un lien avec ce public particulier et réaliser un travail de prévention et de réduction des risques adapté à leurs problématiques spécifiques.

b) Conceptualisation et développement du « kit kiff » à STEP

Les réunions faites à partir des différentes expertises nous ont permis de définir un certain nombre d'outils et autres matériels à intégrer dans un kit de prévention pour fumeurs de crack.

► Une pipe pour fumer

La meilleure pipe doit être droite, pas trop courte et en verre. Nous avons contacté des souffleurs de verre dans la région parisienne pour leur demander s'ils pouvaient fabriquer un tel outil. Malheureusement, ils n'avaient pas la capacité d'en produire autant que nous le souhaitions et ceci nous reviendrait trop cher (une telle pipe coûterait 4 € la pièce). Nous avons donc, en dialogue avec les usagers et les experts, décidé de distribuer l'outil le plus répandu, un doseur en verre, dans le kit, en attendant une meilleure solution.

► Des embouts à usage personnel

Il peut toujours arriver qu'un consommateur partage son doseur avec d'autres personnes. Par ailleurs, le doseur est un outil qui devient chaud quand on fume avec et qui par conséquent peut brûler les lèvres de ses utilisateurs. Pour éviter cela, le kit contient des embouts en caoutchouc à usage unique et personnel.

► Des feuilles d'aluminium comme filtre

Après avoir rejeté plusieurs idées d'outils insatisfaisantes, nous avons décidé de distribuer des feuilles d'aluminium comme filtre. Une ou plusieurs feuilles peuvent être attachées au doseur en utilisant des élastiques. Les consommateurs utilisent une aiguille pour percer des petits trous dans les feuilles et y placent le caillou (un petit bout de crack) pour le consommer. Souvent, les usagers placent de la cendre sur la feuille avant d'y mettre le caillou, une technique que nous voulons décourager car la cendre peut être inhalée et causer des dommages aux poumons.

► Des compresses d'alcool à 70°

Les usagers de crack sont souvent très marginalisés et vivent dans des conditions difficiles. Ils n'ont pas toujours la possibilité de se laver les mains, ni de nettoyer leur matériel, avant de consommer. Pour une meilleure hygiène, des compresses imprégnées d'alcool à 70° sont intégrées dans ce kit afin de nettoyer les mains.

► Des crèmes apaisantes et cicatrisantes

Pour soigner les lèvres et les mains abîmées, les usagers peuvent utiliser des crèmes apaisantes et cicatrisantes. Celles-ci peuvent aussi servir pour calmer les brûlures occasionnées lorsque les personnes fument au doseur.

► Un préservatif et un gel lubrifiant

► Un Mode d'emploi

Les réunions avec les usagers et les experts ont également servi à la mise en place d'un mode d'emploi qui est distribué dans le « Kit Kif ». Celui-ci explique comment utiliser le kit, et contient également des messages de prévention, des recommandations et des mises en garde.

Les idées apportées pour remplacer la lame ou le cutter ne se sont pas avérées pertinentes. La plupart des outils que nous avons trouvés, étaient aussi coupants que le cutter ou pas assez flexibles pour atteindre la boule du doseur. Nous n'avons pas encore trouvé une solution à ce problème. Nous poursuivons cette réflexion aidés par des partenaires étrangers.

c) Evaluation et mise en place expérimentale du « Kit kiff »

Pour évaluer la mise en place en place du « kit kiff », nous ne disposons pas des ressources, ni humaines ni financières pour réaliser une étude qui permette de mettre en évidence l'impact d'un tel outil sur les comportements des usagers, et tout particulièrement sur la contamination par le VIH et le VHC dans cette population. Cette évaluation se donne un objectif plus modeste et plus pragmatique concernant l'utilisation et la réception de l'outil, son adaptation aux pratiques de consommation, ses effets sur les pratiques à risques et la participation des usagers.

L'évaluation se fera à partir des données recueillies de 3 différentes manières :

1. Par des questionnaires spécialement conçus pour cela seront remplis avant et quelques mois après la distribution de l'outil.
2. Par des réunions avec les usagers pour recueillir leurs opinions.
3. Par des échanges avec les fumeurs de crack lors des permanences à STEP.

Deux questionnaires (version 1 et 2) spécifiques pour les fumeurs de crack ont été mis en place pour cette évaluation et validés par les représentants de l'OFDT. Quand les personnes reçoivent le « Kit Kiff » pour la première fois, elles remplissent la première version. Quelques mois après le début de la distribution du « Kit Kiff », les usagers rempliront le questionnaire version 2.

Les questionnaires spécifiques servent à connaître les problèmes de santé en lien avec la consommation de crack, le mode de consommation, l'évolution des comportements à risques, le niveau de connaissances sur les risques lors du partage du matériel. La deuxième version comporte également des questions sur leur impression du kit.

En 2003, nous avons commencé la distribution du « kit kiff », à raison d'un par personne par semaine. Exceptionnellement, si un doseur a été cassé, un deuxième kit peut être donné dans la même semaine. Toutefois, les fumeurs de crack ont toujours la possibilité de passer à STEP pour prendre tous les outils distribués dans le kit, sauf le doseur. En 8 jours, nous avons distribué 70 « Kits Kiff » et accueilli 60 usagers différents de crack (parmi lesquels 4 personnes jusqu'alors inconnues de notre programme et d'autres programmes de prévention). Chacun d'eux a rempli 1 questionnaire. A cette occasion, nous avons pu échanger de l'information avec eux et passer des messages de prévention.

Nous voudrions adresser un remerciement spécial à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la mise en place du « kit kiff ». Tout d'abord à la CPAM pour son soutien financier qui a permis de mettre en place cet indispensable outil de prévention. A Bertrand LEBEAU, pour son expertise et son engagement constant à nos côtés, à tous les chercheurs de l'OFDT pour leurs précieuses connaissances, leur disponibilité et leur soutien. Mais aussi à tous les usagers d'EGO et de STEP qui ont apporté bien plus qu'une simple expertise et nous ont donné la force de concrétiser cette action.

F. La réunion des usagers de STEP : participation et empowerment des groupes et des personnes

Créer les conditions d'une participation des usagers est une démarche à laquelle nous sommes très attachés. En effet, l'implication des personnes concernées permet non seulement de solliciter leur expertise pour une meilleure construction et adaptation du programme, mais aussi, de revaloriser leur identité sociale, souvent négative, ainsi que leurs potentialités et compétences. C'est pourquoi, depuis quelques années, nous avons mis en place la réunion des usagers de STEP afin de développer un espace formel de participation des personnes et de mise en oeuvre d'un pouvoir partagé entre accueillants et accueillis. Sur proposition des usagers, la réunion se déroule un lundi sur deux, de 20h00 à 21h30. Pour ce faire, un espace a été tout spécialement aménagé dans le sous-sol du local et, le moment venu, les chaises sont dressées en rond pour favoriser la communication et les débats. Telle que l'assemblée du mercredi soir, la réunion des usagers de STEP a sa propre organisation et ses propres rituels dans son déroulement. On commence généralement par un tour de table afin que chacun se connaisse, puis des nouvelles de STEP (fréquentation, distribution du matériel, types de public, etc.) sur les 15 derniers jours sont présentées aux participants. Enfin, des questions liées au fonctionnement du programme, à l'actualité, au développement de nouveaux outils de prévention ou encore au respect de l'environnement du PES sont débattues avec les usagers. Cette année, les réunions des usagers ont accordé une large place à l'élaboration et la mise en oeuvre du « Kit kiff » et nous avons pu observer ces jours- là une très grande mobilisation des usagers dont le nombre a pu varier entre 5 et 12 personnes. Ces temps de rencontre autour du « kit kiff » ont constitué des moments très riches en apprentissages réciproques sur les pratiques des consommateurs de crack, les prises de risques spécifiques et les messages de prévention à développer.

Toutefois, sur le reste de l'année, et malgré le fait qu'un grand nombre d'entre eux reconnaissent son utilité, il reste difficile de solliciter la participation des usagers à ce temps de rencontre plus formalisé et nous comptabilisons d'une façon générale entre 3 et 5 participants. Quelques facteurs peuvent expliquer une telle situation : le fait que STEP soit un lieu de passage, que beaucoup d'usagers ne soient pas habitués à pénétrer derrière le comptoir, l'urgence de l'approvisionnement en matériel dans l'optique de consommer rapidement et la précarité sociale. Face à ce constat, nous avons proposé que soit élu par les usagers un de leur représentant afin de renforcer leur mobilisation dans les réunions et participer à une cogestion de leur déroulement. Malgré les qualités du travail et de la personne investie, il s'est avéré là encore difficile de s'investir à moyen et long terme dans cette fonction lorsqu'on est en situation de précarité.

Quoi qu'il en soit, et malgré les obstacles rencontrés, nous sommes déterminés à renforcer le fonctionnement des réunions des usagers car nous sommes persuadés que l'implication des personnes en tant qu'acteurs du projet va dans le sens d'un développement de leurs compétences psychosociales. Car retrouver un espace de parole autre que dans la rue, faire appel à sa capacité à argumenter, faire des choix, avoir une pensée créative, se projeter dans des actions futures, se responsabiliser par rapport à soi et par rapport aux autres ... sont autant d'habilités et de potentiels qui peuvent être réinvestis dans d'autres domaines de sa vie.

4) Travail avec l'environnement de STEP et partenariat extérieur

Le groupe de suivi de STEP : espace de concertation locale

Issu du travail communautaire, STEP a souhaité travailler en lien étroit avec les acteurs composant le tissu social local (habitants, associations, partenaires, etc.) et impliquer ceux-ci dans la mise en place et le suivi du programme. C'est pourquoi dès l'ouverture du PES, en 1995, la volonté de créer une instance participative formelle s'est traduite par la constitution d'un « groupe de suivi de STEP ». Face à la difficulté de maintenir, année après année, la participation de certains partenaires dans le groupe, nous avons revu, depuis l'année dernière, sa composition en l'élargissant à un plus grand nombre d'habitants.

Il comprend désormais :

- Mme Mina AÏT OUAKA et Mr Mamadou DIAGANA, médiateurs de rue de l'équipe Goutte d'Or à Coordination Toxicomanies 18è,
- Mr Jean-François BOWEN, Coordinateur de l'équipe Goutte d'Or à Coordination Toxicomanies 18è,
- Mr Pierre CHAULET, brigadier de police à la mission de prévention et de communication, commissariat central du 18è arrondissement,
- Mr Martin DARCY, habitant de la rue de Chartres,
- Mme Dominique DEMANGEL, adjointe au Maire chargée de la Santé
- Mme Delphine GLACHANT, représentante de Paris Goutte d'Or,
- Mme Sandra HUEBER, coordinatrice de l'Observatoire de la Vie Locale – Association Salle Saint Bruno,
- Mr Pascal OSTIZ, gardien de l'immeuble (OPAC),
- Mme Anne- Marie PEZOUS, responsable de l'ECIMUD de l'hôpital Lariboisière,
- Mme Aïcha SMAÏL, habitante de la rue Stephenson,
- Mr Stéphane SALLE, usager de STEP
- Hélène TAVERA, habitante de la rue Tombouctou
- David DESROCHES, équipe de développement local de l'Association Salle Saint Bruno

Ce groupe, aux compétences volontairement diversifiées, a un rôle de conseil et de proposition par rapport au fonctionnement du programme. Il constitue un espace de rencontre et de débat avec différents acteurs et partenaires du quartier qui va dans le sens d'une meilleure explicitation et visibilité de notre travail. Dans ce cadre, une attention particulière est portée aux questions liées à l'environnement du PES, notamment les

nuisances éventuelles liées à l'usage de drogues, mais aussi aux partenariats à développer pour une plus grande efficacité de nos actions. Ces temps de rencontre sont souvent l'occasion de discuter des activités en cours, des difficultés rencontrées, des nouveaux enjeux ou actions de prévention à mettre en place. Sur proposition des participants, la périodicité des réunions a été portée à 3 réunions par an au lieu 2 semestrielles, comme prévu initialement.

Malgré tout, cette année, le groupe de suivi de STEP ne s'est réuni que deux fois :

■ Le 15 mai 2003 dans les locaux du PES

Lors de cette rencontre, un compte-rendu des principaux résultats du rapport d'activité de STEP a été fait aux membres du groupe ainsi qu'un point sur l'état d'avancement de l'étude sur l'intégration du PES dans son environnement. La parole a alors été donnée aux habitants et à la Coordination Toxicomanies 18è qui ont constaté une amélioration des situations qui posaient problème dans les alentours de STEP. Seuls certains immeubles situés rue Tombouctou continuent de rencontrer des difficultés, notamment parce qu'ils hébergent, pour quelques-uns, des appartements thérapeutiques. Un dernier point a abordé la question de l'activité policière dans le quartier et tout particulièrement les comportements de certains officiers des forces de l'ordre à l'encontre des usagers et de la politique de réduction des risques : agressions physiques et verbales envers les usagers, destruction du matériel de prévention (seringues, etc.) ou encore des traitements de substitution... Il a été rappelé par le représentant de la police que ce redéploiement n'est pas nouveau et que la police fait aujourd'hui mieux son travail pour éviter la concentration du trafic et des toxicomanes dans le quartier.

■ le 2 octobre 2003

Cette réunion a été en grande partie consacrée à la restitution des premiers résultats de l'étude sur l'intégration du PES dans son environnement (voir prochain chapitre). Celle-ci a suscité un grand intérêt parmi les participants qui ont unanimement apprécié la qualité de l'analyse et la richesse des informations produites.

A. Etude sur l'intégration de STEP dans son environnement : habitants, usagers de drogues et PES, quelles interactions ?

a) Vers une redéfinition de l'étude "d'impact" : habitants, usagers de drogues et PES, quelles interactions dans l'environnement de STEP ?

L'intégration du PES dans son environnement est une question qui nous préoccupe depuis l'ouverture du programme et face à laquelle nous avons essayé de développer des stratégies d'actions. En effet, l'implantation d'une telle structure n'est pas sans susciter des interrogations ou des craintes, voire des manifestations d'oppositions, de la part des habitants des alentours qui peuvent voir en elle autant de facteurs d'attraction des usagers de drogues dans leur environnement et de nuisances éventuelles liées aux circulations de ce public. Par ailleurs, la politique de réduction des risques en général, et l'activité d'échange de seringues en particulier, est souvent mal comprise de l'opinion publique et peut être perçue par certains, plus en terme "d'incitation à l'usage" et moins comme une action de prévention. C'est pourquoi nous avons souhaité mettre en place, dès l'ouverture du programme, une étude d'impact du PES dans son environnement pour appréhender les nuisances éventuelles générées par la présence du local ainsi que la perception des habitants sur son activité. Ce travail a pu se faire grâce à la collaboration de l'Observatoire de la Vie Locale de l'association Salle Saint Bruno et de Coordination Toxicomanies 18è. Toutefois, nous avons souhaité aujourd'hui donner de nouvelles orientations à ce travail, et ceci pour différentes raisons. En effet, il s'est avéré difficile de mesurer "l'impact" réel du PES sur son territoire d'implantation alors même que le trafic et les problèmes liés à l'usage de drogues dans le quartier évoluent de façon indépendante au programme. Même si des liens existent, on ne peut pas imputer à la seule présence du PES la façon dont les usagers investissent les espaces ni les nuisances vécues par les habitants dans son territoire d'implantation. C'est pourquoi il nous est apparu plus pertinent d'élargir la problématique en terme d'intégration du PES dans son environnement afin de mieux saisir les interactions entre les habitants, les usagers de drogues et STEP.

b) Aspects méthodologiques et déroulement de l'étude

Les objectifs opérationnels de l'étude s'articulent sur différents niveaux :

- ▶ connaître le point de vue des habitants sur leur quartier et leur vécu des problèmes liés aux drogues,
- ▶ repérer l'utilisation des espaces publics par les usagers de drogues dans l'environnement de STEP,
- ▶ appréhender le lien entre PES et nuisances liées à l'usage de drogues dans l'environnement de STEP.

Deux périmètres d'étude ont été définis, le premier élargi à l'ensemble du quartier et le second plus ciblé sur les rues aux alentours du programme.

Le recueil de données s'est appuyé sur :

- ▶ La passation de questionnaires à destination des habitants situés à proximité géographique du PES (38 aléatoires et 9 connus des structures)
- ▶ La passation de questionnaires aux usagers de drogues au gré de leur passage au programme (31 personnes).

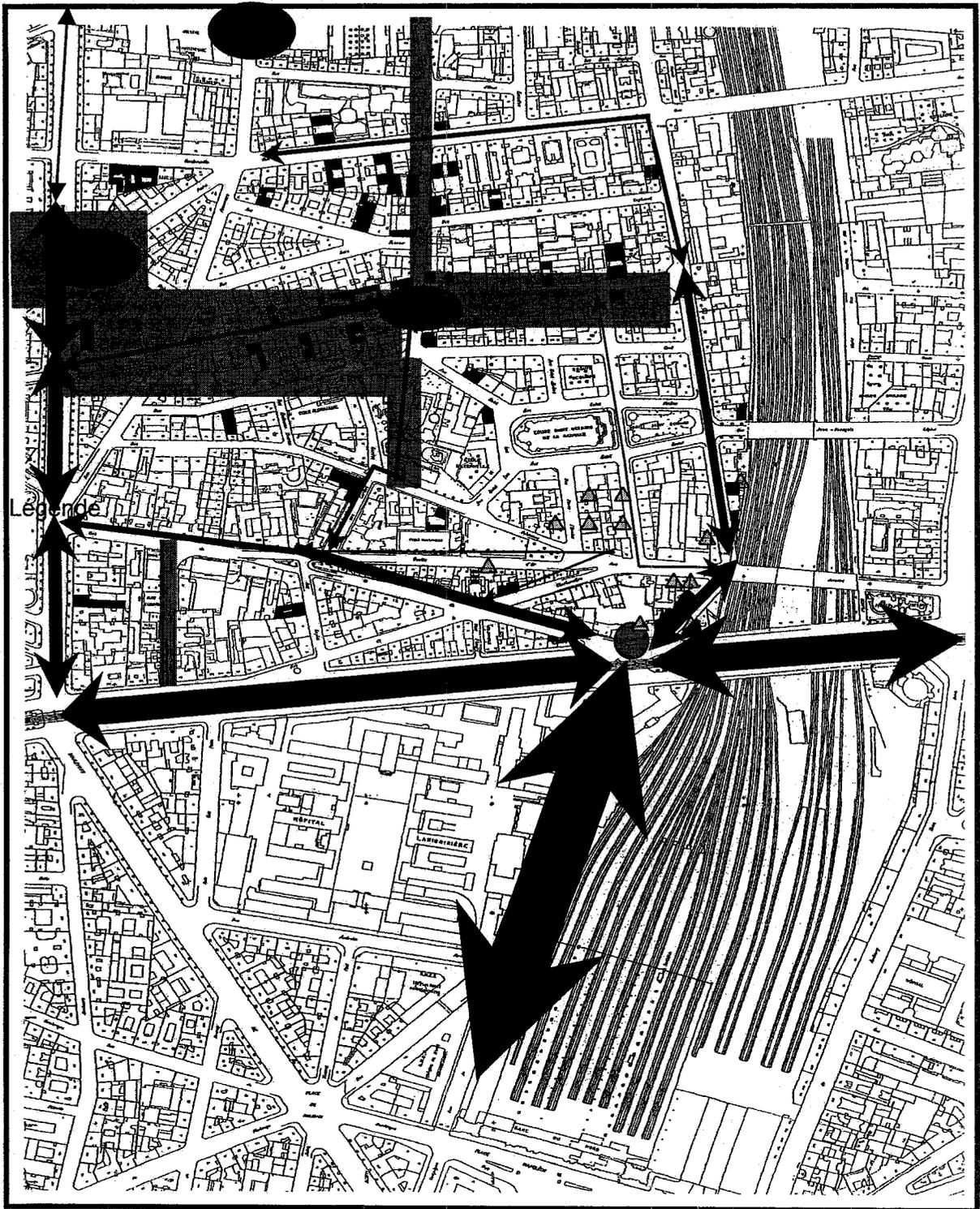
Une analyse cartographique des circulations des usagers dans les espaces publics et des

principaux résultats d'enquête nous ont permis de mieux visualiser et comprendre ce phénomène sur le quartier.

c) Principaux résultats d'enquête sur l'intégration de STEP dans son environnement

L'étude a mis en évidence un certain nombre de constats :

- Pour les habitants interrogés, la Goutte d'Or est un quartier où la qualité de vie est plutôt bonne (81%), et ceci pour des raisons souvent liées à son caractère vivant, commerçant, cosmopolite et convivial.
- Une grande partie d'entre eux (55%) affirment ne pas rencontrer de problèmes de drogues dans le quartier. Pour les autres, ce problème se pose surtout en terme de forte visibilité du phénomène (présence des UD dans la rue, consommation, deal, trafic, etc.).
- Une majorité de personnes trouve la qualité de vie dans l'immeuble qu'ils habitent bonne (38%) ou très bonne (17%), là encore, parce qu'ils ont de bonnes relations de voisinage (53%) ou que le bâti est bien entretenu (19%).
- Sur les 26 immeubles concernés par l'enquête, 12 subissent des problèmes liés aux drogues qui se traduisent le plus fréquemment par des intrusions pour consommer dans les parties communes. Parmi les causes avancées concernant ces problèmes, sont d'abord cités la mauvaise gestion de l'immeuble (9/12), puis des facteurs propres au quartier (8/12) (squat, deal, etc.) et en dernier lieu la présence de STEP (3/12).
- Les habitants interrogés ont une assez bonne connaissance de STEP (72%) qu'ils identifient soit par son nom, soit par sa localisation. Globalement, ils sont plutôt favorables à ce type de structures puisque 85% d'entre eux pensent que STEP est indispensable ou utile. De même, la présence du local dans leur environnement immédiat est ressentie de façon positive : 51% la jugent positive ou très positive et 39% neutre, c'est à dire intégrée dans l'espace.
- La provenance géographique des usagers de STEP montre qu'ils sont issus plus souvent de banlieue (13 sur 31) et d'autres arrondissements de Paris (11 sur 31). On peut remarquer que la fréquentation du quartier par les usagers est très largement motivée par des raisons inhérentes à leur consommation (achat 22, consommation 9, business 7) avant même l'attrait des structures. Ils s'approvisionnent majoritairement dans les principales zones de deal du quartier situées dans les espaces publics : Barbès /Château Rouge (12/31), Marcadet /Poissonniers/Ordener (11/31), Léon/ Myrha/ Panama (10/31). S'ils achètent leurs substances à la Goutte d'Or, ils affirment, toutefois, consommer celles-ci plus souvent hors du quartier (57%).
- La plupart des usagers interrogés circulent en métro, train ou RER. Au moment où ils franchissent le seuil du programme, 11 affirment arriver directement de la Goutte d'Or, et notamment des principales zones de deal. Pour arriver à STEP, quelques-uns empruntent les rues qui sillonnent l'intérieur du quartier mais la majorité utilise les axes périphériques : boulevard Barbès puis boulevard de La Chapelle, rue Stéphenson puis rue Tombouctou. D'une façon générale, ils ne font qu'un passage assez bref dans le quartier puisqu'ils y sont depuis moins d'une heure et prévoient d'en repartir moins d'une heure après. Les itinéraires de départ de STEP montrent très clairement qu'ils repartent du quartier après leur passage au programme : 12 rejoignent la Gare du Nord, 5 le métro La Chapelle et 5 autres prévoient de prendre un transport en commun.



Local « STEP »



Principales scènes de drogue du



Immeubles enquêtés rencontrant des problèmes liés aux drogues



Les immeubles suivis par « Coordination Toxicomanies 18è »



Les lieux/rues dans lesquels les habitants interrogés évitent de passer



Circulations des UD fréquentant

En guise de conclusion concernant cette étude

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une intégration plutôt satisfaisante du PES dans son environnement. Elle vient confirmer les choix méthodologiques relatifs à l'implantation du programme et visant la participation des habitants et autres acteurs dans l'analyse des besoins et la mise en place du programme. Cette démarche a permis de proposer des espaces où le conflit peut s'exprimer dans le respect des règles démocratiques, ce qui constitue un préalable nécessaire à tout travail de négociation avec l'environnement. Après 7 ans d'activité, il semblerait que cette démarche d'ouverture sur l'extérieur et de communication pédagogique ait permis de calmer certaines peurs, interrogations ou sentiment d'insécurité qui ont pu exister au moment de son implantation. La bonne acceptation du PES aujourd'hui et de son activité pourrait également signifier une meilleure compréhension de la politique de réduction des risques dont l'échange de seringues est sûrement une des principales illustrations. Enfin, cette perception favorable du programme, y compris dans son environnement, peut laisser supposer une plus grande tolérance ou acceptabilité des usagers de drogues sur leur territoire. Dès lors, peut-on voir des effets positifs du PES vers une meilleure relation entre habitants, usagers de drogues et PES ? Nous espérons avoir créé les conditions favorables pour aller dans ce sens.



B. Autres partenariats ouverts sur l'extérieur

a) La participation à l'étude « Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues » de l'OFDT

En 2003, nous avons poursuivi le partenariat développé avec l'OFDT et l'ORS dans le cadre de l'étude TREND qui vise à produire des éléments d'information en temps réel sur les pratiques de consommation de substances ainsi que les phénomènes émergents. Depuis quelques années, le PES et le centre d'accueil d'EGO participent donc à cette étude en tant que sentinelle d'observation en première ligne des pratiques des usagers.

Concrètement, il nous a fallu :

- ▶ faire passer des questionnaires quantitatifs à destination des usagers de drogues fréquentant nos structures.
- ▶ répondre à un questionnaire qualitatif à destination des membres de l'équipe en lien avec quelques usagers.

Si nous sommes à la fois sensibles à telle sollicitation et persuadés de l'intérêt de ce dispositif, il s'est avéré toutefois plus difficile cette année de dégager du temps pour répondre à ce questionnaire à un moment où l'équipe de STEP s'est trouvée en nombre restreint. Toutefois, malgré les obstacles rencontrés 97 questionnaires au total ont pu être passés au centre d'accueil et au PES.

b) Les réunions extérieures régulières

▶ EGO (centre d'accueil et PES) fait partie du comité de pilotage « réduction des risques » mis en place par la DDASS. Dans ce cadre, des réunions intéressantes et très utiles sont régulièrement organisées pour réunir les acteurs de terrain et faire remonter les constats, les difficultés, les nouveaux besoins des usagers, etc... Cette année, une grande partie a été consacrée au fonctionnement du dispositif de distribution automatisée de seringues et de Kits de prévention. En moyenne, nous avons participé à une réunion par trimestre.

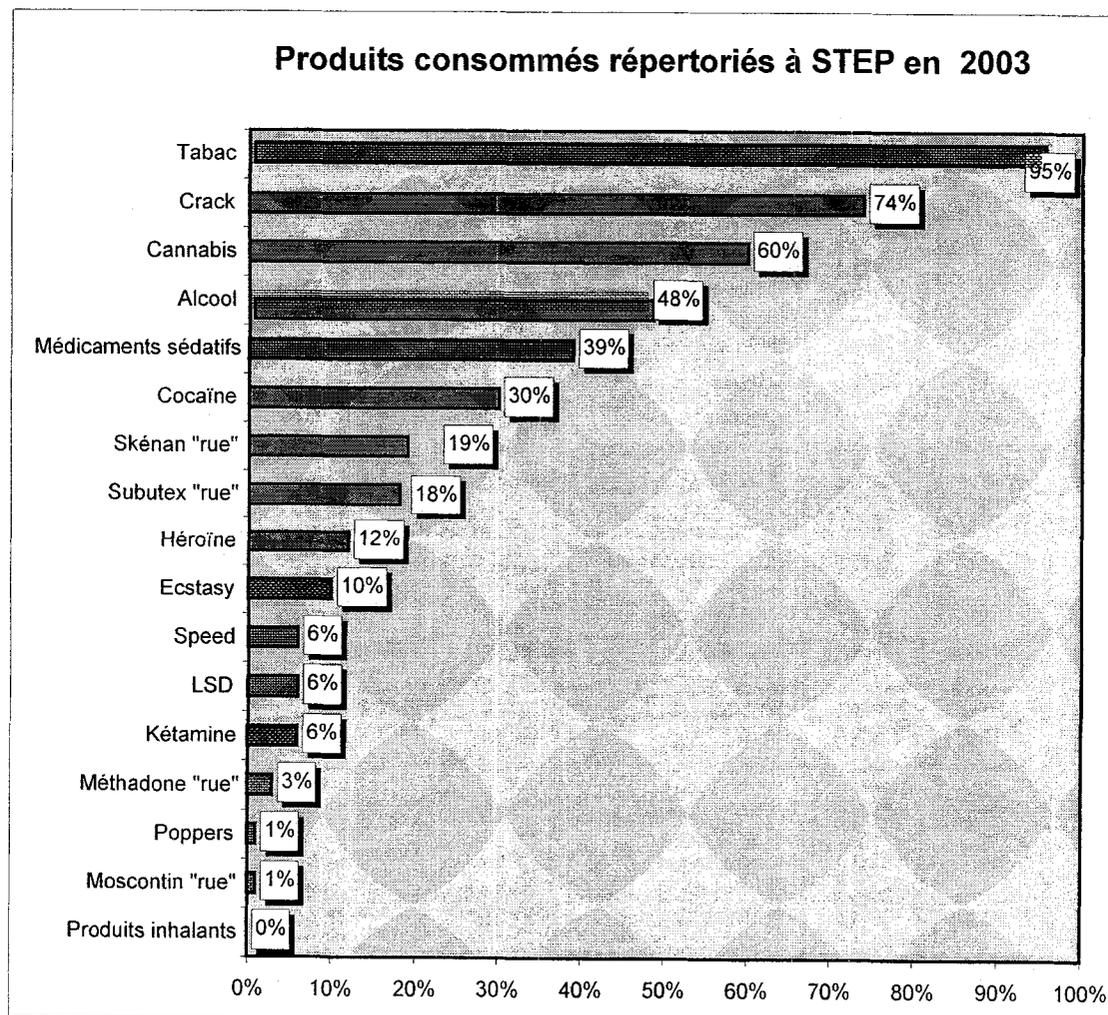
▶ Les réunions inter-PES sont également l'occasion de rencontrer les autres partenaires du champ spécialisé pour échanger sur nos pratiques respectives et améliorer la cohérence de nos actions. Elles regroupent les principales structures réalisant de l'échange de seringues sur Paris et l'Île de France (Association Charonne, MDM, AIDES, Boréal, etc.) et ont lieu environ 3 fois par an.

5) Observation des pratiques de consommation chez les usagers :

produits, modes d'usages et pratiques à risques

A. Evolution des produits consommés en 2003

L'observation des produits consommés par notre public est une donnée fondamentale pour connaître la réalité des pratiques et pour affiner nos stratégies de prévention. De fait, nous pouvons remarquer que celles-ci évoluent rapidement d'année en année nous obligeant à nous adapter à de nouvelles problématiques.



En 2003, le crack reste la substance la plus souvent consommée par les usagers et se stabilise à 74% d'utilisateurs, loin devant les autres produits. Il est vrai que la Goutte d'or est connue comme l'une des plus importantes scènes de deal de crack à Paris et en région parisienne, ce qui n'est pas sans attirer un grand nombre de ses consommateurs dans le quartier. Le crack est aujourd'hui beaucoup plus fréquemment fumé (88%) parmi notre public qu'injecté (28%), sachant qu'un certain nombre font les deux à la fois. Nous ne reviendrons pas ici sur les dommages sociaux et sanitaires engendrés par une consommation abusive de ce produit, déjà largement abordés au cours de ce rapport, mais il est clair qu'ils constituent une priorité d'action en terme de réduction des risques. En revanche, si le crack se maintient à un niveau important de consommation, la cocaïne en poudre (chlorhydrate) recule de façon surprenante et ne concerne que 30% du public accueilli. On peut penser que son rapport coût/effet peut paraître moins attrayant pour une population plus largement en situation de précarité.

La consommation de produits stimulants oblige souvent à recourir à d'autres substances aux effets calmants et relaxants. C'est ainsi que nous observons depuis quelques années une importante consommation de médicaments « sédatifs » parmi les usagers qui se stabilise à 39% en 2003. Parmi ces consommateurs de médicaments, ceux les plus souvent avancés sont : le rivotryl 64%, le rohypnol 46%, le lexiomil 28%, le valium 26%, le tranxène 13%, l'artane 4% et le néo-codion 4%. Ces chiffres font état d'une polyconsommation médicamenteuse importante, souvent associée avec de l'alcool pour en potentialiser les effets. Ces associations médicaments + alcool (voire + crack ou subutex) figurent parmi les plus dangereuses car elles altèrent fortement l'état de conscience des personnes et peuvent provoquer des malaises ou des overdoses.

Concernant la consommation d'opiacés, on peut remarquer cette année une chute importante de l'usage d'héroïne qui est passée de 22% en 2002 à seulement 12% en 2003. Cette diminution surprenante s'explique assez difficilement mais elle montre en tout cas un désintérêt grandissant de notre public pour cette substance, sachant que beaucoup ont accès aux traitements de substitution. De même, l'achat de subutex ou de skénan hors prescription médicale reste une pratique courante parmi les populations précarisées dont les modes de vies chaotiques ne sont pas toujours propices à un suivi médical régulier. Ainsi, nous comptabilisons cette année 18% de consommateurs de subutex « de rue » et 19% de skénan « de rue ». Le subutex présente des modes d'usages très variés : 13% de notre public le sniffent, 7% le fument, 38% l'injectent et 58% le prennent en sublingual. Le skénan, lui, est dans 94% des cas injecté.

Les drogues de synthèse figurent également dans le panorama des produits consommés par notre public. Si l'on comptabilise l'ecstasy (10%), la kétamine (6%), le LSD (6%), le speed (6%), le poppers (1%), elles totalisent 29% cette année. Ce type de consommation est particulièrement problématique car nous observons dans la pratique que ce sont souvent de jeunes usagers qui méconnaissent les messages de prévention et adoptent plus fréquemment des conduites à risques (voir chapitre suivant).

Il nous faut enfin mentionner une consommation importante de cannabis (60% en 2003) qui s'est depuis longtemps banalisé dans les pratiques des usagers, utilisé très souvent en association avec d'autres substances, mais aussi une forte prégnance des drogues légales, notamment l'alcool (48% en 2003) et le tabac (95%). Si ces substances ont l'avantage de présenter un moindre risque au niveau légal, il n'en demeure pas moins qu'elles sont extrêmement dangereuses pour la santé des personnes et qu'elles viennent aggraver des pathologies déjà existantes (hépatites, problèmes aux poumons, etc.).

B. Pratiques de consommation chez les usagers de drogues par voie injectable

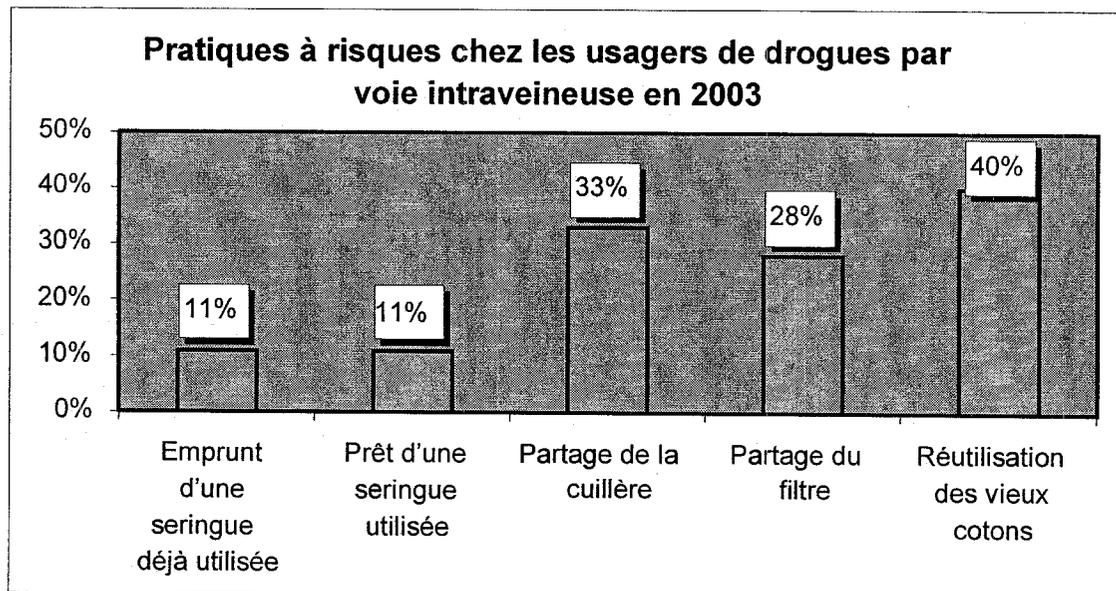
Les injecteurs du PES apparaissent comme une population avec un long parcours d'usage puisqu'on peut estimer l'ancienneté de leur consommation à 15 ans en moyenne. Ils constituent des usagers de drogues abusifs et réguliers en consommant très majoritairement tous les jours (49%) et quelques fois par semaine (27%). Ils affirment réaliser en moyenne entre 3 et 5 injections par jour, tout en sachant que chez les utilisateurs de crack ce nombre peut aller jusqu'à 30 injections.

Pratiques de consommation chez les usagers de drogues par voie injectable	
Au cours du dernier mois	
Ancienneté de la consommation	15 ans en moyenne
Fréquence de consommation	Tous les jours 49% Plusieurs fois par semaine 27% Quelques fois /mois 16% 1 fois par mois 8%
Moyenne de shoot par jour	Moyenne = 3 Maximum = 5
Approvisionnement en matériel d'injection (plusieurs réponses possibles)	Pharmacies 24% STEP 51% Autres PES 14% Distributeurs automatiques 11% Autres 3% Boutiques 2%
Dernière injection	- seringue neuve 80% réutilisation personnelle 19% Autre 1% - dilution du produit : eau stérile 70%, eau du robinet 15%, eau minérale 7% (pas besoin d'eau 8%) - dissolution du produit : citron frais 35%, Acide citrique 3% Autres 2% (pas besoin de dissoudre 59%) - hygiène de shoot : lavage des mains 63% désinfection du point d'injection 61% - points d'injection : bras 70% mains 18% pied 4% jambe 8%

Il est intéressant de noter que les usagers utilisent différentes sources d'approvisionnement en matériel d'injection, les principales étant STEP (51%), les pharmacies (24%), les autres PES (14%) et les distributeurs automatiques (11%). A travers ces chiffres, on s'aperçoit que le pharmacien d'officine reste un acteur de santé par son contact en première ligne avec cette population. Toutes les stratégies visant à les sensibiliser dans leur rôle d'agent de prévention doivent se poursuivre.

Concernant leur dernière injection, nous observons une intégration relativement bonne des messages de réduction des risques dans les comportements des usagers. Ainsi, selon leur déclaration, 80% d'entre eux ont utilisé une seringue neuve pour s'injecter, 70% se sont servi d'eau stérile pour diluer leur produit, 35% ont eu recours à un citron frais pour

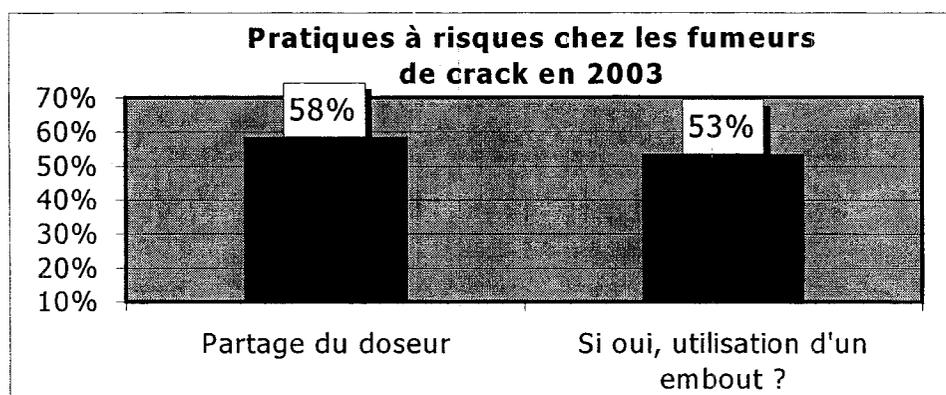
dissoudre leur substance et 70% ont utilisé leur bras comme point d'injection. Concernant l'hygiène de shoot, là encore, 63% déclarent s'être lavé les mains avant leur dernière injection et 61% avoir désinfecté leur point d'injection. On peut penser que la persistance dans le temps de la passation des messages de prévention au public accueilli a favorisé l'appropriation de quelques règles de base sur l'hygiène de « shoot » à moindres risques.



Dans ce contexte, il semblerait que le partage des seringues tende progressivement à reculer par rapport aux années précédentes puisque nous comptabilisons en 2003 11% de prêts et 11% d'emprunts de seringues usagées contre respectivement 13% et 12% en 2002. Cette différence est peu significative mais elle se cumule et se confirme depuis quelques années. Si l'on peut se réjouir d'une diminution du partage des seringues, principal mode de contamination par rapport au Sida et aux hépatites, il n'en demeure pas moins une persistance des pratiques de partage des autres matériels servant à l'injection. Ainsi, on observe cette année une augmentation du partage du filtre (28% en 2003 contre 24% en 2002), de la cuillère (33% en 2003 contre 30% en 2002) mais également de la réutilisation des vieux cotons (40% en 2003 contre 25% en 2002). Or, un certain nombre d'études épidémiologiques ont mis en évidence le rôle du partage des filtres et des cuillères dans la contamination par les hépatites et notamment le VHC. Malgré l'existence d'outils de prévention adaptés et la passation des messages de prévention, un certain nombre d'usagers continuent de sous-estimer les risques liés à ces pratiques. De même, nous savons que les conditions de vie dans la précarité et les contextes de consommation dans des lieux insalubres sont aussi des facteurs importants dans la persistance de ces comportements à risques.

C. Pratiques à risques chez les consommateurs par voie nasale et pulmonaire

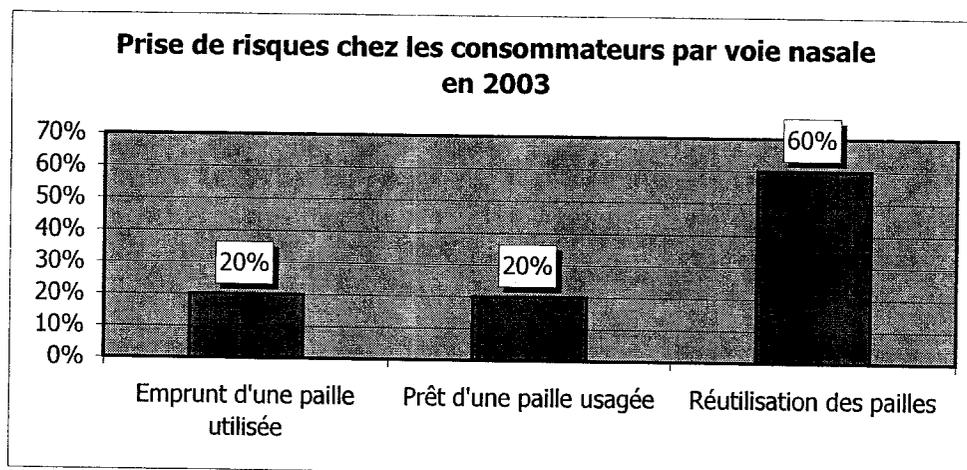
Sur les 203 usagers interrogés en 2003, 65% déclarent fumer du crack ce qui représente une progression de 5% par rapport à l'année dernière. Cette augmentation des « fumeurs » peut être en partie mise en lien avec la diversification de l'offre d'outils de prévention à destination de ce public au sein du PES, et notamment la mise en place du « kit kiff ».



Que ce soit à travers ses modes de préparation ou les rythmes de consommation compulsive qu'il entraîne, l'usage de crack engendre souvent des prises de risques accrues chez ses utilisateurs abusifs. Ainsi, le partage du doseur servant à fumer le crack reste une pratique très fréquente, ancrée dans les rituels de consommation des « kiffeurs », et atteint cette année 58% (contre 56% en 2002). Comme nous l'avons décrit précédemment dans ce rapport, un des risques majeurs liés à cette pratique est la possibilité de contamination par le VHC due à la manipulation des différents matériels lors de sa préparation. Toutefois, nous pouvons constater cette année une augmentation significative du pourcentage de personnes déclarant utiliser un embout de prévention en cas de partage du doseur, puisqu'il est passé de 28% en 2002 à 53% en 2003. Il semblerait que le travail d'élaboration du "kit kiff" mais aussi la production de connaissances et d'informations sur ce thème en direction des usagers ait permis une sensibilisation effective des fumeurs de crack sur leurs prises de risques spécifiques et ce, même si nous savons que certains partagent également les embouts de prévention.

D'une façon générale, les stratégies de prévention et de réduction des risques ont porté une faible attention à l'usage de drogues par voie nasale, souvent considérée comme une pratique à moindres risques face au VIH et aux hépatites comparé à l'injection. Ceci explique en partie pourquoi dans les représentations des usagers beaucoup ignorent que sniffer de façon régulière et abusive engendre des irritations et des saignements au niveau de la muqueuse du nez qui, en cas de partage des pailles, peuvent constituer une voie de contamination par le VHC. De ce fait, nous constatons dans la pratique qu'un grand nombre de sniffeurs continuent de partager (40%) et de réutiliser leur paille (60%). Toutefois, comparativement à l'année dernière, il semble que nous puissions constater une diminution sensible des pratiques de partage de pailles parmi cette population (- 18% par rapport à

2002). Peut-on voir dans cette évolution un effet positif de la mise à disposition des « kits sniff » et des messages de prévention spécifiques développés en direction de ce public ? Sûrement mais il faudra voir si cette tendance se confirme l'année prochaine.



D. Modes de consommation et pratiques à risques chez les usagers de drogues de synthèse

Nous avons constaté récemment l'arrivée au programme d'un nouveau public jeune, souvent consommateur de drogues de synthèse, en situation d'errance, et affichant des pratiques à risques importantes. C'est pourquoi nous avons souhaité cette année porter une attention spéciale à ce public et essayer de mieux appréhender leurs pratiques de consommation. Les données que nous exposons ici portent sur un échantillon de 26 personnes, de ce fait, les pourcentages présentés doivent être replacés dans leur contexte.

a) Quelques éléments sur le profil des consommateurs de drogues de synthèse

En sélectionnant les consommateurs de drogues de synthèse, nous avons pu mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques inhérentes à ce public :

- ▶ les femmes sont plus souvent représentées dans ce groupe (23% de femmes, 77% d'hommes)
- ▶ il s'agit d'un public plutôt jeune puisque 42% ont moins de 25 ans et 60% ont moins de 30 ans
- ▶ 30% n'ont plus de contact avec leur famille
- ▶ 70% ont un logement précaire, parmi lesquels 30% vivent dans des squats et 27% n'ont aucun hébergement
- ▶ la grande majorité est en rupture du monde du travail (sans emploi 77%) et une grande partie est sans ressources (47%)
- ▶ Bien qu'ils soient plus jeunes, 62% ont déjà été incarcérés.

Ces données mettent en évidence la grande précarité sociale de ces publics. Mais la question la plus problématique et inquiétante est surtout la totale absence de réponses (sociale et sanitaire) adaptées à ces jeunes usagers.

b) Pratiques de consommation des usagers de drogues de synthèse

Si l'on compare les pratiques de consommation des usagers de drogues de synthèse avec le reste de notre public, là encore des tendances significatives se dégagent :

- ▶ Ces jeunes usagers ont démarré leur consommation beaucoup plus tôt que les autres et l'on peut observer des écarts importants entre les moyennes d'âge de début de consommation selon les produits utilisés.
- ▶ L'âge moyen de la première injection confirme également cette configuration puisqu'il est de 17 ans chez les consommateurs de drogues de synthèse contre 20 ans pour l'ensemble de notre public. Sachant que la précocité de l'usage est un facteur de vulnérabilité essentiel souvent souligné dans la littérature scientifique, on ne peut qu'être inquiets de la situation de cette population particulière.
- ▶ Au regard de leurs pratiques de consommation, on s'aperçoit qu'ils consomment quasiment tous les produits et à un niveau beaucoup plus important que le reste des usagers. La diversité des produits fait apparaître une polyconsommation particulièrement lourde et importante, qui vient renforcer les risques socio-sanitaires inhérents à leurs pratiques.

Pratiques de consommation des usagers de drogues de synthèse au PES	
Age de début de consommation en moyenne (moyenne d'âge sur l'ensemble des usagers du PES)	<ul style="list-style-type: none"> - Cannabis 14 ans (15 ans) - Héroïne 17 ans (20 ans) - Cocaïne 17 ans (21 ans) - Crack 18 ans (27 ans) - Alcool 13 ans (16 ans) - médicaments 16 ans (18 ans) - 1^{ère} injection 17 ans (20 ans)
Produits les plus fréquemment consommés (% sur l'ensemble des usagers du PES)	<ul style="list-style-type: none"> Cannabis 85% (60%) Skénan 69% (19%) Crack 69% (74%) Médicaments 65% (39%) Alcool 62% (48%) Cocaïne 61% (30%) Héroïne 46% (12%)
Produits les moins fréquemment consommés (% sur l'ensemble des usagers du PES)	<ul style="list-style-type: none"> - Subutex 19% (73% y compris sous substitution) - Artane 8% (4%) - Méthadone 34% (27% y compris sous substitution)
Nombre d'injections par jour en moyenne (moyenne sur l'ensemble des usagers du PES)	En moyenne = 3 (3) Au maximum = 6 (5)

- ▶ Les produits les moins souvent consommés sont l'Artane (8%), la Méthadone (34%) et de façon très surprenante le Subutex (19%) dont on aurait pu penser que la forte disponibilité et

les effets sédatifs auraient pu inciter les usagers de drogues de synthèse à y recourir plus fréquemment.

► Le nombre d'injections par jour en moyenne est relativement identique à l'ensemble du public (3 en moyenne), même si le maximum semble légèrement plus élevé (6 en moyenne contre 5)

c) Pratiques à risques chez les usagers de drogues de synthèse

Les consommateurs de drogues de synthèse, largement composés de jeunes adultes, ont souvent une moindre connaissance des messages de prévention et de réduction des risques, affichant des pratiques à risques plus fréquentes.

Pratiques à risques chez les consommateurs de drogues de synthèse (% sur l'ensemble des usagers du PES)			
Réutilisation des seringues	50% (46%)	Partage du doseur à crack 57% (58%)	
Emprunt de seringues	18% (11%)		
Prêt d'une seringue	14% (11%)		
Partage du filtre	23% (28%)	Emprunt paille usagée 29% (20%)	
Réutilisation coton	68% (40%)		
Partage de l'eau	18% (8%)	Prêt paille usagée	27% (20%)
Partage cuillère	41% (33%)	Réutilisation paille	62% (60%)

Comparé à l'ensemble des usagers du PES, nous observons un niveau plus élevé de réutilisation des seringues (50% contre 46%) mais aussi de l'emprunt et du prêt (32% contre 22%) qui constituent pourtant un des principaux modes de contamination du VIH et des hépatites. De même, les différents matériels servant à la préparation de l'injection sont aussi plus fréquemment partagés dans ce groupe, et tout particulièrement la cuillère (41% contre 33%) et l'eau de préparation (18% contre 8%).

En majorité polyconsommateurs, ils ont couramment recours à la voie nasale et pulmonaire dans leurs pratiques d'usage. Là encore, il ressort de nos données des prises de risques importantes qui se traduisent par un niveau élevé de partage du doseur à crack (57%), identique au reste de notre public, et aussi par un partage des pailles de sniff.

Conclusion du PES : STEP

On peut retenir de l'année 2003 différents constats :

- ▶ **Un recul de la fréquentation du public**, lié en partie à la modification des jours d'ouverture du PES (du lundi au vendredi) ainsi qu'à la fermeture du programme durant la période d'été, ceci du fait des restrictions budgétaires de l'association. Ainsi, nous avons pu comptabiliser un total de 7962 passages tous publics en 2003 (contre 11 442 en 2002) et une file active de 1350 usagers de drogues différents (1666 en 2002).
- ▶ **Des indicateurs de précarité alarmants** caractérisent toujours la situation sociale des usagers : exclusion du marché du travail (77% sans emploi), difficulté d'accès aux ressources (30% sans ressources, 37% au RMI), précarité des situations d'hébergement (57%), absence de couverture sociale (18%), lourd parcours judiciaire (67%).
- ▶ **Des conséquences sanitaires inquiétantes** sur l'état de santé physique et psychologique des personnes : difficulté à dormir (66%), perte de poids (46%), dépression (40%), angoisse (38%), etc.. Les séroprévalences au VIH (9%) et au VHC (35%) se situent toujours à un niveau élevé pour un public où la voie injectable recule au profit de celle par voie pulmonaire.
- ▶ **Un panorama des produits consommés** qui reste à peu près identique à l'année dernière : le crack (74%) est la principale substance consommée, souvent en association avec des médicaments sédatifs (39%) ou de l'alcool (48%). La consommation d'opiacés a reculé (héroïne 12%) , même si l'usage de subutex (18%) et de skénan (19%) hors prescription médicale reste courant. Les drogues de synthèse représentent encore 20% des consommations. Par contre, l'évolution du profil des consommateurs se confirme cette année, avec un recul des usagers par voie injectable (66% en 2003) et une forte progression des usagers par voie pulmonaire (65%).
- ▶ **La mise en place expérimentale d'un nouveau kit de prévention** à destination des fumeurs de crack « Le kit kiff ». Une évaluation de l'outil a d'ores et déjà été mise en place.
- ▶ **Des prises de risques toujours importantes** à envisager dans des contextes de consommation particulièrement précaires : 22% de partage des seringues, 33% des cuillères et 28% des filtres. Chez les fumeurs de crack, là encore, la tendance est une légère augmentation du partage des doseurs (58%). Enfin, il est à noter des prises de risques particulièrement élevées chez les jeunes consommateurs de drogues de synthèse comparées au reste du public (partage de seringues 32%, cuillères 41%, réutilisation coton 68%, partage des pailles 56%, partage doseur 58%).

Pour 2004, nous envisageons :

- ▶ de poursuivre la mise en place du « Kit kiff » à destination des fumeurs de crack, en continuant d'améliorer les outils contenus dans le kit dans une perspective de prévention et réduction des risques,
- ▶ de renforcer le travail de rue en direction des usagers, à travers le détachement de deux personnes du PES sur cette activité pour bénéficier d'une plus grande souplesse dans les sorties de rue,
- ▶ de réfléchir sur les stratégies nécessaires au développement de la participation des usagers au fonctionnement du programme, et tout particulièrement renforcer la réunion des usagers de STEP, dans ses méthodes et ses contenus,
- ▶ de mener un travail de prévention plus ciblé en direction des consommateurs de drogues de synthèse et des jeunes usagers en général car ceux-ci adoptent souvent un niveau plus élevé de pratiques à risques,
- ▶ de créer de nouvelles formes de communication et d'information sur la réduction des risques à travers la réalisation de « flyers », plaquettes, livrets traitant des nouvelles pratiques de consommation et des nouvelles prises de risques.





**ALTER
EGO**

LE JOURNAL

« ALTER EGO le journal »,

une revue (trimestrielle) de prévention des risques et de réduction des dommages liés à l'usage de drogues, réalisée par des usagers de drogues, des bénévoles et des travailleurs sociaux.

Cette revue, résultat d'un travail collectif qui ne cesse de développer une dynamique de communication globale autour de la prévention sanitaire (Sida, Hépatites, IST, accès aux soins) et sociale (CMU, RMI, COTOREP, AAH, accès aux logements), a pris un nouvel élan à partir de l'année 2003. **Grâce au soutien financier de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance maladie), nous avons doublé le tirage d'« ALTER EGO le journal » pour ainsi répondre aux incessantes nouvelles demandes émanant de personnes physiques ou morales (associations et institutions).** Ces demandes sont originaires de Paris, d'Île-de-France et de l'ensemble du territoire national. Notre revue est également, exceptionnellement, distribuée à des associations internationales travaillant dans le champ des drogues, du VIH et de l'exclusion sociale en général.

À ce jour, notre revue a déjà inspiré d'autres éditions du même genre, autant au niveau national qu'international.

a) Histoire de changer les représentations

Quand la revue voit le jour en mai 1990, elle a pour objectif premier de faire changer les représentations des habitants de la Goutte d'Or vis-à-vis des usagers de drogues. C'est pour cette raison que la conception de la revue est réalisée, de façon bénévole, par, non seulement, des usagers de drogues, mais également par des habitants, des partenaires socio-sanitaires et des salariés(es) de l'association Espoir Goutte d'Or, elle-même. Ensuite, elle s'est peu à peu, grâce aux suggestions des lecteurs et comme conséquence logique de sa maturité, ouverte tout particulièrement à l'ensemble de l'Île-de-France, se positionnant ainsi comme une vraie tribune de débats et comme lieu privilégié d'information et de témoignages à l'échelle nationale. Quand l'occasion se présente, « ALTER EGO le journal » se transforme en véhicule d'informations (et parfois de dénonciation, quand les inégalités sociales l'exigent) à l'échelle internationale.

b) La participation des usagers et ex-usagers de drogues

Pour une partie des articles qui paraissent dans la revue, c'est souvent à la suite d'une remarque ou d'une discussion sur la connaissance ou la méconnaissance, sur un sujet particulier, avec un usager ou ex-usager de drogues qu'ils sont écrits.

Les usagers ou ex-usagers de drogues participent de différentes façons :

- ▶ lors des ateliers d'écriture, d'initiation informatique et de graphisme, ainsi que les ateliers d'expression artistique mis en place au sein de l'association ;
- ▶ lors des réunions du Comité des usagers de l'association, tous les lundis ;
- ▶ lors des assemblées hebdomadaires (à caractère décisionnaire) qui ont lieu tous les mercredis soir et qui rythment la vie de l'association.

Il arrive parfois que des usagers ou ex-usagers de drogues nous donnent des textes à publier en dehors des différents ateliers parce qu'ils sont particulièrement touchés par un sujet et spécialement face à des situations de deuil. Nous avons constaté peu à peu de l'importance de la revue comme lieu de préservation de la mémoire et l'élaboration du deuil.

c) Les réunions hebdomadaires

La réunion de travail se tient chaque mardi à partir de 18 heures. Elle est ouverte à toutes celles et tous ceux qui souhaitent participer à cette activité. Lors de cette réunion, les sommaires du numéro en cours s'y décident. Les articles écrits y sont également lus et discutés. Pour l'année 2003, nous avons réalisé un total de quarante-deux réunions qui ont compté avec la présence de membres de l'équipe, usagers de drogues, bénévoles, habitants du quartier (dont deux sont journalistes et membres actifs de la revue), stagiaires et professionnels sociaux ou sanitaires, intéressés par les différentes problématiques traitées.

d) En 2003 ont pu paraître les numéros 39, 40, 41 et 42

N° 39 - 1^{er} trimestre

Pour ce premier numéro de l'année, nous annonçons à travers l'éditorial, écrit à l'occasion par la directrice générale (qui se trouve également être la directrice de publication), Lia Cavalcanti, le risque de disparition de notre revue. En effet, lors de ce premier numéro, nous ne savions pas si nous allions pouvoir sortir le numéro suivant. Une imprimerie d'insertion sociale (ALPE) nous a rejoints ce qui nous a permis de réduire les dépenses de fabrication.

N° 40 - 2^{ème} trimestre

Malgré l'annonce du risque de disparition de notre revue dans le précédent numéro, nous avons réussi à sortir le second dans lequel nous avons laissé une place particulière au Comité des usagers de l'association qui interpelle la Commission du Sénat qui se réunit en vue de faire des propositions susceptibles d'orienter la nouvelle politique du gouvernement en matière de drogues. Dans la lettre que le Comité des usagers envoie à Mme le Sénateur Nelly Olin, les usagers s'étonnent de ne pas avoir été auditionnés par la Commission. Cette démarche, novatrice et inhabituelle, a suscité un important sentiment de valorisation pour ces auteurs, qui ont discuté tout au long d'un mois des enjeux et perspectives de la politique des drogues en France.

Heureusement la Caisse Primaire d'Assurance Maladie a répondu présente et a augmenté le financement de la revue, ce qui l'a « sauvée ».

N° 41 - 3^{ème} trimestre

Dans ce numéro à thème libre, nous avons réalisé un dossier « spécial 19^{ème} arrondissement ». Nous voulions ouvrir notre revue à une actualité plus parisienne que locale et la création d'un « Panel citoyen » par des habitants du quartier Stalingrad nous semblait très intéressant. De plus, cela nous rappelait un peu la façon dont s'était créé Espoir Goutte d'Or en 1987.

N° 42 - 4^{ème} trimestre

Dans ce numéro, nous avons traité un dossier « Mondialisation et VIH : entre intérêts économiques et vies humaines ». Nous avons évoqué les brevets des médicaments qui retardent l'accès aux traitements dans les pays du Sud et les actions de solidarité Nord-Sud. Nous avons énormément compté sur la contribution de notre réseau de partenaires nationaux et internationaux, à savoir : Ikambéré (France - Paris) ; AIDES Fédération (France - Paris) ; Le Kiosque Infos SIDA (France - Paris) ; Intercambios (Argentine) ; La Caleta Sur (Chili) ; Treatment Action Campaign (Afrique du Sud) ; Akima Himiche (Maroc) ; Aides Médicales et Charité (Togo) ;

« ALTER EGO le journal » les remercie vivement de leur apport.

Une grande place a été laissée aux pays du Sud afin qu'ils fassent part de leur situation,

souvent dramatique, et des actions qu'ils menaient dans leur pays respectif.

e) La maquette et la mise en page

En 2002, nous avons changé de format en passant d'un 21/29,7 cm classique à un format 23/30 cm. Mais ce format entraînait un coût supplémentaire dans l'envoi par la poste car nous devions changer, également, le format des enveloppes.

En ce qui concerne la mise en page (que certains de nos lecteurs trouvait trop dense), nous avons réalisé un travail de « *relookage* » pour rendre la revue plus attirante et facile à lire (termes moins techniques, plus d'informations par l'illustration, etc.). Ce travail a pu être réalisé grâce à l'aide de l'illustrateur attiré (Philippe Férin, un habitant du quartier), qui a accepté de s'impliquer également dans la mise en page. La contribution des ateliers a beaucoup aidé à la nouvelle configuration de la revue.

Le résultat ne s'est pas fait attendre, puisque dès les premiers jours de sa parution, certains de nos lecteurs nous ont affirmé « *que la revue se lisait beaucoup plus facilement.* » On pouvait également lire dans « *THS, la revue des addictions* », une brève dans laquelle il est fait référence à « *ALTER EGO le journal* » N° 42, je cite « *...un dossier de grande qualité "Mondialisation et VIH : entre intérêts économiques et vies humaines".* »

f) La distribution

Si la revue est destinée aussi à faire changer les représentations des habitants vis-à-vis des usagers de drogues, il est tout à fait logique qu'ils participent également à la distribution, qui a augmenté de façon très significative dans les vingt-sept associations du quartier qui acceptent de la mettre à disposition de leur public.

C'est ce type d'action qui permet, petit à petit, une resocialisation et un rapport avec « *l'autre* » différent. Mais ce qui est le plus important, c'est que bien souvent, c'est avant tout pour se sentir utiles que les usagers de l'association participent à la distribution.

En ce qui concerne la distribution dans les vingt-deux pharmacies et les quatorze cabinets médicaux et dentaires, ce sont des militants (bénévoles depuis la fondation d'EGO) qui s'en chargent. Habitants du quartier depuis très longtemps, ils connaissent beaucoup de monde, entre autres, les partenaires sanitaires auprès desquels ils constituent le lien et le contact privilégiés avec EGO. Nous pouvons d'ailleurs leur rendre ici un hommage particulier pour leur dévouement à la cause d'« *ALTER EGO le journal.* »

Nous distribuons également la revue à certains partenaires privilégiés de la région d'Ile-de-France, ce qui crée l'occasion de contacts et d'échanges extrêmement riches

g) Les envois postaux

En 2003, nous avons augmenté le nombre d'envois postaux ce qui a accru, par la même, la charge de travail pour laquelle il a bien fallu trouver de la main-d'œuvre militante parmi les bénévoles. Mais cela ne veut pas dire que nous n'avons pas eu de nouvelles demandes pour recevoir la revue. Il est certain que nous devrions solliciter plus nos partenaires pour qu'ils s'abonnent à notre revue.

3 000 envois ont été réalisés au cours de l'année. En ce qui concerne le reste des exemplaires, ils sont mis à disposition au centre d'accueil et au programme d'échange de seringues d'Espoir Goutte d'Or et pour répondre aux demandes ponctuelles.

h) Les perspectives pour 2004

Un numéro d'identification a été demandé à la Commission Paritaire des Publications et Agences de Presse. Ceci nous fera bénéficier d'une TVA de 5,5 % au lieu de 19,6 habituel. Ce qui permettra une économie d'environ 500 € par an.

Nous avons également inscrit la revue à la Bibliothèque Nationale de France ce qui va lui permettre d'être référencée officiellement comme organe de presse et de pouvoir être consultée dans toutes les bibliothèques nationales.

Pour des raisons de convenances, la réunion hebdomadaire a été déplacée du mardi au jeudi pour permettre à certains salariés de l'association de pouvoir y participer bénévolement plus facilement.

Journée mondiale
de lutte contre le Sida

1er Décembre



La Journée Mondiale de Lutte Contre le SIDA

La Journée Mondiale de Lutte Contre le Sida est un moment fort de l'année, qui permet à l'équipe d'EGO de mobiliser les usagers de drogues de l'association et la population du quartier de la Goutte d'Or autour de la question du VIH : prévention, sensibilisation au dépistage, et accompagnement des malades.

Toutefois, c'est sur la double question du VIH et du VHC qu'EGO a mené ses actions autour de la Journée Mondiale de Lutte Contre le Sida. Celles-ci ont pris principalement deux formes :

A. Une série d'interventions de spécialistes du VIH et de l'usage de drogues

- ▶ Le 25 novembre : L'importance du dépistage précoce
(Dr SHELLY Marc / AREMEDIA / CDAG F.Widal)
- ▶ Le 27 novembre : Situation épidémiologie du VIH en France
(Joël VERMONT / Solidarité SIDA)
- ▶ Le 28 novembre : Les nouveaux modes de consommation
(Etienne MATTER / ASUD)
- ▶ Le 1^{er} décembre : VIH et usage de drogues : quelles prises de risques ?
(Alberto TORRES / Didier ROBERT / EGO)

Ces interventions ont eu lieu dans les locaux de STEP notre Programme d'Echange de Seringues et du Centre d'Accueil. Elles ont été très bénéfiques puisque dès la première soirée des usagers ont demandé à être accompagnés pour faire des tests de dépistage du VIH et des hépatites, ce qui a été fait dès le lendemain pour certains.

B. Le montage et la représentation d'une pièce de théâtre par les usagers de drogues :

L'atelier théâtre a débuté le 30 septembre, encadré par une accueillante et une habitante du quartier metteur en scène professionnelle. L'annonce des séances avait été faite par voie d'affichage dans l'accueil, et dès la première, six usagers étaient présents, enthousiasmés par l'idée de participer à une activité en-dehors des locaux, en plus de stagiaires et de bénévoles. Des liens, d'un type particulier entre accueillants et accueillis, ont d'ailleurs pu se tisser lors de ces moments privilégiés.

En tout, plus de vingt usagers de drogues ont participé à l'écriture, à la mise en scène et à la représentation publique finale. Au moins quatre usagers étaient présents lors des séances,

dont aucune n'a dû être annulée par manque de participants. Les séances avaient lieu une fois par semaine, puis deux fois lors des deux semaines qui ont précédé la représentation finale.

C. La soirée du 1^{er} Décembre

La soirée du 1^{er} Décembre a commencé par la présentation d'une série de petites scènes au cours desquelles se déroulaient simultanément plusieurs histoires faisant référence à des situations articulant VIH, usage de drogues, discrimination et stigmatisation.

Ensuite, le Dr. Julien Emmanuelli de l'Institut National de Veille Sanitaire, a exposé les indicateurs de réussite des mesures de réduction des risques (notamment mise à disposition de seringues stériles et de produits de substitution aux opiacés) depuis 1995 : baisse des overdoses, des incidences d'infection par le VIH et des infractions constatées à la législation sur les stupéfiants. Il a également été question dans son intervention du développement de l'épidémie du VHC parmi les usagers de drogues. Cette intervention a suscité un grand intérêt et des débats passionnés avec les U.D et le public présents dans la salle.

Puis plusieurs usagers, au cours d'un deuxième temps intitulé « Petit Cabaret », ont pu librement exprimer leurs compétences créatrices personnelles (témoignages, poèmes, danses,...).

Enfin, la soirée s'est terminée par le partage convivial d'un couscous préparé par un traiteur du quartier.

FORMATION-ACTION-EVALUATION



Formation-Action- Evaluation

a) De l'importance de la formation-action-évaluation

Dans la démarche communautaire qui est la nôtre, le secteur Formation-action Evaluation tient une place toute particulière. En effet, celle-ci s'inscrit dans un processus de construction permanente qui suppose de créer des temps de théorisation et de réflexion sur la pertinence de notre pratique et les modalités nécessaires à son amélioration. Travailler dans une perspective de construction communautaire implique d'en connaître les fondements philosophiques et les méthodologies d'action pour mieux pouvoir les décliner dans la pratique quotidienne. De même, l'accueil des usagers de drogues au centre d'accueil ou au PES, nécessite de comprendre plus largement les caractéristiques du champ des drogues, les approches préventives et de réduction des risques ou encore les tendances actuelles en matière de consommation de substances. La formation constitue donc un temps d'apprentissage essentiel pour acquérir des connaissances nouvelles, renforcer ses compétences et ainsi améliorer la qualité du travail en direction des usagers. Elle est également un support indispensable qui vient alimenter les pratiques de chacun pour redynamiser celles-ci et éviter les phénomènes d'usure ou de routine qui peuvent en découler. En réalité, la confrontation quotidienne avec la précarisation croissante du public, l'omniprésence de la violence de la rue, l'augmentation croissante des besoins socio-sanitaires des usagers ... sont autant de difficultés ressenties par l'équipe qui rendent nécessaire une distanciation avec la pratique de tous les jours. Pour toutes ces raisons, la formation est de plus en plus aujourd'hui intégrée par les membres de l'équipe comme un besoin à la fois en terme de valorisation de leurs savoirs et de support dans leur pratique.

Enfin, à travers les activités de formation, c'est aussi la volonté de s'ouvrir vers l'extérieur, pour prendre en compte l'environnement dans ses différentes dimensions et découvrir d'autres contextes d'intervention. En créant des espaces de rencontre avec d'autres acteurs, elle apporte des expériences et des regards extérieurs qui se confrontent et par là-même enrichir la façon d'envisager notre travail.

b) Les activités de formation développées en 2003

En 2003, différents axes de formation ont été mis en place :

► Une session thématique sur « Conduites à risques et pratiques addictives : apports pour les actions de terrain » réalisée en collaboration avec la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports de Paris Ile de France.

Cette année, le module intitulé la « prévention des problèmes liés à l'usage de drogues » a été complètement modifié, tant sur les contenus que sur les méthodes. Ainsi des thématiques plus en lien avec la prévention des conduites à risques et des pratiques addictives ont été abordées (évolution des concepts, comportements d'usage de substances, la prévention, les pratiques addictives, compréhension et caractérisation des

conduites à risques,etc...), lors de cette session. De même, une attention spéciale a été portée pour allier théorie et pratique et donner une place d'acteurs plus importante aux participants (travail de groupes, ateliers, K7 videos, présentation des participants et de leurs structures, etc.). Enfin des visites sur sites (AREMEDIA, ACERMA, EGO, STEP, Coordination Toxicomanies 18è) ont été prévues afin de donner une vision de terrain aux contenus théoriques.

Cette formation s'est déroulée en 3 fois 2 jours, les 25 – 26 mars, 22-23 avril et 10 – 11 juin 2003 dans les locaux de la Salle Saint Bruno.

En tout, ont participé à ce module 17 personnes issues de champs d'intervention différents :

- ▶ éducateurs spécialisés de club de prévention,
- ▶ accueillants de Point Ecoute Jeunes,
- ▶ animateurs de Point Info Jeunesse,
- ▶ intervenants spécialisés en toxicomanies,
- ▶ militants associatifs,
- ▶ associations intervenant dans le champ du VIH.

Les évaluations à chaud de la formation « Conduites à risques et pratiques addictives » ont été très satisfaisantes. Les participants ont unanimement souligné la pertinence des contenus proposés, la qualité des échanges entre stagiaires, l'intérêt des visites sur sites ainsi que les méthodes pédagogiques employées.

c) Le séminaire interne de formation – évaluation participative

Pour la 4^{ème} année consécutive, EGO a organisé son séminaire interne de formation – évaluation participative, du 1^{er} au 3 avril 2003, pour réfléchir sur son projet et sa pratique. De plus en plus, ce séminaire est devenu un des temps forts de l'année où tous les membres de l'équipe peuvent se retrouver, hors les murs de l'association, pour penser leurs pratiques et construire collectivement l'avenir du projet d'EGO. Cette année, des groupes de travail transversaux aux différents secteurs d'activités ont réfléchi sur la déclinaison dans la pratique des 3 grands principes philosophiques d'EGO : construction communautaire, réduction des risques et empowerment des groupes et des personnes. La restitution des travaux des groupes a donné lieu à des échanges extrêmement riches où chacun a apporté autant qu'il a reçu. A l'issue de ce séminaire, nous avons pu définir les principales valeurs éthiques et pratiques de notre intervention : promotion de la citoyenneté, respect de l'équité, reconnaissance de l'altérité, développement de l'entraide, refus de l'exclusion.

Les réflexions échangées et débats engagés au cours de ce séminaire ont constitué la base du rapport d'évaluation qualitatif produit cette année, portant sur les pratiques du centre d'accueil et du PES.

d) L'accueil de stagiaires au sein d'EGO

Dans une perspective d'ouverture sur l'extérieur et d'échange, l'association accueille de façon régulière des stagiaires en cours de formation afin de leur faire bénéficier d'une expérience de terrain dans le champ des drogues. En 2003, 11 stagiaires ont ainsi intégré l'équipe. Ils sont issus de cursus différents :

- ▶ éducateurs spécialisés,
- ▶ moniteurs éducateurs,
- ▶ assistants sociaux,
- ▶ adultes-relais,
- ▶ emplois jeunes,
- ▶ sociologues,
- ▶ psychologues du travail.

Les stagiaires participent aux différentes activités de l'association (centre d'accueil, journal, PES, réunions d'équipe) mais peuvent aussi proposer une activité ou un travail spécifique. Pour favoriser un bon déroulement de leur stage, une réunion hebdomadaire de suivi leur est exclusivement consacrée pour créer un espace d'expression des interrogations, des difficultés et de réflexion sur leur future profession. La venue de stagiaires au sein d'EGO constitue le plus souvent un moment d'échange et d'apports réciproques, tant sur le plan personnel que professionnel.

e) Les voyages d'études, colloques et échanges d'expériences

Des voyages d'études et d'échanges d'expériences sont organisés, dans la mesure du possible, dans la perspective de découvrir d'autres contextes d'intervention et créer des partenariats nationaux ou étrangers. Cette année, des partenariats ont été plus particulièrement développés avec la Suisse (Genève), l'Espagne (Bilbao) et la Hollande (Amsterdam). De même, l'association EGO est régulièrement invitée pour participer à des colloques nationaux ou internationaux et présenter son activité (CLAT, conférence Latine de réduction des risques à Perpignan, etc.).

f) L'accès à des formations thématiques ou diplômantes

D'une façon générale, nous essayons de promouvoir l'accès à des formations thématiques pour les membres de l'équipe en fonction des besoins des personnes et des secteurs d'activités. Cette année, un certain nombre d'entre-eux ont participé à des formations organisées par le CRIPS, la Mission Départementale de Prévention des Toxicomanies, ou encore la mairie de Paris. D'autres sont actuellement en cursus de formations diplômantes.

g) Les perspectives pour l'année 2004

- ▶ Trouver des financements pour assurer la survie du secteur formation de l'association,
- ▶ Renouveler la formation sur les « conduites à risques et pratiques addictives : apports pour les actions de terrain »,
- ▶ Reconduire le séminaire interne de formation – évaluation du projet d'EGO,
- ▶ Mettre en place d'autres sessions thématiques en fonction des besoins émergeant de notre pratique.

