

Espoir Goutte d'Or
13, rue St Luc
75018 Paris
Tél : 01 53 09 99 40

GIV 10.02

STEP
56, bd de la Chapelle
75018 Paris
Tél/rép/fax : 01 42 64 23 21

Rapport d'Évaluation du Programme d'Échange de Seringues de l'Association EGO.



Une expérience novatrice de Réduction des Risques
dans une démarche de travail communautaire.

Année 1997

Sommaire

En guise de Préambule..

Une brève présentation du programme STEP	p. 3
Le contexte: le quartier de la Goutte d'Or	p. 4
De l'importance d'évaluer un programme de Réduction des Risques	p. 5
L'évaluation permanente et participative au coeur de la dynamique communautaire	p. 6
La démarche d'évaluation du programme STEP	p. 7

STEP : Quoi de neuf en 1997 ?

La fréquentation du programme STEP : Un indicateur en hausse, significatif des besoins des UD ?	p. 11
--	-------

Un public de plus en plus marginalisé : **Facteur de vulnérabilité sanitaire ?**

Profil du public du programme STEP	p. 14
La situation sociale du public accueilli	p. 18
L'évolution des modes de consommation	p. 23
La situation sanitaire du public accueilli	p. 28

L'évolution des stratégies de prévention du programme STEP

Répondre aux besoins d'urgence des Usagers de Drogues	p. 32
Développer des stratégies de prévention à long terme	p. 40

De nouveaux défis pour STEP ?

Les défis de la Réduction des Risques...

La vulnérabilité des femmes	p. 46
Les jeunes : autre groupe à risques ?	p. 48
Les problèmes liés à l'abus de crack	p. 50
La recrudescence des hépatites	p. 51
Les risques liés à la polytoxicomanie médicamenteuse	p. 53

STEP : De nouvelles pistes à explorer pour une meilleure prévention ?

Ritualiser le premier contact avec les UD	p. 54
Mettre en place de nouveaux outils de prévention	p. 54
Diversifier nos stratégies d'information	p. 55
Renforcer le rôle d'agents de prévention des UD	p. 57
Développer de nouveaux partenariats	p. 57
Collaborer au travail de 1ère ligne	p. 58

En guise de Conclusion...

En guise de Préambule...

Une brève présentation du programme STEP

Depuis plus de deux ans, l'association EGO a mis en place un **programme d'échange de seringues** au sein du quartier de la Goutte d'Or (Paris 18^e), afin de prévenir les risques liés à l'usage de drogues, et plus particulièrement, au **SIDA et aux Hépatites**.

Ce programme, baptisé **STEP**, est une **réponse pragmatique** aux besoins des usagers de drogues (UD) d'accéder plus facilement, notamment en soirée, à du **matériel d'injection** et de prévention secondaire (Seringues, Tampons, Eau, Préservatifs), d'être **mieux informés** sur les risques liés à leur consommation, de **maintenir un lien** avec les structures de proximité, et enfin, de **bénéficier d'un espace d'écoute et de dialogue** dans une relation de respect mutuel et de non jugement sur leur "toxicomanie".

C'est pourquoi le local STEP ouvre ses portes chaque soir **de 19h30 à 23h30**; ceci **7 jours sur 7**.

Construit dans une **dynamique communautaire**, qui caractérise l'activité de l'association EGO, STEP se situe également à l'**interface** entre ses objectifs de santé publique et les **intérêts des habitants du quartier**.

Né d'un travail de concertation et de négociation avec l'ensemble des acteurs du quartier (habitants, commerçants, pharmaciens, médecins, associations de la Goutte d'Or, police, etc.), STEP a pour fonction de **réaliser une démarche de médiation** avec son environnement proche, ceci afin d'éviter certaines nuisances éventuelles, de favoriser la **participation** de ces différents acteurs dans le suivi et la validation du projet et, enfin, de **promouvoir** une politique de Réduction des Risques locale.

Aujourd'hui STEP apparaît comme un **projet expérimental**, puisqu'il s'agit du premier programme fixe d'échange de seringues, ouvert 7 jours sur 7, et construit dans une dynamique communautaire. C'est pourquoi il suppose la mise en oeuvre d'une **démarche d'évaluation permanente et participative**.

Le contexte: Le quartier de la Goutte d'Or (Paris 18^e)

On considère souvent la **Goutte d'Or** comme **un des plus importants marchés** de la drogue dans Paris, où tout s'achète et tout se vend à n'importe quelle heure de la journée et de la nuit.

Si aujourd'hui la **Goutte d'Or** apparaît comme un quartier précurseur en matière de vente et de consommation de produits, l'histoire qui relie ce quartier au commerce de la drogue est relativement **récente**.

La **Goutte d'Or**, qui s'étend du bd Barbès à la rue Marx Dormoy et du bd de la Chapelle à la rue Ordener, dans le 18^e arrondissement de Paris, est un **quartier populaire et pluriethnique**, composé de vagues d'immigrations successives d'abord venues des provinces françaises puis des pays du Maghreb, ceux de l'Afrique noire et enfin, des pays de l'Asie.

Confrontée à une grande **vulnérabilité sociale**, notamment liée à la précarité du logement, à un taux de chômage élevé, à l'échec scolaire important chez les jeunes, au problème d'analphabétisation ..., la **Goutte d'Or** a su développer un **tissu social et associatif** riche pour tenter de répondre à ses difficultés.

C'est à partir des années **1975 - 1980**, que les problèmes liés au trafic et à l'usage de drogues viennent s'ajouter aux difficultés déjà existantes. En effet, **suite à la fermeture, dans Paris, de nombreux squats**, qui faisaient office de lieux de vente et de consommation, et plus particulièrement ceux de la rue de l'Ouest et de l'Îlot Chalon, **l'activité se déplace** vers d'autres lieux, parmi lesquels le quartier de la Goutte d'Or.

Progressivement, des dealers venus de l'extérieur du quartier, s'installent et trouvent une partie de leur clientèle **parmi les jeunes de la Goutte d'Or**, qui deviennent, à leur tour, usagers de drogues, puis revendeurs. Toutefois, l'importance du trafic attire également de nombreux toxicomanes **qui ne sont pas du quartier**, mais qui investissent ce territoire pour acheter et consommer leurs produits, ainsi que vivre leur "galère" et assurer leur survie.

Dans les années **70 - 80**, ce sont surtout **l'héroïne** puis, plus tard, **la cocaïne**, qui sont vendues et consommées dans le quartier. Mais les années 90 sont marquées par un **changement des modes de consommation** avec le développement du **trafic de crack**. Et, c'est plus particulièrement avec la fermeture de la scène ouverte de Stalingrad que le trafic de crack se déplace pour s'installer à la Goutte d'Or en 1995-96. Aujourd'hui, **la cocaïne et le crack** sont les principaux produits consommés par les UD qui les préfèrent à une héroïne dont la qualité s'est beaucoup amoindrie.

Ce changement de pratiques n'est pas sans conséquence sur l'efficacité de nos actions et nous a obligés à **revoir nos stratégies de prévention** et diversifier nos outils pour mieux réduire les risques.

De l'importance d'évaluer un programme de Réduction des Risques

En France, les **actions dites de "Réduction des Risques"** constituent une **politique récente** en matière de toxicomanie, mise en place dans un contexte d'urgence face à l'épidémie ravageuse du Sida.

En effet, il s'agissait d'apporter des **réponses préventives et pragmatiques** à la contamination par voie injectable ou par voie sexuelle auprès d'une population "à risques".

La libéralisation de la vente des seringues en pharmacie en 1987, puis plus tard, la mise en place de programmes d'échange de seringues ont été les premiers pas de cette politique. Pourtant, beaucoup ont vu dans ces mesures, une incitation à la consommation de drogues, plutôt qu'une exigence de santé publique.

Il est vrai que la politique de Réduction des Risques est souvent mal comprise car elle suppose **une nouvelle vision de l'usage de drogues**. En effet, la réalité du terrain montre que, même dans un contexte de répression de l'usage de stupéfiants, **bon nombre de toxicomanes ne veulent ou ne peuvent pas arrêter leur consommation**.

Or, face à cette situation, il importe de pouvoir apporter des réponses préventives qui **réduisent les risques liés à l'usage de drogues** et ceci, **à tout moment, dans le parcours des UD**, quelle que soit leur volonté d'abstinence.

Le programme STEP apparaît donc comme **la première marche** de cette politique et vise la création de passerelles vers un dispositif de prise en charge plus globale des problèmes liés à l'usage abusif de drogues (substitution, structures d'aide et de soins, etc.).

Par ailleurs, du fait de son aspect illégal et marginal, il existe **peu de statistiques**, hormis celles de la police, qui **décrivent le phénomène de consommation de drogues**, tel qu'il se présente dans la réalité de la rue: d'où un certain flou quant à la connaissance des éléments qui caractérisent cette situation.

C'est donc parce que la politique de Réduction des Risques est **une alternative nouvelle** en France, et que la "toxicomanie" renvoie à des questions sociales et sanitaires mais également **éthiques et politiques**, que les actions de Réduction des Risques doivent être évaluées, afin de mieux comprendre les problèmes dans leur globalité et **substituer aux discours idéologiques une approche plus objective** du phénomène.

L'évaluation permanente et participative au coeur de la dynamique communautaire

La démarche communautaire se construit à partir des **spécificités micro-sociales** et **micro-culturelles** propres à un territoire. Il s'agit d'appréhender les problématiques qui apparaissent en les reliant au **contexte environnemental** dans lequel elles naissent, se développent, se concrétisent et se transforment.

Dans un **contexte en constante évolution**, la dynamique communautaire est en **perpétuelle reconstruction**, car tout changement de l'environnement local entraîne une redéfinition de l'action.

C'est pourquoi l'**évaluation**, en tant que **processus permanent**, est au coeur de l'action communautaire car c'est à travers une démarche de réflexion sur l'efficacité de l'action, et par là même sur l'identification des facteurs favorisant ou inhibant celle-ci, que vont être reprecisées les caractéristiques de l'intervention.

Par ailleurs, le travail communautaire s'appuie sur la participation de la **communauté environnante** à la prise en charge de ses propres difficultés. Dans le cadre de la prévention des problèmes liés à l'usage de drogues, cette démarche initie une **nouvelle alliance** entre les UD, les habitants et les professionnels, et tisse un **réseau d'entraide** avec l'ensemble des acteurs sociaux, sanitaires et institutionnels locaux.

Pour ce faire, elle crée des **instances de régulation collective** et favorise le plus possible l'implication de ces différents acteurs dans la construction et la validation des actions mises en place. L'**évaluation**, dans la démarche communautaire, est donc **nécessairement participative**.

La démarche d'évaluation du programme STEP

Dans un souci d'impliquer les acteurs du quartier dans le processus de suivi et de construction du projet, la démarche d'évaluation du programme STEP s'articule sur 3 niveaux:

1- Une évaluation interne

Celle-ci est réalisée par l'équipe de STEP et a pour **objectifs** de:

- connaître la **situation sociale et sanitaire** du public UD
- cerner les **modes de consommation des UD** et les **risques** liés à ces pratiques, ainsi qu'aux **conduites sexuelles**
- repérer "**l'impact**" du programme à travers l'**évolution** de la situation sociale et sanitaire du public et les **changements de pratiques** liées aux modes de consommation et conduites sexuelles

Pour ce faire, sont actuellement utilisés **les outils** suivants:

- **une fiche de bord**, précisant pour chaque passage, l'identification de la personne, le nombre de seringues rapportées, le matériel de prévention délivré, les demandes exprimées et les conseils ou orientations réalisées.
- **un questionnaire de "premier contact"** portant sur la situation sociale et sanitaire ainsi que les pratiques de consommation de chaque UD qui se présente pour **la première fois** à STEP
- **une fiche de liaison** décrivant, chaque soir, la relation avec les usagers de drogues, les habitants et le travail de partenariat réalisé par l'équipe (association, police, etc.)
- **un questionnaire "habitués"** ciblant le profil socio-sanitaire des UD fréquentant STEP depuis longtemps, ainsi que leurs pratiques de consommation et conduites sexuelles
- **les réunions d'équipe** permettant de réfléchir, chaque semaine, sur le déroulement de l'action
- **la réunion du collectif** ouverte au public, tous les mercredis soirs, et permettant l'information sur l'activité de la semaine et la critique des habitants ou/et des UD

2- Une évaluation externe

Réalisée en collaboration avec l'Observatoire de la Vie Sociale de la Goutte d'Or (Association de la Salle Saint Bruno), celle-ci a pour but de :

- **contextualiser** le projet par rapport à l'**évolution des scènes** de vente et de consommation dans le quartier
- repérer les **incidences et nuisances** éventuelles engendrées par la présence du local d'échange de seringues
- appréhender les **rumeurs, les réactions, les informations** circulant autour du fonctionnement du programme STEP

Elle s'appuie sur la démarche de recueils d'informations suivante :

- **des entretiens semi-directifs**, tous les six mois, avec des **personnes "sources d'information"** sur les problèmes liés à l'usage de drogues dans le quartier (équipe première ligne d'EGO, la police, les gardiens de squares, les services de propreté, etc.)
- **des entretiens semi-directifs**, tous les six mois, avec **des personnes "relais d'opinion"** dans le quartier (concierges, commerçants, habitants, etc.)

Cette évaluation externe, réalisée sous forme d'étude d'impact, est présentée et discutée à l'occasion de chaque réunion du groupe de suivi de STEP.

3- Un groupe de concertation locale

Ce groupe, constitué en **comité de suivi** du programme STEP, se compose :

- d'un représentant d'une association d'habitants de la Goutte d'Or (Paris Goutte d'Or)
- d'une habitante de l'immeuble où se situe le local d'échange de seringues
- d'un pharmacien du quartier
- d'un médecin généraliste exerçant à la Goutte d'Or
- du commissaire divisionnaire du 18^e arrondissement de Paris
- d'une représentante de l'ECIMUD de l'hôpital Lariboisière
- du coordinateur de l'Observatoire de la Vie Sociale de la Goutte d'Or (Association de la Salle Saint Bruno)
- d'un expert sur les questions du développement social urbain

Ce comité, **aux compétences et savoir-faire élargis**, se réunit tous les **six mois** environ, afin de faire le point sur l'activité en cours, repérer les difficultés rencontrées, envisager de nouvelles pistes de travail, développer des collaborations et partenariats nécessaires au bon fonctionnement du programme.

La méthode de recueil des données

La mise en place d'outils de recueil de données dans un accueil **de proximité**, où défilent un grand nombre de personnes, souvent pressées et avec une approche négative des questionnaires en tous genres, n'apparaît pas comme une démarche facile. En effet, il s'agit de pouvoir **recueillir des données fiables** sans trop formaliser la relation avec le public, ni créer une barrière symbolique entre les "accueillants" et les "accueillis".

Dans cet esprit, nous avons décidé que le questionnaire ne serait pas forcément obligatoire pour toute personne qui se présente à STEP pour la première fois, et que seules les personnes volontaires y répondraient.

Hélas, nous constatons aujourd'hui que seulement **326 personnes** ont répondu au questionnaire dont:

- 195 UD venant pour la première fois
- 131 UD habitués de STEP

Le profil du public que nous présentons ici porte donc sur une étude auprès d'un échantillon de 326 personnes, ce qui représente seulement 20% environ de notre file active réelle (1669 personnes) pour l'année 1997.

Plusieurs facteurs ont joué sur cette situation:

- le fait de faire passer un questionnaire de "premier contact" au moment où les personnes arrivent pour la première fois à STEP est une considération d'ordre méthodologique, certes nécessaire, mais **qui ne permet pas toujours d'avoir une relation de confiance suffisante** pour favoriser l'authenticité de l'ensemble des réponses recueillies.

Ainsi, certaines données nous paraissent largement sous-estimées, notamment celles concernant les situations sérologiques et les pratiques à risques de notre public.

- il apparaît dans notre file active que **plus de la moitié des UD (934 personnes) ne soient venus qu'une seule fois à STEP**. Or, sachant que beaucoup de nouveaux n'ont pas toujours le temps de remplir leur fiche la première fois, et nous proposons de reporter cette démarche à leur prochain passage, on comprend aisément qu'un fort pourcentage de "perte" en terme de représentativité statistique apparaisse aussi clairement.

Malgré ces difficultés, l'ensemble de ces données, ainsi recueillies, ont alors été codifiées puis rentrées sous forme de base de données dans notre ordinateur. Leur traitement statistique se fait à partir du logiciel EPI INFO (version 5), de l'École Nationale de Santé Publique.

Il ne s'agira donc pas ici de présenter une étude exhaustive sur l'ensemble du public de notre programme, mais plus modestement, d'apporter des éléments révélateurs de grandes tendances pouvant servir de base à une réflexion plus globale sur nos stratégies d'actions.

S T E P :

Quoi de neuf en 1997 ?

La fréquentation du programme **STEP**:

Un indicateur en hausse, significatif des besoins des UD

Chaque soir, à 19h30 précises, le bruit du rideau de fer, qui se lève au 56 bd de la Chapelle, inaugure l'ouverture du local STEP. Comme d'habitude, on s'apprête à accueillir une quarantaine de personnes, ce soir encore, et tout a été préparé pour répondre aux différentes demandes du public.

Depuis sa mise en place en novembre 1995, la fréquentation du programme n'a cessé de croître. Ainsi, après une période de mise en route progressive qui a duré tout le premier semestre 96, STEP a su construire sa propre légitimité et assurer, par là - même, l'augmentation régulière de sa file active et de son activité.

1997 est donc l'année de la confirmation de cette tendance à la hausse avec 12691 passages¹ d'UD et une file active² de 1669 personnes différentes sur les 12 mois de fonctionnement.

Comparativement à l'année 1996, STEP a ainsi doublé ses indicateurs de fréquentation et triplé le nombre de personnes différentes incluses dans son programme.

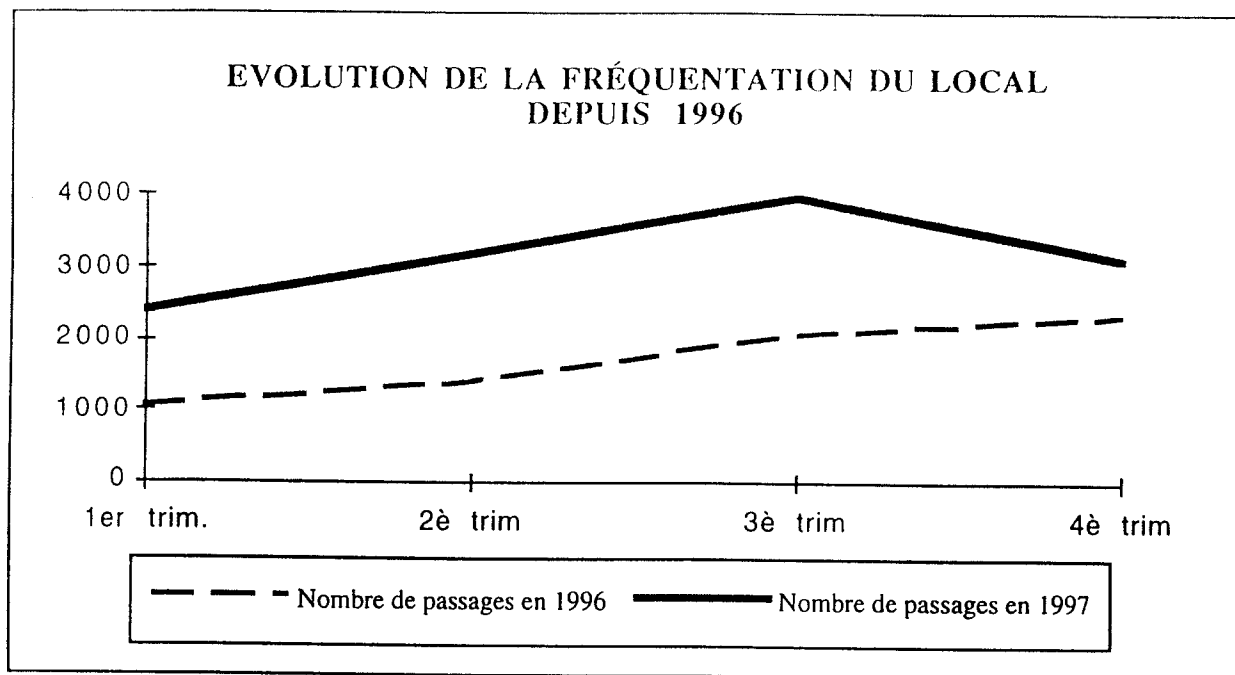
FRÉQUENTATION DU PROGRAMME EN 1997

Fréquentation en 1997	1er trim.		2èm trim.		3èm trim.		4èm trim.		TOTAL	
Nombre de passages	2387		3178		3995		3131		12691	
Répartition par sexe	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	1929	458	2627	551	3422	573	2695	436	10673	2018
	81%	19%	83%	17%	85%	15%	86%	14%	83%	17%
Personnes venues pour la 1ère fois	113		151		199		112		575	
File active 1997	= 1669 personnes différentes dont 311 Femmes et 1358 Hommes									

¹ Nous entendons par "passage" la fréquentation d'une personne dans une soirée. Ainsi, une même personne n'est comptabilisée qu'une seule fois par soirée, même si elle revient plusieurs fois chercher du matériel.

² Une file active représente l'ensemble des personnes différentes ayant fréquenté une structure sur une année.

Ainsi, nous sommes passés d'une moyenne de 21 passages par soirée en 1996, à celle de 35 passages pour 1997. Le record de fréquentation se situe en octobre de cette année avec 72 passages dans une même soirée.



Si la file active de STEP a très nettement augmenté, on peut repérer différents types d'usagers du programme STEP:

- les **usagers de passage** sont les principaux représentés parmi notre file active puisqu'ils constituent 54% de notre public. Il s'agit essentiellement des personnes qui n'ont fréquenté notre local qu'une ou deux fois dans l'année.
- les **usagers occasionnels** sont ceux qui sont venus en moyenne 8 à 10 fois dans notre programme. Ils représentent 31% de notre file active.
- les **usagers réguliers** constituent 15% de notre file active, avec une moyenne de 45 passages dans l'année. Ils représentent également près de 80% de la totalité des passages sur l'année !

Cette répartition, pour le moins surprenante, montre que la file active du programme STEP est très hétérogène, avec une forte prégnance de personnes ne se présentant qu'une seule fois.

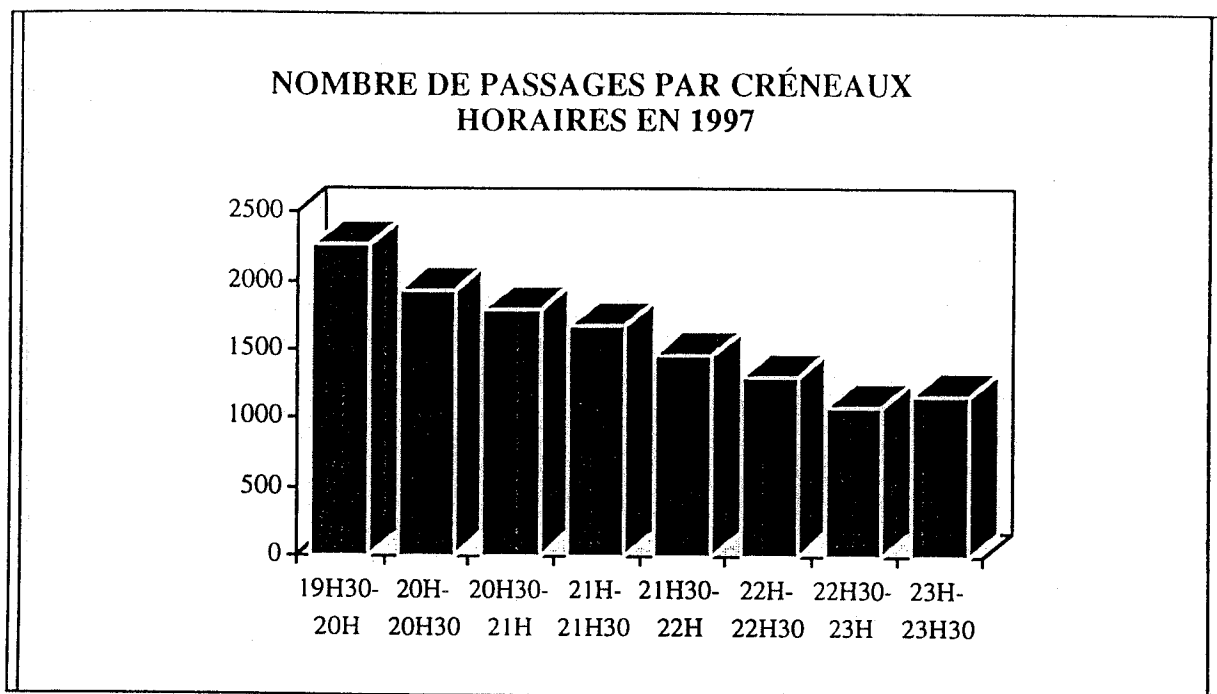
Ce phénomène peut s'expliquer, d'une part, parce que la Goutte d'Or attire une clientèle de passage qui vient juste acheter ses produits, et d'autre part, parce que STEP se situe tout près de la gare du Nord, principale voie d'accès au quartier pour les personnes qui viennent de Banlieue.

Par ailleurs, cet aspect est aussi représentatif du fait que beaucoup de personnes consomment des drogues de façon occasionnelle et gèrent leur usage sans que celui-ci ne devienne forcément abusif, et ceci d'autant plus, avec le développement des programmes de substitution.

Le programme STEP s'adresse donc à un public très large, avec des besoins différents qui déterminent l'utilisation de ses "services". Ainsi, les personnes les plus vulnérables ont tendance à fréquenter le lieu de façon beaucoup plus systématique, tandis que celles les plus "insérées" passent beaucoup moins souvent.

Un autre aspect de la fréquentation du programme est la **détermination des moments d'affluence** et la question de l'adaptation des horaires d'ouverture.

Il semble que 1997 confirme la tendance observée en 1996 quant aux créneaux horaires les plus fréquentés. Ainsi, la tranche **19h30/ 20h00** reste le moment de plus grande fréquentation avec presque **20% de la totalité des passages** et atteint les **35%** si l'on pousse jusqu'à 20h30.



A l'inverse, le créneau le **moins fréquenté** est celui de **22h30/ 23h00**, qui ne représente que **8%** de la totalité des passages. Bien que la dernière heure d'ouverture (22h30/ 23h30) reste la période de plus faible affluence, le nombre de passages observés entre 23h00 et 23h30 a largement augmenté par rapport à l'année dernière.

La question de l'adaptation des horaires d'ouverture du local STEP se posait en 1996, car nous avons constaté une très faible fréquentation des UD à partir de 22h30. Il semble que cette année nos observations montrent que, même si des variations subsistent, **l'augmentation du nombre de passages s'est répercutée sur l'ensemble de la soirée**. Par ailleurs, la fréquentation au cours des mois d'été n'est pas la même que celle des mois d'hiver. A cette période, les UD ont un rythme de vie plus nocturne et, de ce fait, passent plus tard au local STEP.

C'est pourquoi, aujourd'hui, **ces horaires 19h30/ 23h30 nous semblent pertinents** par rapport aux besoins des usagers, tels qu'ils apparaissent ici. Toutefois, dans la logique expérimentale qui est la nôtre, nous restons attentifs à cette question et aux réadaptations nécessaires.

En guise de conclusion, nous soulignerons que si 1997 a été **l'année de la maturation** en ce qui concerne la fréquentation du programme STEP, c'est aussi **celle de la stabilisation** de ses effectifs puisque l'on peut observer une certaine **stagnation du nombre de passages à 40 en moyenne par soirée** sur les 3 derniers mois de fonctionnement.

Un public de plus en plus marginalisé : Facteur de vulnérabilité sanitaire ?

Profil du public du programme STEP en 1997

Répartition par sexe

Cette année encore, les **hommes** constituent l'essentiel de notre public puisqu'ils représentent environ **80%** des personnes que nous accueillons.

A l'inverse, nous ne comptabilisons que **20% de femmes** ce qui correspond à 311 personnes différentes sur l'année. Bien que le nombre de femmes incluses dans notre file active ait presque triplé par rapport à l'année dernière, leur **faible représentation** parmi notre public est une donnée constante depuis l'ouverture du programme.

La question de la faible fréquentation des structures par les femmes est pour nous une **préoccupation permanente**. En effet, alors qu'elles se trouvent souvent dans des conditions de **plus grande vulnérabilité sociale et sanitaire** que les hommes, les femmes ont moins recours qu'eux aux dispositifs d'aide existants. Est-ce la crainte d'être repérées comme toxicomanes par rapport à la garde de leurs enfants ? Est-ce la présence trop importante d'hommes, dans les lieux d'accueil, qui les met en danger ? Il est clair que nous n'avons **pas** aujourd'hui **de réponses précises** à cette question; toutefois, il nous paraît indispensable d'approfondir notre compréhension de cette situation.

Age du public accueilli

La tranche d'âge dans laquelle se situe notre public est **large** puisqu'elle varie entre **18 ans** pour les plus jeunes et **53 ans** pour les plus vieux.

Toutefois, si l'on observe plus globalement cette population, il apparaît que la **moyenne d'âge** se situe **autour de 31 ans** et que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30 - 35 ans.

Il s'agit donc d'une population plutôt "âgée" où les jeunes de moins de 25 ans (11%) apparaissent comme **minoritaires**.

Comparativement à 1996, il semble même que notre population ait vieilli, avec proportionnellement moins de jeunes et plus de personnes de 35 ans et plus.

Cette sous représentation des jeunes est un phénomène inquiétant, car, loin de signifier que les jeunes se droguent moins, elle montre surtout qu'ils accèdent peu aux structures spécialisées. On peut penser que les plus jeunes d'entre eux, au début de leur consommation, **ne se considèrent pas encore comme des "toxicomanes"** et, de ce fait, se sentent peu concernés par ces dispositifs. Toutefois, il semble que **d'autres facteurs** influent sur cette situation et que nous devons, là encore, faire un effort de compréhension de ce phénomène.

En revanche, ceux qui fréquentent les structures sont souvent **les plus marginalisés d'entre eux** et ils s'identifient complètement au public d'usagers de drogues.

Profil du public accueilli en 1997

Données recueillies à partir d'un questionnaire de "premier contact"
passé auprès d'un échantillon de 326 usagers de drogues

REPARTITION PAR SEXE	HOMMES		FEMMES	
	256		70	
	78 %		22 %	

AGE DU PUBLIC											
- de 20 ans		20 à 25 ans		26 à 30 ans		31 à 35 ans		36 à 40 ans		plus de 40 ans	
3		31		100		126		49		17	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1%	0%	7%	3%	24%	7%	30%	8%	13%	2%	4%	1%
1%		10%		31%		38%		15%		5%	

SITUATION FAMILIALE	Célibataire				Vit en couple			
	Sans enfant		Avec enfants		Sans enfant		Avec enfants	
	67 %		13 %		16 %		4 %	
	H	F	H	F	H	F	H	F
	56%	11%	7%	6%	13%	3%	2%	2%

NATIONALITÉ ET ORIGINES CULTURELLES	Nationalité française						C.E.E.	Hors C.E.E.			
	80 %						7 %	13 %			
	France	Pays du Ma-ghreb	Pays d'Afriq. Noire	Pays d'Europe	DOM-TOM	Autres	Pays d'Europe	Pays d'Afriq. Noire	Pays du Ma-ghreb	Autres	
37 %	26 %	3 %	7 %	6 %	1 %	7 %	1 %	11 %	1 %		

PROVENANCE GÉOGRAPHIQUE DU PUBLIC											
Quartier de la Goutte d'Or		Autres quartiers du 18è		Autres arrondissements de Paris		Banlieue		Province		SDF	
9 %		12 %		23 %		43 %		4 %		9 %	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
7%	2%	8%	4%	17%	6%	36%	7%	2%	2%	7%	2%

Situation familiale du public

On s'aperçoit que la majorité des personnes qui viennent à STEP sont **célibataires** et vivent seules depuis longtemps. Ainsi, seulement 20% d'entre elles sont en couple, même sans forcément être mariées.

Le "statut" de célibataire est souvent **révélateur du degré d'exclusion sociale** dans laquelle vivent un grand nombre d'UD. En effet, plus les personnes sont dans la précarité moins leur vie laisse place à du lien social et/ ou affectif autre que celui du "bizness" ou du produit.

La situation est souvent différente pour les personnes qui vivent à deux, car même si elles sont dans une situation précaire, le couple sert, en général, de régulateur face aux difficultés vécues et joue le rôle de support affectif.

Le fait d'avoir un (ou plusieurs) enfant(s) n'est mentionné que par 17% des personnes, avec toutefois une nette prépondérance de réponses féminines. En effet, plus d'un tiers des femmes affirment avoir un enfant, tout en étant pour la plupart célibataires.

Nationalité et origines culturelles du public

La majorité des personnes accueillies sont de **nationalité française**, même si 20% d'entre elles sont de nationalité étrangère.

La description des **origines culturelles** de notre population est une question qui a, très souvent, été débattue, notamment au sein du groupe de suivi de STEP. En effet, pour certains, elle pourrait contribuer à stigmatiser certaines populations par une association trop marquée avec les problèmes liés à l'usage de drogues.

Nous pensons, au contraire, qu'il est important de souligner que, si parmi le public qui fréquente notre programme beaucoup de populations migrantes sont représentées, **c'est que le phénomène d'immigration génère souvent des difficultés d'intégration sociale (problèmes de papiers, analphabétisation, chômage, échec scolaire etc.), doublement renforcées par la crise économique actuelle, qui favorisent à terme la délinquance et la consommation de drogues chez les plus exclus.**

Si l'on observe les origines culturelles de notre population cette année, deux groupes se dégagent clairement avec une représentation égale au sein de notre public. Il s'agit **des personnes d'origine française et celles originaires des pays du Maghreb**, qui constituent chacune **37%** des personnes interrogées.

Comparativement à 1996, **l'augmentation de la fréquentation du local par des personnes d'origine française** est un phénomène plutôt nouveau et **significatif d'une généralisation de la crise sociale et économique**, non seulement aux populations migrantes plus vulnérables, mais également vers des groupes sociaux à priori moins sensibles face à la consommation de drogues.

Quoi qu'il en soit, la forte présence de personnes originaires des pays du Maghreb nous oblige à prendre en compte **les représentations culturelles spécifiques** pour mieux prévenir les risques liés à la consommation de produits ou aux conduites sexuelles. Ainsi, nous nous sommes rendus compte que le fait d'avoir dans l'équipe des personnes, elles aussi originaires

des pays du Maghreb, connaissant leur culture et maîtrisant leur langue, facilitait beaucoup la transmission des messages de prévention et participait grandement à la régulation des phénomènes de violence.

Un autre groupe culturel présent dans notre public est celui des **personnes originaires des pays de la CEE** (14%). Certaines d'entre elles présentent de grandes difficultés d'intégration avec de gros problèmes d'errance, et de papiers .

On peut noter également cette année l'augmentation significative des **personnes originaires des DOM-TOM** (6%), non représentées jusque là. Cette croissance peut être mise en parallèle avec le développement de l'usage du crack par voie intraveineuse parmi notre public.

Enfin, les **populations originaires d'Afrique noire** restent très minoritaires (4%), celles-ci adoptant, pour une partie d'entre elles, des modes de consommation autres que ceux par voie intra-veineuse.

Provenance géographique du public

Les personnes qui fréquentent STEP viennent **majoritairement de Paris (44%)**, dont 21% sont issus du 18^e et 23% d'autres arrondissements de la capitale.

Parmi elles, **une petite minorité (9%)** seulement est issue du **quartier de la Goutte d'Or**. Cette faible proportion d'UD du quartier parmi notre public a longuement retenu notre attention sans que nous ne parvenions à expliquer ce phénomène. Il semble que, là encore, une réflexion plus poussée avec les personnes intéressées soit nécessaire, pour mieux comprendre cette situation.

Un autre groupe important parmi notre public est celui des **personnes provenant de banlieue (43%)**. Ce phénomène confirme notre hypothèse selon laquelle la Goutte d'Or attire une clientèle d'UD habitués du quartier ou simplement de passage, qui viennent acheter leurs produits en passant par la Gare du Nord qui se situe tout près du local. Parmi eux, beaucoup investissent le quartier comme lieu de vie, assurant leur survie quotidienne et consommant leurs produits sur place.

Cette forte représentation de "banlieusards" parmi notre public est une donnée constante depuis l'ouverture de notre programme. **Ce n'est donc pas l'implantation du programme STEP qui aurait attiré une population venue de banlieue pour chercher ses seringues, mais bien plutôt l'attractivité d'un marché permanent qui a engendré une importante clientèle de banlieue, laquelle existait déjà avant l'ouverture du local.**

A noter enfin la présence d'un petit groupe de **personnes se caractérisant comme SDF** et se trouvant dans **une situation d'errance permanente**, allant d'un quartier à un autre (Les Halles, Strasbourg-St Denis, la Goutte d'Or, La Chapelle, etc.) sans vraiment se poser quelque part.

La situation sociale du public accueilli en 1997

Travail et ressources financières

On s'aperçoit que la grande majorité des personnes qui fréquentent notre programme sont **sans travail**; seul 12% d'entre elles ont un emploi stable et 6% exercent une activité occasionnelle. Comparativement à l'année dernière, ces chiffres restent stables

Le fait de **travailler** est un **facteur important de socialisation**, car il permet non seulement d'acquérir les ressources financières pour subvenir à ses besoins, mais il favorise également le maintien dans un **réseau de relations sociales** autres que celles liées à la drogue et au "bizness".

Or, il s'avère que la majeure partie de notre public est non seulement sans emploi, mais beaucoup également sans ressources: **1/3 n'a aucun revenu financier et 1/3 bénéficie du RMI.**

La vie dans la rue, la consommation de produits dans l'urgence, la difficulté à se procurer l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la constitution de dossiers, la déconnection avec les services, l'absence ou la perte de papiers d'identité...sont autant de facteurs qui font obstacle à l'obtention d'aides sociales ou de ressources.

C'est pourquoi le **recours à "la débrouille"** ("manche", deal, vol, prostitution, ...) est souvent un passage obligé pour pouvoir assurer leur survie quotidienne et leur consommation de produits, augmentant par là-même **leur vulnérabilité et leur marginalisation sociale.**

Logement et hébergement

La question de l'hébergement est également révélatrice du degré de précarisation du public qui fréquente notre programme.

Ainsi, plus de la **moitié des personnes interrogées (54%)** est dans des situations d'**absence d'hébergement stable**, qu'elles logent chez un ami, à l'hôtel, en foyer, dans un squat ou qu'elles soient dans la rue.

Seul **1/4 de notre public affirme avoir un logement personnel** qui lui assure une certaine stabilité de son rythme de vie. D'autres (22%) habitent chez leurs parents, même si les relations avec la famille sont parfois si tendues qu'elles rendent difficile leur présence au sein du foyer.

Situation sociale du public accueilli en 1997

TRAVAIL ET AUTRES RESSOURCES																	
Travail stable		Travail occasion.		CES / Stage		SANS TRAVAIL											
						82%											
						ASSEDIC		RMI		COTOREP		CAF		Autres		Sans ressources	
12%		4%		2%		7%		35%		7%		1%		1%		31%	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
10%	2%	3%	1%	1%	1%	5%	2%	28%	7%	6%	1%	0%	1%	1%	0%	22%	9%

HÉBERGEMENT																	
Logement personnel		Chez ses parents		Chez un ami		A l'hôtel		En Foyer		Dans un squat		Aucun hébergé		Autres			
24%		22%		9%		21%		5%		8%		10%		1%			
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
20%	4%	16%	6%	7%	2%	13%	8%	5%	0%	8%	0%	9%	1%	1%	0%		

SÉCURITÉ SOCIALE ¹	OUI				NON			
	77%				23%			
	H		F		H		F	
	62%	15%	17%	6%				

¹ chiffres obtenus sur déclaration des personnes interrogées.

Cette précarité de l'hébergement induit chez la plupart, des **modes de vie cahotiques**, renforcés par les modes de consommation de produits. Il faut chaque soir trouver où dormir et bricoler des solutions d'urgence parfois extrêmes (cages d'escaliers, squats, métro, chantiers, etc.) ou dans le meilleur des cas, une soirée dans une structure d'urgence ou une semaine à l'hôtel.

Ces modes de vie, dans l'urgence et au jour le jour, renforcent là encore, non seulement la marginalisation des personnes mais également leur **vulnérabilité sanitaire par une mauvaise hygiène de vie et une irrégularité de l'accomplissement de leurs besoins vitaux (manger, dormir, se laver)**.

Couverture sociale et accès aux droits sociaux

Globalement, la **grande majorité des personnes interrogées affirme avoir la sécurité sociale**; seul 23% d'entre elles n'ont pas de protection.

Comparativement à 1996, on peut donc observer une tendance à la hausse, laissant présumer que, de plus en plus, les UD font leurs démarches pour obtenir une couverture sociale.

Toutefois, nos pratiques de terrain nous amènent à constater que **l'ouverture des droits sociaux ne signifie pas que tous accèdent à l'ensemble des services médico-sociaux dont ils devraient bénéficier**.

En effet, le fonctionnement de ces dispositifs est souvent mal adapté pour ce public (horaires restreints, accueil sur RDV, délais d'attente...) qui, le plus souvent, finit par **délaisser ces structures**. Par ailleurs, l'étiquette de "toxicomane" constitue un obstacle supplémentaire et certains services, jusqu'à aujourd'hui, refusent systématiquement d'accueillir des UD.

Typologie des différents profils socio-sanitaires

En 1996, nous avons présenté une **typologie des différents profils socio-sanitaires** du public accueilli à STEP. Ainsi, nous avons mis en évidence **3 catégories d'UD**:

- Les "**insérés précaires**" représentaient 20% de notre population
- Les "**désocialisés précaires**", largement majoritaires, atteignaient 60%
- Les "**ultra marginalisés**", constituaient 20%

Qu'en est-il, cette année, de l'évolution de ces différents profils ? Et comment se caractérisent ces différentes populations ?

En 1997, deux tendances sont observées:

- **une légère diminution de la représentation des "insérés précaires"** qui a baissé de 20 à 18% du public
- **une nette augmentation des personnes ultra marginalisées** qui sont passées de 20 à 28% de l'ensemble des UD du programme

"Les insérés précaires" (18%)

Ils représentent la partie la plus insérée socialement de notre public. Essentiellement composé d'hommes (90%), ce groupe s'attache à maintenir **un équilibre, parfois précaire, entre sa vie sociale et affective et sa consommation de produits.**

Ainsi, ils **travaillent** pour la plupart, soit de façon stable, soit de façon occasionnelle, ou avec des périodes de chômage. Beaucoup d'entre eux **vivent en couple**, avec pour certains des enfants à charge. Leurs revenus financiers leur permettent d'avoir un **hébergement stable**, le plus souvent un logement personnel, au pire, chez leurs parents avec lesquels ils ont des contacts réguliers.

Concernant leur usage de drogues, certains consomment de façon occasionnelle, par exemple le week-end, et d'autres prennent des produits plus régulièrement. Toutefois, la majeure partie affiche **des attitudes préventives par rapport aux risques liés à leur usage**: pas de partage de leur matériel (seringues, ...), utilisation du préservatif, réalisation des tests de dépistage, etc.

La substitution joue pour eux un rôle fondamental de régulateur de leur consommation, facteur nécessaire au maintien de leur vie sociale et affective, et beaucoup ont recours à un traitement prescrit par un médecin.

Enfin, ils ont moins de contacts avec les structures spécialisées mais surtout parce qu'ils n'en éprouvent pas le besoin et sont **relativement bien intégrés au système de droit commun.**

"Les désocialisés précaires" (54%)

Ils constituent la majorité de notre public et se caractérisent par une situation de très grande **précarité sociale, un usage abusif de produits, tout en maintenant des liens avec les structures spécialisées ou le système socio-sanitaire existant.**

Ils sont généralement sans travail mais **pas totalement sans ressources**. Outre les activités de "bizness" nécessaires à leur consommation, ils bénéficient d'aides sociales telles que le RMI, la COTOREP, les allocations...et ont pour la plupart une couverture sociale (régime général, Carte Paris - Santé...).

De même, s'ils sont dans des situations d'hébergement précaire, ils sont rarement dans la rue car ils restent en contact avec les structures d'aide, ce qui leur permet d'obtenir des réponses à court ou moyen terme (paiement de chambres d'hôtel, réservation dans des foyers, etc.).

Leur consommation de produits reste **une préoccupation quotidienne** dans leur mode de vie mais elle n'empêche pas la prise en compte des besoins vitaux liés à leur survie: manger, dormir, se soigner, etc. Toutefois, en ce qui concerne les **pratiques à risques** liées à leur consommation, on observe une nette augmentation par rapport au groupe précédent, notamment **par rapport aux pratiques de partage du matériel mais aussi aux situations sérologiques.**

Les personnes qui appartiennent à ce groupe ont souvent tendance, soit à osciller vers le haut, et rejoindre ainsi la première catégorie, soit au contraire, tirer vers le bas dans les moments de désarroi et de découragement.

"Les ultra marginalisés" (28%)

Ce sont les personnes les plus exclues et marginalisées de notre public. **Leur vie se concentre uniquement autour de la recherche et de la consommation de produits**, ne laissant plus de place à des liens autres que ceux liés au "business" et à la drogue.

Les femmes sont proportionnellement fort représentées ici puisqu'elles constituent le 1/4 de ce public, ce qui est significatif de leur particulière vulnérabilité.

La plupart de ces personnes est sans hébergement stable, souvent dans la rue ou dans des squats, sans ressources financières, ou dans le meilleur des cas au RMI et, enfin, très peu ont une couverture sociale.

De ce fait, elles ont un mode de vie très cahotique et vivent **dans l'urgence de leur consommation**, ce qui exclut souvent de dormir régulièrement, se nourrir normalement ou se laver quotidiennement.

Le fait que le risque soit tellement intégré à leur survie quotidienne (police, arnaques, maladies, OD, etc.) et qu'elles aient perdu les repères liés à l'accomplissement des besoins fondamentaux, les rend beaucoup **moins sensibles aux messages de prévention** et aux risques liés à leur usage de drogues. Ainsi, on observe un pourcentage de pratiques à risques plus élevé dans ce groupe: partage du matériel, non réalisation des tests de dépistage, non utilisation du préservatif...

Par ailleurs l'état d'extrême urgence dans laquelle elles se trouvent les empêche d'avoir une démarche de prévention ou de stabilisation à court ou moyen terme. Ainsi, **elles ne fréquentent pas le réseau social ou sanitaire existant, seules les structures bas seuil** de proximité sont adaptées à leurs besoins et jouent le rôle fondamental d'aide à leur survie.

L'évolution des modes de consommation du public accueilli

L'âge de la première injection

Le public qui fréquente STEP présente un long passé de toxicomanie. En effet, la majorité affirme avoir commencé à consommer des produits par voie injectable entre 16 et 20 ans, une petite minorité se situant même avant 15 ans.

Toutefois, **la moyenne d'âge du début de consommation** a légèrement reculé par rapport à 1996, puisqu'elle est passée de 18 à **20 ans** cette année.

Globalement, les parcours varient entre **10 et 15 ans en moyenne**, allant jusqu'à 20 ans et plus pour les plus âgés de notre public.

Les produits consommés

Comparativement à 1996, les modes de consommation de notre public ont largement évolué.

Si l'héroïne était la principale substance utilisée l'an passé, les pratiques de consommation de notre public sont aujourd'hui marquées par **l'irruption massive de la cocaïne**.

En effet, si l'on comptabilise les personnes qui consomment de la **cocaïne**, soit sous forme de "poudre" (43%), soit sous forme de crack (50%), on arrive à **un total de 68% de notre public qui en fait un usage régulier**, si l'on considère que 25% d'entre elles utilisent les deux à la fois.

Si l'héroïne reste encore présente parmi les consommations de notre public (62%), les **"puristes" de l'héroïne** tendent toutefois à diminuer puisqu'ils ne sont plus que **16%** à ne consommer cette substance et uniquement celle-ci.

Ce constat peut être mis en parallèle avec **le contexte du marché local** qui a privilégié le commerce du crack sur celui de l'héroïne, et, de ce fait, a éloigné ses éventuels acheteurs vers d'autres lieux de deal, notamment Strasbourg-St Denis ou la banlieue proche de Paris.

Par ailleurs, **la plus grande accessibilité aux traitements de substitution** a également joué sur cette situation, favorisant l'abandon de cette substance pour d'autres produits tels que le subutex, le skénan, le moscontin et la méthadone.

Toutefois, parmi ceux qui continuent de prendre de l'héroïne, la grande majorité la consomme désormais avec de **la cocaïne ou du crack**. Ceci s'explique par le fait que l'héroïne permet d'amortir "la descente" de cocaïne, laquelle peut provoquer des états d'anxiété ou de forte déprime.

Parmi les **usagers de cocaïne ou de crack**, l'association avec des produits sédatifs est un **phénomène très courant**, et ce pour les mêmes effets que ceux recherchés avec l'héroïne. Ainsi, tous les **médicaments hypnotiques** (rohypnol, tranxène, vallium, palfium, xanax, lexiomil...) ainsi que les produits de substitution, notamment **le subutex et le skénan**, sont régulièrement utilisés en association avec la cocaïne et le crack.

Seuls 1/4 des usagers de cocaïne ou de crack n'associent aucun produit à leur consommation.

Les modes de consommation de produits en 1997

AGE DE PREMIERE INJECTION									
- 15 ans		15 - 20 ans		21 - 25 ans		26 - 30 ans		30 ans et +	
11%		53%		25%		9%		2%	
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
8%	3%	42%	11%	20%	5%	5%	4%	2%	0%
Minimum : 11 ans				Maximum : 43 ans				Moyenne : 20 ans	

LES PRODUITS CONSOMMÉS ¹								
Héroïne	Cocaïne	Crack	Médicaments Hypnotiques	Médic. excitants	Métha.	Subutex	Skénan Moscontin	LSD Ecstasy
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
62%	43%	50%	15%	9%	1%	11%	4%	1%

LES ASSOCIATIONS DE PRODUITS									
	Héroïne	Cocaïne	Crack	Médica. hypnot.	Médica. excitants	Métha.	Subutex	Skénan Moscont	LSD Ecstasy
Héroïne	16%	32%	32%	10%	3%	1%	5%	1%	
Cocaïne	32%	27%	25%	7%	2%	1%	4%	2%	
Crack	32%	25%	22%	8%	3%	1%	6%	3%	
Médica. hypnot.	10%	7%	8%	65%	4%	1%	4%	1%	
Médica. excitant	3%	2%	3%	4%	83%	1%	3%	1%	
Métha.	1%	1%	1%	1%	1%	94%	1%		
Subutex	5%	4%	6%	4%	3%	1%	76%	1%	
Skénan Moscont	1%	2%	3%	1%	1%		1%	91%	
LSD Ecstasy									100%

PARTAGE DE SERINGUES			
EMPRUNT		PRET	
OUI 6%		OUI 9%	
H	F	H	F
4%	2%	6%	3%

¹ Parmi les consommations de produits de substitution, n'est comptabilisé ici que leur usage de rue. Les personnes sous traitements médicaux font l'objet d'une autre classification (cf. tableaux sur la situation sanitaire du public accueilli).

Un autre changement significatif sur 1997 concerne le **développement de la polytoxicomanie médicamenteuse** parmi les modes de consommation de notre public.

En effet, **15% des personnes déclarent consommer des médicaments hypnotiques** (benzodiazépines, calmants, anti-dépresseurs, etc.) auxquels il faut ajouter tous les produits à base de codéine (néocodion, etc.) et **9% d'entre elles affirment utiliser des produits excitants** (amphétamines, survector, gardéнал, orthéнал ...).

Si l'on prend en compte que 4% utilisent à la fois des médicaments hypnotiques et des médicaments excitants, on arrive alors à un total de **20% de notre public** qui se trouve concerné par cette polytoxicomanie, contre seulement 6% l'année dernière.

Outre l'association avec la cocaïne précédemment citée, les médicaments hypnotiques sont également souvent utilisés, soit **avec l'héroïne, soit avec le subutex ou le skéнан**, car ils permettent de potentialiser les effets de ces substances ou encore de pallier le "manque" en cas de panne ou de restriction de ces produits.

A noter également **l'utilisation simultanée des médicaments hypnotiques et des médicaments excitants** par la réalisation de cocktails "explosifs" dont les effets sont souvent mal connus et qui nécessitent des modes de préparation à haut risque (cf p.53).

Ces différents usages de médicaments sont bien souvent utilisés en association avec **de l'alcool**, car celui-ci potentialise et augmente leurs effets, multipliant par là-même les risques liés à leur consommation.

L'évolution de la **place des produits de substitution** dans les pratiques de consommation de notre public est également une nouveauté de 1997.

En effet, ils concernent, cette année, **16% de personnes qui en font un usage de rue régulier ou occasionnel**, et **47% qui ont un traitement médicalement prescrit** (cf situation sanitaire du public).

Les principaux produits utilisés sont **le subutex**, avec 11% des consommations de rue, et **le skéнан** (4%).

Parmi les personnes sous traitement, beaucoup sont celles qui ont réussi à se stabiliser mais qui restent "accrochées" à la seringue. C'est pourquoi un grand nombre d'entre elles **injectent leur substitution**.

En ce qui concerne les consommations de rue, beaucoup font office de **substitution "sauvage"** permettant aux usagers de gérer l'irrégularité de leur approvisionnement en produits et les sensations de "manque" qui peuvent en découler.

Cet usage de rue a également permis à un grand nombre d'UD de se familiariser avec les produits de substitution et susciter chez certains **l'envie de passer à un traitement médical**, plus stable et plus régulier.

Enfin, le **LSD et l'ecstasy** constituent des drogues consommées de façon **plus marginale** parmi notre public et ne semblent pas être associées aux produits précédents.

Les conduites à risques

La question du **partage de seringues** est fondamentale dans le cadre de l'évaluation d'un programme tel que STEP.

Au regard des données recueillies, il apparaît que **85% des UD affirment ne pas partager leurs seringues**; ce qui laisse penser que, année après année, les messages de prévention s'intègrent progressivement dans les pratiques des UD.

Toutefois, **15% de notre public continue à prêter ou emprunter leur matériel**, avec une légère progression par rapport à l'an passé.

Il semble que **certains facteurs** contribuent à favoriser les pratiques de partage:

- **Les femmes** ont plus souvent ce type de comportements que les hommes
- **Les jeunes**, moins informés sur les risques, adoptent ces pratiques
- **Les personnes vivant en couple** ont tendance à sous estimer les risques avec leurs partenaires
- **Les situations de grande précarité sociale** conditionnent l'émergence de ces conduites
- **Les situations de consommation en groupe** favorisent la préparation de l'injection à plusieurs et le partage du matériel

En plus des pratiques de partage, nos observations de terrain nous amènent à constater que **la réutilisation de ses propres seringues** reste encore trop souvent un comportement courant chez beaucoup d'UD qui n'en perçoivent pas toujours les risques inhérents.

Nous ne disposons malheureusement pas cette année de données sur ce phénomène mais nous avons d'ores et déjà commencé un recueil d'informations sur l'année 1998, qui nous permettra d'éclaircir ce point dans notre prochain rapport d'évaluation.

En ce qui concerne **les risques liés aux conduites sexuelles**, comme l'année dernière, on constate que **59%** de notre public affirme **utiliser le préservatif régulièrement**.

Parmi eux, le fait d'avoir **une partenaire sexuelle occasionnelle** est avancé comme argument incitatif à l'utilisation du préservatif, ce qui montre une certaine responsabilisation des comportements des UD.

De même, si l'on observe les conduites sexuelles chez les personnes séropositives au VIH ou aux Hépatites, on s'aperçoit que:

- **69%** des personnes séropositives au VIH ont des relations sexuelles protégées
- **68%** des personnes séropositives au VHB utilisent le préservatif régulièrement
- **59%** des personnes séropositives au VHC ont adopté ce moyen de protection

Si l'on peut se réjouir de tels comportements, la situation des personnes vivant en couple paraît en revanche plus **problématique**

En effet, **50%** des personnes **séropositives au VIH** et vivant en couple ont des relations sexuelles protégées, **30%** seulement de celles **séropositives au VHB** utilisent le préservatif avec leur partenaire régulier(e) et, enfin, à peine **14%** de celles **séropositives au VHC** adopte ce moyen de protection !

Il semble donc que la **prise de risques par voie sexuelle non protégée** soit beaucoup plus élevée **chez les personnes qui vivent en couple¹ ou qui ont un partenaire régulier(e)**, car la confiance installée dans la relation contribue à minimiser la perception du risque.

De même, la différence de comportements constatée entre les personnes séropositives au VIH et celles séropositives au VHB ou au VHC montre que les hépatites sont **beaucoup moins identifiées aux MST** que ne l'est le SIDA.

¹ Sont considérées ici comme vivant en couple les personnes qui ont répondu "OUI" à la question "Vivez-vous actuellement en couple ?".

La situation sanitaire du public accueilli

Dépistage et situation sérologique

On remarque que la pratique du dépistage est relativement intégrée dans les comportements des UD.

En effet, **92%** des personnes interrogées affirment avoir fait un test de dépistage du **VIH**, **78%** un test de dépistage du **VHB** et **79%** un test du **VHC**.

Comparativement à 1996, ces chiffres sont légèrement **en augmentation**, notamment en ce qui concerne le dépistage des Hépatites.

Longtemps considérés comme **groupe à "risques"**, les UD ont fait l'objet d'une sensibilisation plus systématique de la part des structures de prévention, ce qui explique ces chiffres importants.

La prison, passage souvent répété pour certains, joue également un rôle important dans la réalisation des tests, car elle apparaît comme un moment de "décroche" qui permet, loin du rythme accéléré de la rue ou de l'urgence de la consommation de produits, de faire le point sur sa situation de santé.

Toutefois, on remarque que seulement **38%** des tests de dépistage ont été réalisés il y a moins d'un an. Comparativement à 1996, ce chiffre est en léger recul, ce qui laisse supposer qu'il **n'est pas toujours facile pour des personnes qui organisent leur survie au jour le jour, de faire des tests dans une logique à long terme visant à surveiller leur état sérologique.**

Concernant la situation sérologique de notre public, nous observons malheureusement **une augmentation de la contamination par le VIH mais également et surtout par les Hépatites.**

Ainsi, **16%** déclarent être positifs au **VIH** (+ 3% par rapport à 1996), **18%** à l'**hépatite B** (+4%) et **41%** à l'**hépatite C** (+ 12%).

Ces chiffres montrent qu'il faut, d'un côté, rester vigilant quant à la sensibilisation de la transmission par le VIH, qui **continue de progresser** lentement, et de l'autre, développer **en urgence** des stratégies de prévention beaucoup plus ciblées sur les hépatites.

Seule la diminution du nombre de **personnes ne connaissant pas leur état sérologique** semble être un point positif, notamment en ce qui concerne les hépatites.

Ainsi, si les UD se responsabilisaient essentiellement par rapport aux risques liés au VIH, jusque là considéré par eux comme plus dangereux, ils commencent désormais, et pour cause, à adapter leurs comportements par rapport aux hépatites.

Par exemple, de plus en plus d'UD **se font vacciner contre l'hépatite B**, ce qui a grandement limité la progression de cette maladie.

Il est vrai que la connaissance des modes de contamination, notamment ceux de l'hépatite C, reste encore **imprécise et indéterminée**; ce qui contribue à jeter un certain flou dans l'esprit des UD et rend difficile la transmission de messages simples et adaptés.

Un autre aspect du problème concerne **les situations de multicontaminations** au VIH et aux Hépatites.

- Ainsi:
- 7% des UD sont séropositifs au VIH et au VHB
 - 10% des UD sont séropositifs au VIH et au VHC
 - 11% des UD sont séropositifs au VHB et au VHC
 - 5% des UD sont séropositifs au VIH, au VHB et au VHC

Là encore, les problèmes liés à la multicontamination représentent des facteurs de vulnérabilité supplémentaires pour les personnes concernées; et ceci d'autant plus lorsqu'un grand nombre d'entre elles se trouvent dans des situations de grande précarité sociale.

L'accès aux traitements de substitution

Parmi le public qui fréquente notre programme, on constate que **47% des UD** ont un traitement de substitution, dont **29% au Subutex**, **9% à la méthadone** et **9% au skénan ou au moscontin**.

Ces chiffres montrent combien aujourd'hui la substitution s'intègre aux modes de vie des UD.

Ainsi, de plus en plus, l'attitude des UD face à la substitution évolue, passant d'un **comportement méfiant**, très souvent véhiculé par des professionnels travaillant dans ce champ, à une **approche plus pragmatique** reconnaissant l'intérêt de pouvoir **gérer ou stabiliser sa consommation** grâce à ces traitements.

Il est vrai que la substitution joue un rôle fondamental d'**aide à la survie**, car elle permet aux plus insérés de gérer leur usage et maintenir leur vie sociale, mais également aux plus marginalisés d'alterner les périodes de forte consommation avec des périodes de stabilisation, **moments de récupération indispensables** face au délabrement physique engendré par des modes de vie cahotiques.

Enfin, la substitution a permis à un plus grand nombre de personnes d'être **en contact avec un réseau de structures** d'aide et de soins ou encore de **bénéficier d'un suivi médical** régulier.

Toutefois, on constate également qu'un grand nombre de personnes substituées, même si elles se situent dans une logique thérapeutique, **injectent leur traitement**, ce qui n'est pas sans entraîner de **graves complications sanitaires** (abcès, embolies, phlébites, etc.).

Nos pratiques de terrain nous amènent à constater combien il est difficile déjà pour un UD de passer de la substance qu'il a l'habitude de consommer à un produit de substitution, et que le fait de **changer son mode d'usage, de la voie intraveineuse à la voie orale**, est pour lui une seconde étape tout aussi compliquée.

C'est pourquoi nous pensons que **la question de la substitution par voie injectable** doit être posée et envisagée par les Pouvoirs Publics, non seulement pour réduire les risques liés à l'injection des médicaments (subutex, skénan, moscontin, et même la méthadone) mais aussi pour favoriser une meilleure gestion des traitements par les personnes elles-mêmes.

Situation sanitaire du public accueilli en 1997

SUIVI MEDICAL					
Dernière visite			Raisons Médicales		Fréquence
- 1 an	1 an	2 ans et +	Pb somatiques	S s spécifiques	
69%	26%	5%	Bilan santé 3%	Substitut. 41%	1/mois 49%
			Abcès 2%	Sevrage 9%	1/trimes. 13%
			Grippe 4%	Suivi VIH 10%	1/semest. 13%
			Pb gynéco. 2%	Suivi Hép. 16%	1/an 8%
			Dépistage 4%	Suivi psy. 3%	- 1fois/an 17%
			Autres 4%	Autres 2%	

UTILISATION DU PRESERVATIF			
OUI		NON	
59%		41%	
Partenaire occasionnel(le)	Partenaire régulier(e)	Partenaire occasionnel(le)	Partenaire régulier(e)
39%	20%	6%	35%

DEPISTAGE								
TEST VIH		TEST VHB		TEST VHC		DERNIER TEST		
OUI		OUI		OUI		- d'1 an	1 à 2 ans	3 ans et+
92%		78%		79%				
H	F	H	F	H	F	38%	55%	7%
72%	20%	62%	16%	62%	17%			

SITUATION SEROLOGIQUE																	
SÉROLOGIE VIH					SÉROLOGIE VHB						SÉROLOGIE VHC						
Positif		Négatif		Inconnu	Positif		Négatif		Inconnu		Positif		Négatif		Inconnu		
16%		74%		10%	18%		57%		25%		41%		36%		23%		
H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
11%	5%	58%	16%	8%	2%	14%	4%	45%	12%	19%	6%	32%	9%	27%	9%	19%	4%

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION							
MÉTHADONE		SUBUTEX		SKÉANAN MOSCONTIN		NON SUBSTITUÉS MÉDICALEMENT	
9%		29%		9%		53%	
H	F	H	F	H	F	H	F
5%	4%	24%	5%	7%	2%	43%	10%

CONTACT CENTRES SPECIALISÉS	OUI		NON	
	37%		63%	
	H	F	H	F
	26%	11%	52%	11%

Suivi médical

En ce qui concerne le suivi médical de notre public, il apparaît, cette année, que **69% des UD affirment avoir vu un médecin il y a moins d'un an.**

Ce chiffre, par rapport à 1996, a quelque peu reculé, preuve que la démarche vers une structure de soins quelle qu'elle soit (hôpital, médecin de ville, centre médico-social...) constitue toujours une épreuve difficile pour beaucoup d'UD, notamment les plus marginalisés.

Toutefois, une amélioration peut tout de même être signalée. Il s'agit de la diminution du nombre de personnes n'ayant pas vu de médecin **depuis plus de 2 ans** qui est passé de **10 à 5%** de notre public.

Là encore, parmi les raisons médicales les plus souvent avancées, **la substitution** arrive en première position. Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle un plus grand nombre d'UD ont accédé au système de soins grâce au développement des programmes de substitution.

On peut également noter que **le suivi médical lié aux Hépatites ou au VIH** est lui aussi souvent mentionné, ce qui laisse supposer qu'un plus grand nombre d'entre eux entament des démarches de soins par rapport à ces maladies.

Globalement, on constate que les démarches de soins mises en place par les UD concernent essentiellement des problèmes spécifiques à leur toxicomanie (81%) alors que, même s'ils existent souvent, **les problèmes somatiques y apparaissent comme secondaires.**

Contact avec les structures spécialisées

Les UD qui passent à STEP ne sont pas pour la plupart en contact avec les structures spécialisées en toxicomanie.

En effet, **seul 37% d'entre eux ont accès à ce réseau**; ce qui représente une baisse par rapport à l'année dernière de 9%.

Il semble que plusieurs éléments aient pu influencer sur cette situation. D'abord, le fait que STEP soit une structure en première ligne ouverte à un public très hétérogène, qui comprend beaucoup de personnes de passage ou d'UD occasionnels qui ne s'identifient pas avec les dispositifs pour "toxico".

Ensuite, parmi les personnes venant de banlieue, qui représentent une grande part de notre public, beaucoup ne connaissent pas le réseau spécialisé existant, car peu de structures sont présentes dans leur environnement proche et ils ne viennent sur Paris que pour acheter leurs produits.

Enfin, la marginalisation croissante d'une frange de notre public constitue aussi un frein non négligeable à l'accès aux dispositifs spécialisés, sauf peut-être pour les structures d'accueil "bas seuil".

L'évolution des stratégies de prévention du programme STEP en 1997

Répondre aux besoins d'urgence des Usagers de Drogues

STEP: espace de proximité "bas seuil"

Entre la rue et le comptoir de STEP, il n'y a que quelques pas à franchir : la porte est grande ouverte et la lumière du local traverse la vitrine, laissant transparaître ce qui se passe à l'intérieur.

Ici, il n'y a pas de rendez-vous, pas de délais d'attente, pas de conditions d'accès au programme, seul le respect des lieux et des personnes est exigé...

A STEP, **chacun utilise le lieu à son propre rythme**. Il y a les "très pressés" qui arrivent en courant, les "posés" qui prennent le temps de ramener leur matériel usagé et de prendre un café, les "scotchés" qui restent de longs moments à nous raconter leurs "galères". Certains s'approprient le lieu immédiatement tandis que d'autres mettent plus de temps à oser s'exprimer, s'informer, poser une demande, etc.

Car, à STEP, nous avons **une relation de proximité** avec les personnes. On ne juge pas les gens sur le fait qu'ils consomment ou pas des drogues, sur le fait qu'ils négligent leur santé, sur ce qu'ils devraient faire ou ce qu'ils n'ont pas fait...

Il ne s'agit en aucun cas de faire "la morale" sur leur situation car les fondements du projet STEP s'appuient sur le pari de la **citoyenneté des UD** et leur **responsabilisation** par rapport à leurs pratiques.

Les UD sont donc considérés comme des personnes responsables, libres de leurs actes, auxquels nous devons apporter **les moyens nécessaires pour qu'ils puissent eux-mêmes réduire les risques liés à leur usage de drogues**.

Ils ne sont donc ni des "clients", ni des "sujets passifs", bien au contraire, ils apparaissent comme des partenaires que nous sollicitons en permanence sur leurs connaissances des produits, les modes de consommation, la qualité du matériel distribué, le retour des seringues usagées, la gestion des alentours du local, etc. Nous favorisons le plus possible **la participation des UD comme acteurs de prévention**.

Cette particularité de la relation de proximité se renforce doublement du fait de la **composition pluridisciplinaire** de l'équipe, qui comprend à la fois **des habitants du quartier** et **des professionnels du champ social et sanitaire**. Cette complémentarité des savoirs et la connaissance approfondie des codes culturels et sociaux du quartier est un facteur facilitateur de la relation et régulateur des phénomènes de tension ou d'agressivité.

STEP est donc **un lieu de transition** qui coupe avec la réalité de la rue, où les UD peuvent un instant se poser, s'approvisionner en matériel, s'informer sur les risques liés à leurs pratiques, s'occuper de leurs problèmes de santé, s'organiser un hébergement pour la soirée, etc.

Ainsi, STEP est **le premier pas qui permet d'aller plus loin** dans la gestion des risques liés à sa consommation et dans l'organisation de sa survie quotidienne.

L'accès au matériel de prévention

Le premier objectif du programme STEP est de **donner aux UD les moyens matériels de se prévenir contre les risques liés à la contamination par le VIH et les Hépatites.**

Pour ce faire, STEP offre **un accès 7 jours sur 7** (week-ends et jours fériés) à du **matériel d'injection propre**:

- seringues 1cc ou 2cc,
- tampons alcoolisés,
- fioles d'eau stérile,
- récupérateurs individuels pour ranger son matériel propre ou usagé,

ainsi que des préservatifs, pour réduire les risques par voie sexuelle, et des containers pour ramener ses seringues sales.

En 1996, le système de distribution de seringues favorisait la récupération de matériel, avec obligation de ramener des seringues usagées pour pouvoir obtenir jusqu'à 20 seringues maximum.

Face **aux changements des modes de consommation** de notre public et aux nouveaux besoins qui en découlent (nombre d'injections plus important avec le crack qu'avec l'héroïne, plus grande difficulté à ramener ses seringues, augmentation des pratiques de partages, etc.), le système de distribution a été modifié, augmentant **le nombre de seringues à un maximum de 30**, sans obligation de fait à ramener ses seringues sales pour en avoir des neuves, mais avec **un discours renforcé pour responsabiliser les UD** sur cette question.

Ce thème a été **extrêmement débattu** tout au long de l'année, en équipe interne tout d'abord.

En effet, deux visions du problème s'opposaient : l'une soutenait que, **la récupération des seringues étant un objectif essentiel pour renforcer l'acceptation du projet dans le quartier**, seul le fait de rapporter ses seringues sales devait déterminer le nombre de seringues distribuées ; l'autre, soulignait qu'un tel système ne prenait pas suffisamment en compte **les besoins réels des UD en matériel**, et qu'il favorisait beaucoup plus les personnes "insérées", qui sont celles qui ramènent le plus, que **les UD marginalisés**, qui de fait en rapportent le moins.

L'impossibilité de trouver un consensus au sein de l'équipe et la crise qui s'en est suivie, ont été telles qu'elles ont conduit un des membres de STEP à quitter le programme.

C'est alors **le groupe de suivi de STEP** qui a statué sur cette question, optant pour une distribution de matériel "à la demande" et un discours renforcé sur la récupération des seringues souillées.

Nombre de seringues distribuées en 1997

Matériel distribué	1er trim. 1997	2ème trim. 1997	3ème trim. 1997	4ème trim. 1997	TOTAL
Seringues 1cc	14511	18352	25832	28470	87165
Seringues 2cc	1759	3105	4084	4396	13344
TOTAL	16270	21457	29916	32866	100509
Seringues retournées	9506	11756	11796	10526	43584
Taux de récupération	58%	55%	40%	32%	45%

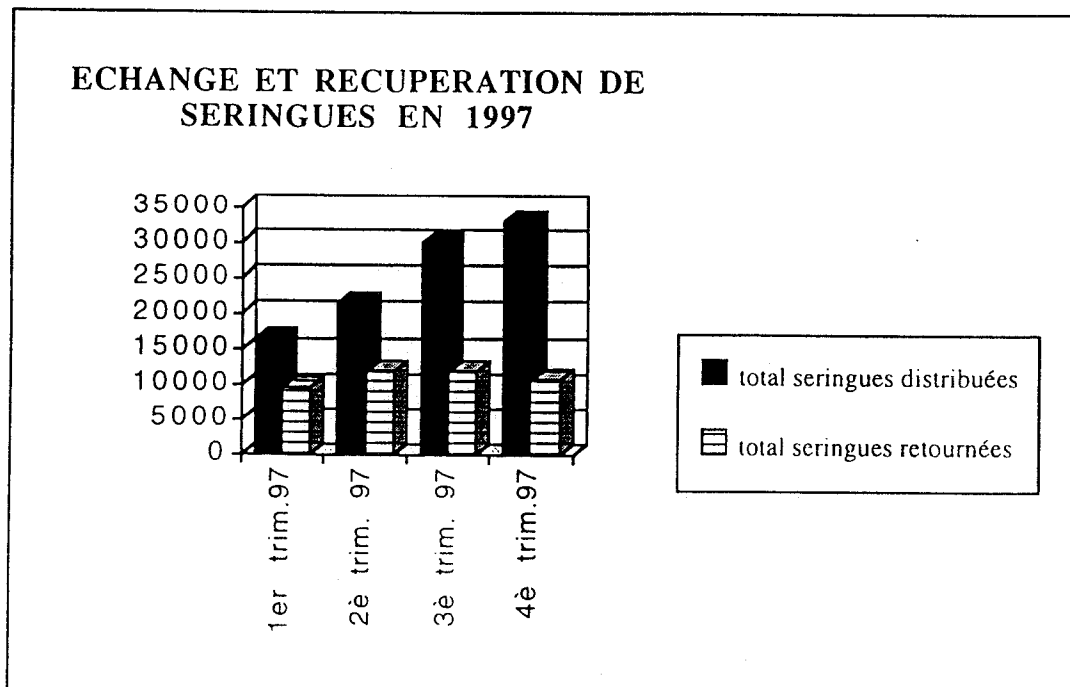
Nous avons distribué un total de 100 509 seringues stériles sur l'ensemble de l'année 97 et récupéré près de 43 584 seringues usagées, ce qui représente un taux de retour de 43%.

On constate par rapport à l'année dernière une **très forte augmentation du nombre de seringues distribuées**; ce qui résulte à la fois de la hausse de fréquentation du local et des nouvelles modalités de distribution de matériel.

Par contre, la **diminution du taux de récupération de seringues** est constante puisqu'on est passé de 69% en 96 à 45% en 1997.

La **difficulté à ramener ses seringues usagées** pour une partie de notre public, vivant dans la rue et n'ayant pas la possibilité de conserver un grand nombre de seringues sur eux, reste un phénomène courant, notamment par crainte de la répression policière.

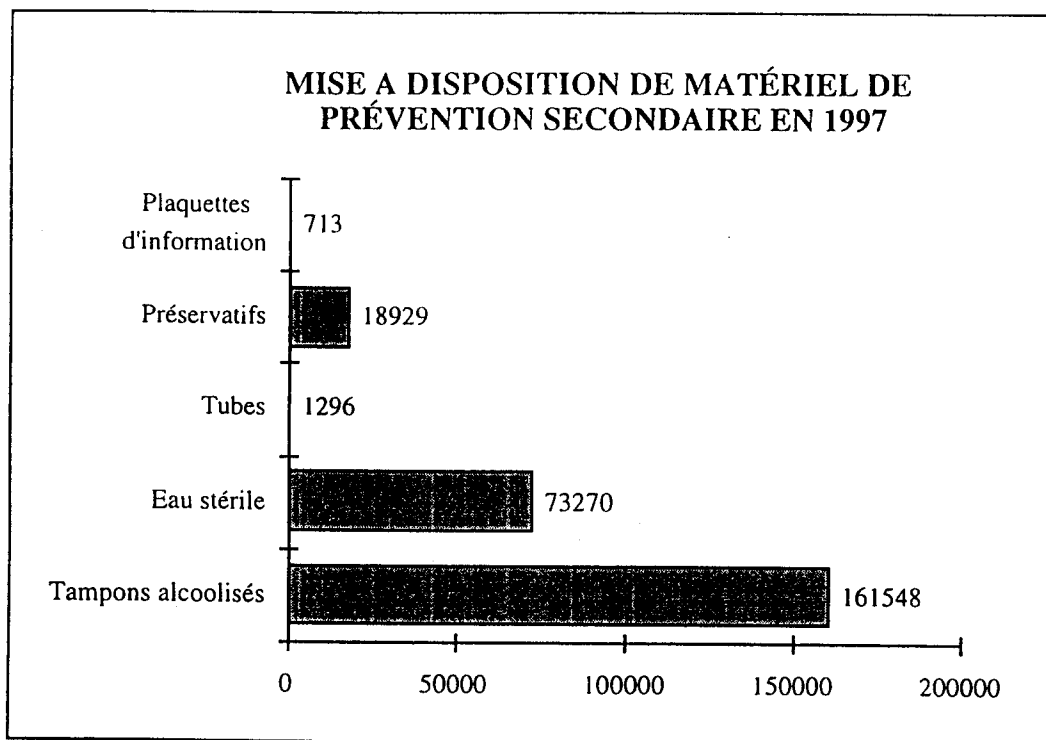
Nous sommes toutefois conscients qu'il nous faut **rester vigilant face à cette question**. C'est pourquoi nous avons collaboré au travail de "1ère ligne" de l'association et maintenu un lien permanent avec les habitants (cf page 42).



Nous distribuons essentiellement des seringues 1cc, car c'est avec celles-ci que les UD consomment l'héroïne, la cocaïne et le crack. A l'inverse, les seringues 2cc sont plutôt utilisées pour l'injection des médicaments (subutex, skénan, etc.).

Pour favoriser l'hygiène du shoot, nous sensibilisons les UD à utiliser l'ensemble du matériel de prévention secondaire que nous mettons à leur disposition.

Ainsi, cette année, **161 548 tampons alcoolisés**, **73 270 fioles d'eau stérile**, **1 296 tubes individuels**, **18 929 préservatifs**, ont été distribués à notre public.



Nos pratiques de terrain nous amènent à constater que, d'une façon générale, ces outils **s'intègrent progressivement dans les comportements des UD**, même s'il faut toujours insister sur l'utilisation des tampons alcoolisés avant et après l'injection, et souligner l'intérêt de l'eau stérile par rapport à l'eau du robinet ou l'eau minérale.

Toutefois, il apparaît également que **parmi les personnes les plus marginalisées** de notre public, beaucoup ne disposent pas des conditions d'hygiène nécessaires à la réalisation d'un shoot propre, lequel se fait le plus souvent **dans l'urgence et dans des lieux peu propices** (cages d'escaliers, chantiers, squats, etc.).

Suite à la demande de nombreux UD de se laver les mains, nous avons décidé, malgré le coût élevé de cette initiative, d'installer **un lavabo** à l'entrée du local. En effet, il nous paraissait incohérent de **promouvoir l'hygiène du shoot**, sans donner aux UD les moyens concrets d'y parvenir.

Cette initiative a été très bien accueillie par les UD, qui ont très vite pris l'habitude de se laver les mains à chaque passage ; et ceci, sans même avoir eu besoin d'être sollicités par les accueillants.

Une autre caractéristique de 1997 concerne **l'augmentation de la demande de préservatifs** et la fréquentation croissante d'un public ayant recours à **la prostitution**, notamment parmi les femmes et les jeunes "toxicos".

Face à cette situation, et après de nombreuses discussions autour d'expériences de préservatifs déchirés ou d'assèchement des muqueuses génitales, nous avons décidé de mettre également à disposition de notre public du **gel lubrifiant**. Cet outil nous semble très intéressant car il a permis de faire passer des messages autour de la **prévention des maladies sexuellement transmissibles**, auprès d'un public particulièrement exposé à ce type de risques.

L'accès à l'information et à la prévention

Parallèlement à la mise à disposition de matériel, STEP a également pour objectif de favoriser **l'accès des UD à l'information et la prévention** des risques liés à l'usage de drogues.

En effet, l'information, telle qu'elle existe déjà, est trop souvent **inadaptée** par rapport à ce type de public, ou ne prend pas suffisamment en compte les modes de vie et de consommation des UD.

Il s'agit donc, à travers des messages simples, de favoriser l'appropriation de l'information par les UD afin de faire évoluer leurs comportements à risques.

L'information se décline en plusieurs pôles:

- L'information sur la prévention du Sida et des Hépatites

Il s'agit de toutes les discussions qui portent autour des modes de contamination, des tests de dépistage, des possibilités de traitement médical, des risques par voies sexuelles, des adresses d'associations d'aide aux personnes séropositives, des vaccins hépatite B, etc.

Nous disposons de tout un ensemble de plaquettes d'information (adresses des CIDAG, journaux de prévention ALTER EGO et ASUD, plaquettes AIDES, brochures Hépatite B, etc.) que nous commentons de façon orale et que nous remettons aux personnes intéressées.

- L'information sur le shoot "propre"

Elle concerne tous les aspects liés à la pratique d'injection : l'utilisation des tampons alcoolisés, de l'eau stérile, les points d'injection les plus adaptés, l'hygiène, les problèmes liés à l'utilisation du citron, les pratiques de partage du matériel, les poussières, les abcès, etc.

Là encore, nous disposons de tout un ensemble de plaquettes d'information (code du shoot à risques réduits, guide du shoot propre, etc.) que nous diffusons largement et dont les usagers de drogues sont très demandeurs.

- L'information sur les risques liés aux produits

Elle porte sur les effets des produits et les risques liés aux associations de produits : risques liés à l'usage de crack, à l'injection des produits non destinés à ce mode d'usage (subutex, skénan, moscontin ...), aux associations de médicaments (rohypnol + héroïne, rohypnol + cocaïne, etc.), aux produits de coupage, aux overdoses, etc.

Malheureusement, ce type d'information est celui pour lequel nous disposons le moins de plaquettes d'infos ; ce qui témoigne d'un besoin pressant de produire des outils autour des produits mais surtout des associations de produits.

STEP: une passerelle vers le réseau socio-sanitaire existant

La **précarité des conditions de vie** d'une grande partie de notre public nous oblige à répondre à des **besoins d'urgence** liés à leur survie quotidienne.

En effet, favoriser l'accès à un hébergement, même pour une nuit, donner des adresses où l'on peut manger et se laver, orienter vers un lieu où l'on peut soigner un abcès, etc. sont autant de facteurs qui contribuent à **réduire la vulnérabilité sociale et sanitaire** de notre public, et de ce fait, à limiter également les risques liés à l'usage de drogues.

S'il est essentiel de pouvoir informer ou orienter les UD qui ont une demande, **il ne s'agit pas en revanche d'assurer un suivi social de ces personnes.**

En effet, l'orientation et le suivi représentent deux démarches avec des logiques symboliques différentes; la première se situant dans le registre de l'urgence et de la consommation de produits, la seconde dans une optique de stabilisation des personnes et sur un espace temps plus long.

C'est pourquoi l'accueil de STEP est en parfaite complémentarité avec celui d'EGO et joue le rôle de première ligne en orientant vers celui-ci les UD nécessitant un accompagnement socio-sanitaire.

Ce phénomène se confirme si l'on observe les demandes exprimées par notre public tout au long de cette année :

- Les demandes d'aide aux besoins d'urgence des UD (total = 457)

Parmi elles, apparaissent en premier lieu les **demandes d'hébergement d'urgence** qui s'expliquent par l'extrême difficulté à trouver où dormir pour un certain nombre d'UD.

Dans les demandes sociales, on peut également trouver celles liées à l'**accès aux droits sociaux** qui concernent l'ensemble des démarches nécessaires à l'obtention du RMI, de la Carte Paris-Santé, de la COTOREP, des aides sociales, des domiciliations, etc.

Puis viennent enfin toutes les demandes d'**informations sur "l'aide à la survie"**, qui comprennent toutes les adresses de lieux où l'on peut se nourrir, se doucher, laver son linge,... bref, obtenir le minimum nécessaire à l'hygiène de base.

Ce type de demandes a largement augmenté par rapport à l'année dernière, ce qui est révélateur de l'évolution inquiétante du contexte social.

Les questions sanitaires d'urgence sont elles aussi largement représentées parmi l'ensemble des demandes exprimées.

En premier lieu, il s'agit de tous les **conseils** prodigués à l'accueil de STEP et qui concernent la prévention des risques liés aux pratiques de consommation de notre public.

Ensuite, les demandes concernant la **"bobologie"** (coupures, plaies, veinites, mycoses, etc.) ou **des problèmes de santé** plus graves (abcès mal soignés, malaises, problèmes gynécologiques...), nous sont de plus en plus exposées. En effet, les modes de vie cahotiques d'une grande partie de notre public entraîne des pathologies sanitaires graves, souvent parce que les UD attendent le dernier moment avant d'aller se faire soigner.

Demandes et orientations du public accueilli en 1997

Demandes d'aide à l'urgence		Demandes à Court ou Moyen terme	
Demandes sociales		Demandes sociales	
Hebergement d'urgence	221	Hebergement à long terme	34
Infos aide à la survie	26	Suivi juridique	12
Accès droits sociaux	28		
Total	275	Total	46
Demandes sanitaires		Demandes sanitaires	
Bobologie	57	Substitution	41
Pb santé urgent	54	Sevrage	27
Conseil prévention	71	Post-cure	6
		Suivi psychologique	5
		Bilan de santé	8
		Suivi médical VIH	18
		Suivi médical Hépatites	16
Total	182	Total	121
Total des demandes d' aide à l'urgence	457	Total des demandes à Court et Moyen terme	167
TOTAL DEMANDES EXPRIMÉES EN 1997		624	

Orientations des demandes					
STEP (réponses sur place)	EGO	Structures spécialisées	Réseau Socio- sanitaire		
82	139	MSF	31	Hôpital	38
		MDM	9	CAS	12
		Sleep'In	5	Samu Social	205
		La Boutique	11	Structures juridiques	1
		Autres	12	CIDAG	18
82	139	68	274		

Ainsi, l'ensemble de ces demandes d'aide à l'urgence représente les 3/4 de la totalité des demandes exprimées par notre public.

- Les demandes d'accompagnement à court ou moyen terme
(total = 167)

Dans le domaine social, elles concernent d'abord les démarches liées à l'accès à des **hébergements à moyen ou long terme** (appartements thérapeutiques, foyers, etc.).

Ensuite, du fait de l'illégalité des modes de vie des UD, les demandes de suivi pour des **problèmes juridiques** (sortie de prison, problème de papiers, interdiction de territoire...) sont également présentes.

Pour ce qui est des demandes sanitaires, les premières sont liées à la stabilisation ou à l'arrêt de la consommation de produits. Il s'agit des demandes de **substitution**, de **sevrage**, de **post-cure** mais aussi de **suivi psychologique**.

Les autres ont trait à la mise en place de **démarches liées au Sida et aux hépatites** et concernent à la fois la réalisation de **tests de dépistage** mais aussi les **suivis médicaux** adaptés.

Toutes ces demandes, qu'elles s'inscrivent dans l'aide aux besoins d'urgence ou dans des démarches à court ou moyen terme, sont l'objet d'une orientation systématique dès lors qu'elles nécessitent **un accompagnement social ou une prise en charge sanitaire**.

Ainsi, au cours de cette année, différents types de partenariats ont été mis en place avec:

- **l'accueil d'EGO**, dont 1/4 du public provient de STEP

- **les structures spécialisées en toxicomanie**, notamment Médecins Du Monde, Médecins Sans Frontières, La Boutique de l'association Charonne, le Sleep'in, Boréal, etc.

- **le réseau socio-sanitaire existant**, dont les hôpitaux de Paris, le service des urgences de l'hôpital Lariboisière, les centres d'action sociale, les CIDAG, le Samu Social, etc.

Ainsi, à travers l'ensemble de ce travail d'orientation, STEP contribue-t-il à recréer du lien entre les UD les plus marginalisés et l'ensemble du dispositif d'aide et de soins.

Développer des stratégies de prévention à long terme

Favoriser la participation des UD au fonctionnement de STEP

A travers la démarche communautaire, le programme STEP s'efforce de promouvoir **la citoyenneté des UD** et favorise le plus possible leur participation en tant qu'**acteurs de prévention**.

C'est pourquoi il nous a semblé important, cette année, de renforcer **le rôle** des usagers de drogues par rapport au fonctionnement du programme; et ce, même si l'accueil de STEP s'apparente plus à un lieu de passage que celui d'EGO.

Nous avons concentré nos efforts autour de deux axes:

- La mise en place de réunions avec les UD

Il s'agit de permettre des **échanges de savoirs et de savoir-faire** entre les accueillants du programme et ses "utilisateurs" sur le fonctionnement du lieu et obtenir ainsi leur avis sur toutes les modalités de l'accueil : adaptation des horaires, utilité des différents matériels distribués, problème de récupération des seringues, test des outils de recueil de données, nouveaux besoins à prendre en compte, nouveaux produits consommés, etc.

Ainsi, **l'expertise des UD** sur la réalité de la rue et les pratiques de consommation nous apparaît ainsi comme **indispensable à l'amélioration de nos stratégies de prévention**.

Ces réunions ont été programmées une fois par mois, le vendredi soir, de 20h00 à 21h00 au sein du local STEP.

- La mise en place d'un travail de ramassage de seringues par les UD

Face à notre préoccupation permanente de **réduire la présence de seringues usagées** sur la voie publique et vu **la diminution de notre taux de récupération** de matériel, nous avons souhaité impliquer et responsabiliser les UD par rapport à cette situation.

C'est pourquoi nous avons sollicité **quelques UD fréquentant à la fois STEP et EGO, et motivés par rapport à cette question**, pour leur proposer une action de ramassage de seringues dans les rues du quartier de la Goutte d'Or.

A cette fin, **une formation sur "le ramassage de seringues sans risques par rapport au Sida et aux Hépatites"** a été mise en place afin de les sensibiliser aux modes de contamination, aux risques à éviter, ainsi qu'à l'utilisation du matériel nécessaire à ce travail (gants, pinces, sacs à dos, containers, ...).

Nous leur avons également procuré des badges d'**agents de prévention**", afin de faciliter leur circulation dans les rues du quartier. **La police** a bien évidemment été informée de l'existence de cette action, soulignant à cette occasion tout l'intérêt de cette démarche.

Si l'implication des UD dans cette démarche relève essentiellement du bénévolat, nous avons tout de même souhaité les dédommager en "ticket services", vu les conditions d'extrême précarité dans lesquelles ils se trouvaient.

Réaliser un travail de médiation avec l'environnement de STEP

Dans la démarche communautaire qui caractérise notre association, favoriser la participation de la population à la prise en charge de ses propres problèmes et permettre **une appropriation collective des actions mises en place dans le quartier**, sont des exigences fondamentales qui déterminent nos méthodes de travail.

Ainsi, le programme STEP est né d'une démarche de diagnostic, de négociation et de sensibilisation réalisée avec l'ensemble des acteurs du quartier (pharmaciens, médecins, associations, police, commerçants, etc.), ainsi que tous les habitants résidant près du local.

Le fait qu'aujourd'hui STEP soit bien intégré dans son environnement et que, sauf quelques cas particuliers, aucun problème grave ne soit apparu depuis son implantation, ne doit pas nous empêcher de poursuivre **un travail de contact et d'écoute** avec les habitants et les commerçants qui font partie des alentours de STEP.

En effet, nous sommes conscients que la présence d'un lieu tel que STEP peut entraîner des nuisances (présence d'UD dans les immeubles, seringues usagées dans les escaliers, bruit, etc.) et qu'il nous faut, en permanence, rester vigilants quant au respect des lieux et des personnes.

Il ne s'agit pas pour nous d'avoir un rôle répressif par rapport aux usagers qui commettraient des "interdits" mais **plutôt d'être dans une logique d'apaisement des conflits, d'explication, de négociation, d'écoute et de dialogue entre les UD et les habitants**.

Cette démarche participe pour nous d'un processus plus global **d'évolution des représentations et des préjugés à l'égard des UD et des actions de Réduction des Risques**, qui mettent en jeu une nouvelle compréhension des problèmes liés à l'usage de drogues. C'est ce que nous pouvons appeler "**la pédagogie de la Réduction des Risques**".

Concrètement, cette démarche prend des formes très différentes:

- Chaque soir, **pendant les heures d'ouverture de STEP**, les accueillants veillent à ce que les UD ne restent pas devant le local et n'aillent pas dans les immeubles environnants.
- Une personne de l'équipe a intégré cette année **le groupe "1ère ligne"**, chargé d'aller à la rencontre des UD dans la rue et prendre contact avec les habitants et commerçants du quartier. Ainsi, le travail de rue s'est articulé de façon plus systématique avec l'environnement direct de STEP.
- Nous avons également organisé **une réunion avec les habitants d'immeubles environnants**, suite à plusieurs plaintes recueillies à l'accueil de STEP. Même si les problèmes rencontrés par ces riverains n'étaient pas tous liés à l'existence du programme (présence d'appartements thérapeutiques, problèmes de voisinage, systèmes de fermeture des portes défaillants, etc.), nous avons pris en compte l'ensemble des difficultés posées et avons proposé, d'une part, de passer plus régulièrement dans les immeubles pour rencontrer leurs habitants et réguler la présence éventuelle d'UD, d'autre part, de participer financièrement à la réparation des systèmes de fermeture des portes. Aujourd'hui, les problèmes rencontrés ont été surmontés et nous n'avons plus de plaintes à ce sujet.

Nous pensons que nos objectifs de **santé publique** ne sont pas contradictoires avec les intérêts des habitants. Pour preuve, notre local est très souvent utilisé par des gens du quartier qui viennent souvent s'informer sur le Sida ou les hépatites, chercher des adresses ou des préservatifs ou encore tout simplement discuter autour d'un café.

Nous constatons également, après 2 ans de fonctionnement, que les habitants ont désormais intégré le local dans leur environnement et que les craintes du départ ont largement diminué.

Promouvoir une politique de Réduction des Risques locale

A travers la démarche communautaire, STEP s'efforce de développer un partenariat avec les acteurs du quartier dans le but de promouvoir une politique de Réduction des Risques locale.

En effet, que ce soit pour les habitants ou pour les professionnels du champ social et sanitaire, la Réduction des Risques apparaît comme **une alternative nouvelle dans le domaine de la toxicomanie, qui nécessite la mise en place de partenariats nouveaux.**

Dans ce cadre, **la constitution d'un groupe de concertation locale** sur le fonctionnement du programme STEP nous apparaît comme un élément fondamental pour assurer une efficacité de notre action.

En effet, ce groupe comprend **des expertises et des savoir-faire élargis** qui nous permettent d'avoir **une vision globale des problèmes liés à l'usage de drogues.**

Habitants, médecin généraliste, pharmacien, commissaire de police, représentant d'associations d'habitants, coordinateur de l'observatoire du quartier, assistante sociale de l'hôpital Lariboisière, bénévole de l'association et usager de STEP et enfin représentante d'un centre d'action sociale...tous apportent des **compétences nécessaires à l'évaluation, la validation et la construction du projet.**

Ainsi, le partenariat avec **la police** est pour nous essentiel pour assurer la tranquillité des UD aux alentours du local, éviter la présence de voitures de police et favoriser l'évolution des comportements des policiers vis-à-vis du port de seringues sales ou stériles.

De même, le contact avec une **représentante des urgences de l'hôpital Lariboisière** est l'occasion d'explicitier les difficultés des UD à accéder aux services de soins et de discuter de **nouvelles modalités d'accueil** dans ces lieux.

L'étude d'impact mise en place avec l'Observatoire de la Vie Sociale de la Goutte d'Or (Association de la Salle St Bruno) est également une démarche qui vise à objectiver les difficultés qui émergent de l'environnement du local, favorisant une régulation des problèmes avant qu'ils ne se développent.

Ainsi, à travers ce processus de **réflexion collective** sur les éléments positifs, sur les obstacles ou les difficultés rencontrés, chacun interroge **sa propre pratique, sa propre expérience**, adopte de **nouveaux comportements**, faisant évoluer alors ses propres représentations face à la drogue, aux usagers et à la **Réduction des Risques.**

Pour conclure ce chapitre, nous soulignerons que le développement d'une politique de Réduction des Risques implique nécessairement **la sensibilisation de la population à ces différents principes.** Aussi, la mise en place d'une action de Réduction des Risques nécessite une indispensable **négociation avec l'environnement** (habitants, UD, commerçants, associations, etc.) dans lequel elle s'inscrit.

Construire une professionnalité nouvelle dans le champ de la Réduction des Risques

Travailler dans le champ de la Réduction des Risques, qui plus est dans une dynamique communautaire, a supposé **la construction d'une professionnalité nouvelle**, qui n'a pas été sans heurts, ni douleurs, pour l'ensemble des membres de l'équipe.

En effet, la politique de Réduction des Risques offre des perspectives d'actions nouvelles où **l'abstinence** n'est plus la seule issue possible à la toxicomanie et où **l'abus de drogues peut être géré** à moindres risques, stabilisé, voire maîtrisé par les individus.

Bien que les membres de notre équipe aient intégré les fondements et l'intérêt d'une telle politique, nous nous sommes aperçus, dans notre pratique de terrain, combien il était difficile de se détacher complètement **d'une logique d'abstinence**, et que cette nouvelle approche remettait en cause bien **des à priori**, hérités notamment des valeurs culturelles et éthiques de notre société et mettant en scène, finalement, **l'interdit symbolique** de consommer des drogues.

Ainsi, le fait d'être en contact avec des UD très marginalisés, avec pour certains des périodes de forte consommation et de dégradation rapide de leur état de santé, suscitait chez nous l'envie de leur proposer un "break" le temps de reprendre leurs forces. Or, nous nous sommes rendus compte que si telle était **notre envie**, ou encore notre propre frustration face à leur situation, cette attitude ne correspondait nullement à leurs besoins réels et ne faisait que **renforcer leur culpabilité**, non seulement face à nous, professionnels, mais également **celle de leur propre échec face à la drogue**.

A travers de nombreux débats internes, nous avons donc pris conscience que distribuer du matériel d'injection propre à des UD supposait **l'acceptation de l'usage de drogues** et un **positionnement clair des accueillants** face à cette question pour ne pas dévier de nos objectifs initiaux, à savoir réduire les risques liés à l'abus de drogues.

Ainsi, nous avons appris à **dédramatiser la consommation de produits** auprès des UD; ceci afin de pouvoir parler avec eux, sans tabou, sans non-dit, sans honte, des produits qu'ils utilisent, des conduites à risques qu'ils ont pu avoir, etc.

Une autre difficulté rencontrée dans la construction de notre professionnalité, en lien avec la question de l'abstinence, a été **la problématique du travail dans l'urgence** et du **non suivi** des personnes accueillies à STEP.

En effet, lorsqu'on est en contact avec une population très marginalisée, avec laquelle il a fallu construire, petit à petit, une relation de proximité et de confiance, il peut paraître **très frustrant de se limiter à l'offre de matériel d'injection** quand une grande partie d'entre elle est dans la rue, sans ressources, exclue des dispositifs existants, etc.

On se sent **impuissant** en tant que professionnel, de ne pas pouvoir agir sur la situation de la personne, et, pour combler ce sentiment, on a alors tendance à tomber dans la surenchère affective, sans se rendre compte que cela déprofessionnalise la relation avec elle.

Ce phénomène se renforce doublement quand au delà des frustrations de chacun, deux membres de l'équipe travaillent chacun un mi-temps à STEP et un mi-temps à l'accueil d'EGO, et que des personnes suivies par ces accueillants à EGO viennent poursuivre leurs démarches à STEP.

A force d'échanges et de débats internes, nous avons vite pris conscience de **l'amalgame des logiques** dans lesquelles nous étions entre, d'un côté, **répondre aux besoins d'urgence** des UD et, de l'autre, réaliser **un suivi à court ou moyen terme** avec eux.

Si ces deux logiques sont complémentaires, nous avons pleinement réalisé combien elles relèvent de **symboliques différentes** entre le moment où la personne se situe dans **l'urgence de sa consommation** de produits (à STEP), et celui où elle **se pose** pour se prendre en charge (à EGO).

C'est pourquoi nous avons décidé que, de la même façon que le programme STEP a pris forme dans un espace physique différent de celui d'EGO, **les équipes** des deux lieux d'accueil devaient être **distinctes et complémentaires**.

Cette restructuration a été **un moment très douloureux** car il s'est traduit par le départ de deux collègues vers l'accueil d'EGO et l'arrivée d'une nouvelle personne dans l'équipe.

Pendant, la crise interne ne s'est pas pour autant estompée. Les nouvelles mesures concernant l'augmentation du nombre de seringues distribuées et la conséquente diminution du taux de restitution de seringues usagées ont fini par amener un membre de l'équipe à poser sa démission.

A l'issue de toutes ces épreuves, notre démarche de travail a pris un tournant décisif, avec une **plus grande prise en compte des besoins d'urgence des UD**

Nous avons pleine conscience désormais de l'importance de **travailler dans l'urgence**, et ce d'autant plus lorsque le public auquel on s'adresse est dans une situation de grande précarité.

En effet, plus la marginalisation augmente et plus nous devons apporter des réponses dans l'urgence qui aident "simplement" les gens à survivre jusqu'au lendemain, mais surtout à rester en vie, à ne pas attraper le Sida, à éviter la contamination par les hépatites, à réduire le nombre d'abcès, à prévenir les OD, etc.

Et tout ça, pour nous, **ne constitue pas des enjeux négligeables**.

De nouveaux défis

pour STEP ?

Les défis de la Réduction des Risques...

La vulnérabilité des femmes

Les femmes ont toujours vécu dans des conditions de **vulnérabilité sociale et sanitaire supérieure à celle des hommes**, apparaissant ainsi comme un "groupe à risques multiples" face à la contamination par le Sida et les Hépatites.

Globalement, les femmes qui ont fréquenté STEP, restent **majoritairement d'origine française** (39%), même si une forte proportion d'entre elles sont originaires des pays du Maghreb (23%).

Les jeunes de moins de 25 ans sont très minoritaires (10%), ce qui atteste d'un certain "vieillessement" de cette population dont **la majorité a plus de 30 ans**.

C'est pourquoi, même si elles sont pour la plupart célibataires, elles ont souvent **des enfant à charge** (36%) qu'elles assument seules ou en ayant recours à des tiers (famille, concubin, voire placements, ...).

La situation sociale des femmes est beaucoup plus précaire que celle des hommes. Ainsi, 86% d'entre elles n'ont pas d'emploi et la moitié survit, soit grâce au RMI, soit aux allocations chômage. Mais, phénomène inquiétant, **31% d'entre elles n'ont aucune ressource**.

Si les femmes disposent de moindres ressources que celles des hommes, elles réussissent toutefois à mieux s'organiser pour ne pas se retrouver dans la rue, l'hôtel constituant pour elles leur principal moyen d'hébergement.

Partagées entre leurs obligations de mères, leur besoin de produits et la nécessité d'assurer leur survie quotidienne, les femmes ont très souvent recours à **la prostitution** et à la "débrouille".

Cette situation se traduit par une **démultiplication des risques** liés aux **maladies sexuellement transmissibles**, à la **violence physique** ou psychologique, au racket, etc.

L'évolution des modes de consommation des femmes a largement renforcé leur situation de précarité. En effet, de l'héroïne, elles sont **massivement passées à un usage de cocaïne**, principalement sous forme de crack par voie injectable; et ce, beaucoup plus que les hommes.

Profil et vulnérabilité des femmes en 1997

Données recueillies auprès de 70 femmes
ayant fréquenté l'accueil de STEP

IDENTIFICATION DES FEMMES									
Situation Familiale		Age		Nationalité		Origines Culturelles		Provenance	
Célibataire	50%	- 20 ans	0%	France	83%	France	39%	Goutte d'Or	12%
Célibataire avec		20 à 24 ans	10%	Maghreb	6%	Maghreb	23%	Autre 18ème	16%
enfant(s)	29%	25 à 29 ans	37%	Afrique Noire	0%	Afrique Noire	6%	Autre Paris	21%
En couple	14%	30 à 34 ans	39%	Europe	11%	Europe	21%	Banlieue	34%
En couple avec		35 à 39 ans	11%	Autres	0%	DOM-TOM	8%	Province	7%
des enfant(s)	7%	40 ans et +	3%			Autres	3%	SDF	10%
								Autres	0%

SITUATION SOCIALE DES FEMMES									
Hébergement		C. Soc *	Ressources						
		OUI	Travail		Sans travail				
		NON	OUI	Assedic	RMI	Cotorep	CAF	Autre	Aucune
Logt. perso.	21%	71%	14%	10%	33%	7%	4%	1%	31%
Parents	26%								
Ami	11%								
Hôtel	34%	29%							
Foyer	0%								
Squat	0%								
Aucun	8%								

PRODUITS CONSOMMÉS								
Héroïne	Cocaïne	Crack	Médicaments		Métha. (rue)	Subut. (rue)	Skénan (rue)	LSD Ecstasy
OUI	OUI	OUI	hypnotiques	excitants	OUI	OUI	OUI	OUI
58%	40%	60%	OUI	OUI	2%	7%	6%	0%
			22%	4%				

SITUATION SANITAIRE									
Dépistage			Sérologies			Contact Médecin		Traitement de substitution	
VIH	VHB	VHC	VIH	VHB	VHC	- 3 mois	69%	OUI	NON
OUI	OUI	OUI	Positif	Positif	Positif	Méta. 17%			
						+ 6 mois 15%		Subutex 24%	48%
95%	77%	81%	19%	19%	40%	1 an et + 16%		Skénan 11%	

De même, la consommation de médicaments hypnotiques a largement progressé dans leurs pratiques. On peut faire l'hypothèse qu'une grande partie d'entre elles associent le crack à ce type de médicaments pour amortir la "descente" de cocaïne.

La conséquence de ce changement est que **les femmes prennent beaucoup plus de risques** face au VIH et aux hépatites que les hommes.

Ainsi, ce sont elles qui **partagent le plus leurs seringues** (19%), elles qui utilisent le **préservatif moins systématiquement**, notamment avec des partenaires occasionnels, elles qui sont le plus exposées à **la violence de la rue** (agressions, arnaques, etc.).

C'est pourquoi, en ce qui concerne leur situation sérologique, elles sont proportionnellement plus nombreuses à être touchées par le VIH et les hépatites que les hommes.

Ainsi, **19%** d'entre elles sont séropositives au **VIH**, **19%** à **l'hépatite B** et **40%** à **l'hépatite C**.

Face à cette situation d'urgence, il importe donc de réfléchir à de nouvelles **stratégies plus ciblées sur les besoins des femmes**, qui jusqu'à présent n'ont pas suffisamment été pris en compte dans les actions de prévention.

Les jeunes : autre groupe à risques ?

La situation des jeunes de moins de 25 ans, pour peu qu'on s'y attarde, s'avère elle aussi inquiétante par rapport aux risques liés à l'usage de drogues, au Sida et aux hépatites.

En effet, on est tout de suite frappé par le fait que les 3/4 de ces jeunes **sont déconnectés** à la fois de leur cellule familiale, mais également des services sociaux et des associations d'aide aux UD.

D'abord, 90% d'entre eux sont sans emploi, c'est dire **s'ils sont exclus du marché du travail**.

Par conséquent, **73%** se **retrouvent sans ressources financières** car leur jeune âge ne leur permet généralement pas d'accéder, ni au RMI, ni à d'autres types d'aide sociale. Faute de contacts réguliers avec les services sociaux, 1/3 d'entre eux n'ont pas de couverture sociale.

Enfin, si 25% d'entre eux logent chez leurs parents, la majorité **se trouve en situation d'hébergement précaire (57%)**, dormant, soit à l'hôtel, soit chez des amis mais aussi pour beaucoup dans des squats, ou dans la rue.

Cette situation les obligent de fait à prendre en charge leur survie quotidienne **par eux-mêmes** en ayant recours à la petite délinquance, mais également à **la prostitution, qu'elle soit féminine ou masculine**.

Les jeunes sont souvent beaucoup plus **vulnérables socialement** et prennent plus de risques pour subvenir à leurs besoins car ils ne connaissent pas complètement les règles de la rue et sont plus facilement influençables et manipulés par les plus anciens.

Profil des jeunes ayant fréquenté STEP en 1997

Données recueillies auprès de 54 jeunes de moins de 25 ans
à partir de notre questionnaire de "premier contact"

IDENTIFICATION DES JEUNES									
Sexe		Nationalité		Provenance géographique					
H	F			Goutte d'Or	Autres		Banlieue	Province	SDF
75%	25%	Française	81%		18è	Paris			
		CEE	10%						
		Hors CEE	9%	10%	10%	13%	50%	11%	6%

SITUATION SOCIALE DES JEUNES															
Tra- vail	Autres ressources					Hébergement								Protect° Sociale	
	OUI	Alloc chôm	RMI	COTO- -REP	CAF	Sans ress.	logt perso	Parent	Ami	hôtel	foyer	squat	Sans	OUI	NON
11%	10%	9%	4%	4%	73%	16%	26%	7%	25%	2%	13%	11%	61%	39%	

SITUATION PAR RAPPORT AUX PRODUITS											
Age de 1ère injection		Produits consommés									
		Héro	Coc.	crack	Médicaments		Méth	Subu	Skénan Moscontin	LSD Ecsta	
13 à 15 ans	17%				hypnotiques	excitants					
16 à 20 ans	68%	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
21 à 25 ans	15%	63%	35%	37%	26%	15%	2%	17%	2%	2%	

CONDUITES A RISQUES DES JEUNES			
Partage de seringues		Utilisation du préservatif	
Empruntent	Prêtent	OUI	NON
12%	19%	53%	47%

SITUATION SANITAIRE DES JEUNES								
Dépistage	Sérologie	dernière visite médicale	SUBSTITUTION				Contact avec d'autres structures spécialisées	
			Méth	Subu	Skénan Moscontin	Non		
VIH 83%	VIH 6%	- 1 an 57%					OUI	40%
VHB 68%	VHB 10%	+ 1 an 32%	5%	26%	5%	64%		
VHC 72%	VHC 36%	2 an et plus 11%					NON	60%

On remarque également une **plus grande fragilité psychologique** chez cette jeune population due à la fois à la rupture avec leur environnement familial et à la difficulté d'assumer leurs conditions de vie quotidienne.

Sur le plan sanitaire, la situation des jeunes apparaît également plus que préoccupante.

S'ils ont moins de 25 ans, ce groupe n'en présente pas moins un long parcours de toxicomanie par voie intra-veineuse puisque la moitié a débuté sa consommation entre 13 et 17 ans.

Là encore, les modes de consommation de cette population ont évolué de l'héroïne vers **la cocaïne et le crack**. Toutefois, la forte représentation de **la consommation de médicaments hypnotiques et excitants (41%)** est un phénomène inquiétant parmi ce public, attestant d'une **tendance à la polytoxicomanie médicamenteuse**.

Si l'on observe les pratiques de partage du matériel d'injection, **il apparaît que 12% d'entre eux ont emprunté leurs seringues et 19% ont prêté leurs seringues sales.**

Il semble donc que les **jeunes soient moins touchés par les messages de prévention** et, de ce fait, méconnaissent les risques liés à leur consommation de produits: règles du shoot propre, modes de contamination du Sida, des hépatites, utilisation du préservatif, etc.

Ainsi, ils sont nombreux à **n'avoir jamais effectué de tests de dépistage du VIH (17%), du VHB (32%) et du VHC (28%).**

Pourtant, s'ils sont peu touchés par le Sida (6%), **10% sont séropositifs à l'hépatite B et 36% à l'hépatite C.**

Il importe donc de renforcer nos messages de prévention auprès des jeunes UD qui fréquentent notre programme, mais également de recréer du lien entre cette population et les structures d'aide existantes.

Les problèmes liés à l'abus de crack

Le développement de l'usage du crack parmi notre public est un phénomène inquiétant qui vient bousculer l'efficacité de nos stratégies de prévention.

Si sa consommation concerne **l'ensemble de notre public**, même les personnes les plus insérées, son usage abusif parmi les plus précarisés d'entre eux entraîne **des modes de vie de plus en plus marginaux et une augmentation des conduites à risques.**

Sous l'effet stimulant de la cocaïne, les UD "galèrent" plusieurs jours durant **sans dormir**, ne ressentent pas le besoin de **se nourrir**, négligent **leur hygiène** et passent leur temps à rechercher le produit et l'argent nécessaire.

En effet, la consommation de crack revient **beaucoup plus chère** que celle de l'héroïne, car la durée d'un "kif" étant très brève (environ 5 minutes), il faut multiplier le nombre d'injections pour obtenir une sensation qui dure.

La délinquance qui en découle contribue là encore à augmenter la vulnérabilité sociale des "crackers": prison, arnaques, racket, ... Leur milieu est beaucoup **plus violent** que celui des héroïnomanes, car l'effet de la cocaïne contribue à renforcer la "paranoïa" de chacun.

Au niveau sanitaire, la situation des "crackers" est elle aussi **alarmante**. D'abord, **l'augmentation du nombre d'injections** par jour démultiplie les risques liés à cette pratique. Or, il n'est pas rare que certains gros consommateurs fassent jusqu'à **40 shoots par jour**.

Par ailleurs, dans l'urgence de leur consommation, les crackers sont **beaucoup moins réceptifs aux messages de prévention**, d'une part, parce qu'ils éprouvent un sentiment de "toute puissance" lié aux effets du crack, d'autre part, parce qu'ils se situent dans un espace temps plus court et "dans l'urgence" qui fait obstacle à une logique de prévention sur le long terme.

Ainsi, il n'est pas rare que des crackers nous racontent qu'ils ont emprunté leurs seringues ou partagé leur doseur; ce qui nous amène à constater que les pratiques de partage du matériel sont très courantes parmi cette population.

D'ailleurs, si l'on observe la situation sérologique de ces UD, on s'aperçoit que 21% sont séropositifs au VIH, 20% au VHB et 43% au VHC.

Les "crackers" représentent donc, parmi l'ensemble de notre public, la catégorie d'UD la plus touchée par le Sida et les hépatites.

Le problème du crack réside dans la **dégradation accélérée** de l'état de santé général de ses adeptes.

En effet, étant donné la précarité de leurs conditions de vie (malnutrition, absence de sommeil, manque d'hygiène corporelle, injection dans des lieux insalubres, etc.), nous constatons **une augmentation des pathologies liées à l'usage de drogues** (abcès, endocardites, empoisonnements, OD, etc.) mais également **des problèmes somatiques qui en découlent** (problèmes cardiaques, pulmonaires, hémorragies cérébrales, etc.).

Or, face à cette situation, il s'avère **très difficile d'orienter** cette population vers les structures de soins, soit parce que celle-ci est très réticente à aller se faire soigner et attend le dernier moment pour se décider, soit parce que les structures ne sont pas suffisamment adaptées à ce type de public, notamment dans les services hospitaliers où les conditions d'accueil restent encore trop lourdes.

Le crack nous oblige donc à un **changement de rythme** car nous devons, non seulement, **nous adapter à "l'urgence" des crackers** pour mettre en place des actions qui répondent à leurs besoins spécifiques, mais également, **accélérer l'accès** de cette population vers le dispositif de soins.

La recrudescence des hépatites

Longtemps considérées comme secondaires dans la réduction des risques face à une épidémie de Sida galopante, les hépatites apparaissent aujourd'hui comme une priorité essentielle dans les stratégies de prévention à développer.

En effet, cette année, nous observons que **51% de notre public a contracté une hépatite B ou C**; ce qui représente une augmentation de 20% par rapport à 1996.

Globalement, **toutes les catégories sociales d'UD** sont touchées par les hépatites. Ainsi, parmi les personnes les plus insérées, 40% ont une hépatite C et 16% une hépatite B; de même, chez les UD les plus marginalisés, 43% ont une hépatite C et 20% une hépatite B.

Toutefois, les différences observées montrent que la **précarité sociale constitue toujours un facteur de vulnérabilité** face à la contamination par les hépatites.

Il est vrai, nous l'avons vu précédemment, que les conditions d'extrême marginalité sociale favorisent l'émergence de conduites à risques, notamment le partage de seringues et la faible utilisation des préservatifs.

Ainsi, 60% des personnes qui affirment avoir emprunté leurs seringues au cours des 3 derniers mois ont une hépatite C; par contre, seulement 5% d'entre elles ont une hépatite B!

Le partage de seringues apparaît donc bien comme un facteur important dans les modes de contamination par les hépatites et tout particulièrement par le VHC.

Cependant, étant donné qu'une faible partie parmi l'ensemble de notre public déclare partager ses seringues, il semble que d'autres facteurs jouent sur cette situation.

Aujourd'hui, de plus en plus, le partage de l'ensemble du matériel servant à la préparation de l'injection (cuillère, filtre, seringue, etc..) est mis en avant par de nombreuses études comme un facteur essentiel dans cette épidémie. En effet, les filtres et les cuillères plus particulièrement apparaissent comme des vecteurs du virus de l'hépatite, à partir du moment où ils sont utilisés en commun ou empruntés à d'autres personnes.

Or, si les UD ont adapté leurs comportements vers une réduction des pratiques de partage de seringues, il s'avère sur le terrain que beaucoup continuent de partager leur matériel d'injection, notamment parmi **les personnes qui vivent en couple et celles qui font leur shoot à plusieurs** dans la même cuillère.

On peut également noter que, parmi **les consommateurs de crack**, nombreux sont ceux qui **partagent leur doseur** servant à fumer "la galette" avec d'autres personnes. Or, cette pratique s'avère elle aussi très risquée, car les crackers ont souvent des micro-lésions à la bouche à force de fumer, ce qui constitue une porte ouverte à la contamination par différents virus dont les hépatites.

Il semble que nous ayons là des pistes à explorer en matière de prévention et qu'il est urgent de pouvoir les mettre en place.

En effet, **les UD se sentent de plus en plus concernés** par les questions liées aux hépatites et l'évolution de leurs comportements le prouve: ils sont de plus en plus nombreux à se faire dépister, vacciner contre l'hépatite B, suivre médicalement, etc.

Nous devons donc renforcer nos messages de prévention autour des modes de contamination des hépatites mais également insister de façon beaucoup plus systématique sur **l'ensemble des pratiques de partage du matériel.**

Les risques liés à la polytoxicomanie médicamenteuse

Le développement des pratiques de polytoxicomanie médicamenteuse (benzodiazépines, barbituriques, antidépresseurs, amphétamines, etc.) parmi l'ensemble de notre public apparaît là encore comme **un nouveau défi** à nos stratégies de prévention.

Elles concernent aujourd'hui **24% de notre population**, auxquels on peut également rajouter les personnes qui utilisent de façon sauvage des produits de substitution, en les associant avec des médicaments.

Comparativement à l'année dernière, le nombre d'adeptes de ce type de consommation **a plus que triplé**.

L'usage de ce type de produits, s'il est parfaitement légal, nous apparaît comme **un des plus problématiques** et un des plus difficiles à gérer en matière de réduction des risques.

En effet, la consommation abusive de médicaments associés entre eux peut entraîner **des pertes de mémoire, des effets d'amnésie, une déconnection totale avec la réalité** qui rend la communication très difficile et fait obstacle à **la transmission de messages** de prévention.

Sous l'effet de ce type de produits, les personnes sont beaucoup moins conscientes de leurs actes et **peuvent faire n'importe quoi** ; ce qui peut aller de la petite délinquance jusqu'à mettre en danger sa propre vie.

Il est clair que sous l'influence de tels médicaments, les personnes ne sont plus capables de gérer les risques liés à leur toxicomanie et **démultiplient les comportements dangereux**.

Par ailleurs, les modes de consommation de cette polytoxicomanie nous paraissent là encore particulièrement inquiétants.

En effet, ces produits sont généralement consommés sous forme de "**cocktails explosifs**" associant différents types de médicaments entre eux, lesquels sont à leur tour potentialisés avec de **l'alcool**.

Ces types de mélanges s'avèrent très dangereux et peuvent provoquer tout un **ensemble de graves complications médicales**: risque d'overdoses, problèmes cardiaques, empoisonnements, dépressions respiratoires, etc.

En outre, les UD font des injections avec certains types de médicaments (amphétamines, benzodiazépines..) non destinés normalement à ce type de pratique, et utilisent souvent **du matériel à haut risque** pour réaliser leurs préparations: seringues 10 cc pour faire les mélanges, injection avec des seringues 2,5 cc, voire 5 cc, préparation à plusieurs et partage du matériel...

Enfin, tous les risques liés à l'injection de produits non injectables sont également présents: abcès, embolies, phlébites, sclérose des veines, etc.

Nous devons donc rester vigilants quant au développement de cette polytoxicomanie médicamenteuse et **préciser notre connaissance des produits utilisés et des associations réalisées** par cette population pour affiner nos messages de prévention et construire des outils d'information adaptés au plus près des consommations des UD.

STEP: Quelles pistes pour une meilleure prévention des risques?

Ritualiser le premier contact avec les UD

Etant donné le nombre important d'UD qui ne sont venus qu'une seule fois au local et qui, de ce fait, n'ont pu être sensibilisés aux messages de prévention que de façon sommaire, il paraîtrait pertinent de plus **ritualiser le moment de premier contact avec les nouveaux venus**; ceci afin de le "rentabiliser" le mieux possible en terme de prévention .

Nous savons pertinemment que, pour l'efficacité de la prévention, le temps est une variable très importante et qu'il faut pour cela travailler dans la durée.

Cependant, il nous semble opportun d'"officialiser", dans la mesure du possible, **la passation du questionnaire de "premier contact"** pour l'ensemble des personnes qui se présentent à STEP pour la première fois

En effet, nous pourrions profiter de cette première rencontre avec la personne pour essayer de **créer une relation**, faire le point sur **sa situation sociale et sanitaire**, pointer ses **pratiques à risques**, donner les **informations nécessaires** ou faire éventuellement des **orientations**.

Ainsi, dès le premier contact, nous pourrions mieux **cibler nos messages de prévention au plus près de la situation de la personne** et renforcer, par là même, l'efficacité de notre action.

Enfin, par rapport à **certaines catégories d'UD plus vulnérables** (femmes, jeunes, crackers...), et avec lesquelles la relation est parfois plus longue à s'installer, cette démarche nous permettrait d'accélérer la mise en oeuvre d'actions de prévention.

Mettre en place de nouveaux outils de prévention

La recrudescence de la contamination par les hépatites, et tout particulièrement par le VHC, nous oblige à développer rapidement de **nouveaux outils de prévention** qui soient adaptés aux modes de consommation de notre public.

Dans ce cadre, il nous semble pertinent de réfléchir à la mise à disposition de **filtres** et de **cuillères stériles**.

En effet, nous l'avons vu précédemment, le partage du matériel, et tout particulièrement des filtres et des cuillères, apparaît comme un facteur important dans les modes de transmission des

hépatites. Or, si les UD ont intégré le fait que les seringues doivent être à usage personnel, tel est rarement le cas pour le **reste du matériel servant à la préparation de l'injection**.

Si nous voulons développer un discours cohérent autour de ces pratiques à risques, il est donc indispensable de mettre également à disposition des UD le **matériel nécessaire à une évolution de leurs comportements**.

Par ailleurs, la mise à disposition des filtres et des cuillères stériles permettrait de discuter avec les UD de toutes les pratiques de partage liées à l'injection et tendrait à **promouvoir l'ensemble des règles du shoot propre**.

Une autre piste de réflexion à explorer concerne la **prévention des risques liés à l'utilisation répétée de citrons souillés**.

En effet, notre expérience nous amène à constater que les UD se **prêtent** souvent leurs citrons ou, à défaut de pouvoir en emprunter, utilisent des **vieux bouts de citrons** ramassés çà et là, qu'ils manipulent le plus souvent **avec leurs mains sales**.

Cette pratique peut provoquer de **graves problèmes de santé**, le plus souvent des abcès, des veinites, voire des septicémies.

Si nous faisons passer le **message "1 citron = 1 shoot"**, nous réalisons combien, dans les faits, cette recommandation est **inadaptée par rapport aux modes de vie des UD** et la situation d'urgence dans laquelle beaucoup se trouvent au moment de faire leur injection.

Face à cette situation, il importe de réfléchir à l'**opportunité** de mettre à la disposition des UD un outil tel que **l'acide citrique ou l'acide ascorbique**.

Toutefois, cette mise en oeuvre devra se faire de façon **expérimentale**; ceci afin d'évaluer les avantages ou les inconvénients d'un tel produit et d'en apprécier l'efficacité.

Diversifier nos stratégies d'information

L'information des UD sur l'ensemble des risques liés à leur consommation de produits est **l'axe essentiel** du programme STEP.

Si nous dispensons des messages de prévention en discutant avec chaque UD, nous disposons en revanche de **peu d'outils d'information adaptés** aux modes de consommation de notre public, notamment parce que leurs pratiques ont très rapidement évolué.

C'est pourquoi nous devons produire de nouveaux matériels d'information qui répondent aux **besoins des UD** et qui prennent en compte **leurs codes socio-culturels**.

A partir de l'ensemble de nos observations, nous proposons la construction de **plaquettes d'information** autour des thèmes suivants:

- Le crack et les risques associés:

Etant donné l'augmentation de la consommation de crack parmi notre population, nous pensons qu'il est pertinent d'élaborer une information adaptée sur les risques liés à sa consommation, qu'il soit fumé ou injecté.

- **Les abcès: Pourquoi ? Comment ?**

Nous constatons une recrudescence des abcès, due notamment à l'augmentation des pratiques d'injection des médicaments (subutex, skénan, gardéнал, etc.). Or, mal soignés, ils peuvent évoluer rapidement vers de graves complications.

- **Les risques liés à l'utilisation du citron, du vinaigre et de l'acide citrique**

L'utilisation répétée du citron ou du vinaigre, nous l'avons vu, engendre de nombreux risques qu'il faut mettre en évidence.

- **La polytoxicomanie médicamenteuse**

La polytoxicomanie concerne un plus grand nombre d'UD; c'est pourquoi il faut informer sur les risques liés aux produits, aux associations de médicaments, ainsi qu'aux modes de préparation.

- **Les Overdoses: Quoi faire ?**

Régulièrement, il arrive que des UD accompagnent jusqu'à STEP des personnes qui sont en train de faire un malaise ou un début d'OD. C'est pourquoi il nous paraît important d'informer sur les gestes à avoir dans ce genre de situation, afin d'éviter les mauvaises conduites.

Outre l'amélioration de notre palette d'outils, nous devons également diversifier notre façon d'informer et développer des stratégies collectives pour sensibiliser les UD aux messages de prévention.

Ainsi, il serait pertinent de mettre en place:

- **une semaine de prévention ciblée sur la prévention du VIH** dans le cadre de la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida

A cette occasion, nous pourrions, avec la participation des UD, faire une décoration spéciale du local, diffuser massivement toutes les plaquettes de prévention qui existent dans ce domaine, inviter un représentant d'un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, faire des groupes de paroles, etc.

- **une semaine de prévention ciblée sur la prévention des hépatites** à l'occasion de la Journée Mondiale de Lutte contre la Toxicomanie, élaborée sur le même modèle que celle autour du VIH.

- **des réunions d'information** sur la Réduction des Risques

Ponctuellement, on peut envisager d'organiser des réunions avec les UD autour de thèmes portant sur la réduction des risques, et pourquoi pas, inviter un partenaire "expert" sur la question abordée.

Exemples de thèmes: l'injection du Subutex
le shoot propre
la tuberculose

Renforcer le rôle d'agent de prévention des UD

La participation des usagers de drogues en tant qu'**expert et agent de prévention** est une démarche, qui non seulement nous permet **d'adapter nos actions** de prévention, mais également, qui favorise une évolution des comportements des UD vers une plus grande **responsabilisation dans leurs pratiques**.

C'est pourquoi il nous semble fondamental de **poursuivre la dynamique engagée** au cours de cette année, afin de renforcer le rôle des UD au sein du fonctionnement du programme STEP.

Ainsi, il paraît pertinent de:

- poursuivre l'organisation de **réunions avec les UD**, tous les premiers vendredi du mois entre 20h00 et 21h00, pour discuter **des nouvelles du programme STEP**
- réaliser au moins **une réunion spéciale avec des femmes**, pour discuter avec elles de **leurs besoins** et mieux comprendre ce **qu'elles attendent** des structures
- reconduire l'**action de ramassage de seringues**, avec de nouvelles personnes intéressées et motivées par rapport à cette question

Développer de nouveaux partenariats

Face à l'augmentation de la marginalisation sociale de notre public, il paraît pertinent de mieux pouvoir répondre aux demandes d'aides d'urgence face aux besoins exprimés par une grande partie de notre public.

C'est pourquoi, il serait opportun d'**améliorer notre connaissance des dispositifs existants en matière d'aide à la survie**: douches, lieu où l'on peut manger gratuitement ou à bas prix, où l'on peut dormir, se soigner gratuitement, etc. Cette recherche de partenariat pourrait aboutir à l'élaboration d'**un petit guide "d'aide à la survie quotidienne"** que nous pourrions consulter, voire même distribuer sur demande.

Une autre piste à explorer concerne le renforcement de **notre partenariat avec les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit**. En effet, avec le développement des nouvelles thérapies en matière de VIH, le dépistage devient plus que jamais un acte de prévention et permet un tremplin vers les dispositifs de soins. Par ailleurs, de plus en plus de CIDAG font les tests de dépistage des virus des hépatites et orientent, si besoin est, vers un accompagnement médical. Il nous faut donc améliorer nos connaissances sur l'ensemble des modalités de fonctionnement de ces structures.

Enfin, étant donné la difficulté d'une grande partie de notre public à accéder aux services hospitaliers, il semble pertinent de renforcer notre partenariat avec **le service des urgences de l'hôpital Lariboisière**, situé en face de notre local, à travers des contacts réguliers avec l'équipe des ECIMUD, mais également celles qui travaillent de nuit, au moment où STEP est ouvert.

Collaborer au travail de "1ère ligne"

Aller au devant des UD dans la rue et rencontrer les habitants de la Goutte d'Or dans un souci de faire de la **médiation sociale** au sein du quartier, telle est la démarche du groupe 1ère ligne de l'association EGO.

C'est pourquoi cette action nous paraît tout à fait **complémentaire** avec le fonctionnement du programme STEP.

En effet, nous constatons qu'un grand nombre d'UD, très marginalisés, **ne viennent ni à EGO, ni même à STEP**, alors qu'ils se trouvent dans des situations de grande vulnérabilité sanitaire et sociale.

Aussi, collaborer au travail de "1ère ligne" nous permettrait de prendre contact avec cette population et **recréer du lien** entre celle-ci et les structures spécialisées.

Par ailleurs, il s'agirait également de renforcer notre démarche de proximité avec les acteurs constituant le voisinage de STEP (habitants, commerçants, etc.), pour favoriser par là même, une conciliation entre leurs intérêts particuliers et nos objectifs de santé publique.

En guise de Conclusion :

Pour STEP, l'année 1997 a été marquée par:

- **La forte augmentation de sa fréquentation par les UD**, avec une file active multipliée par 3 par rapport à 1996, comptabilisant **1669 personnes différentes** pour **12 691 passages** sur les 12 mois d'activité.
- **La marginalisation croissante de son public**, dont la majorité se trouve **sans emploi, sans hébergement stable, sans ressources** ou avec pour seul revenu le RMI. Cette situation se traduit par des modes de vie de plus en plus **cahotiques** et **dans l'urgence** qui favorisent à terme le développement de **comportements à risques** et **une rupture** du lien entre ces populations et les dispositifs d'aide et de soins.
- **Le changement des modes de consommation des UD**, à travers l'**irruption massive de la cocaïne (68%)** notamment sous forme de crack, et le développement des **polytoxicomanies médicamenteuses (24%)**.
- **Une plus grande vulnérabilité sanitaire des personnes accueillies**, dont les situations sérologiques témoignent d'une persistance de la **contamination par le VIH** (qui est passée de 13% en 1996 16% en 1997) et d'une **recrudescence des hépatites** (de 14% en 1996 à 18% de personnes VHB+ et de 29% à 41% pour les personnes VHC+).
- **Une évolution de ses stratégies de prévention**, vers une meilleure prise en compte des **besoins d'urgence des UD** à travers, notamment, l'augmentation du nombre de seringues distribuées (30 maxi /pers), l'installation d'un lavabo, une meilleure information sur les risques liés à l'usage de drogues, la mise en place de réunions avec les UD, etc.
L'activité de STEP se décline en 3 chiffres: **100 509 seringues distribuées, 43 584 seringues récupérées, 624 orientations sociales et sanitaires.**
- **L'apparition de nouveaux défis pour STEP**, notamment en ce qui concerne la vulnérabilité des **femmes**, la désocialisation des **jeunes**, les conséquences liées à l'abus de **crack**, les risques dus au développement de la polytoxicomanie, la recrudescence des hépatites.
- **La nécessité de mettre en place de nouvelles pistes**, pour mieux prévenir les risques. Comme par exemple, démultiplier les outils de prévention, construire des nouvelles plaquettes d'information etc.

1998, elle, sera l'année d'une **meilleure systématisation de notre procédure d'évaluation** et nous espérons pouvoir mieux appréhender l'**impact** d'un programme de Réduction des Risques auprès d'une population marginalisée.