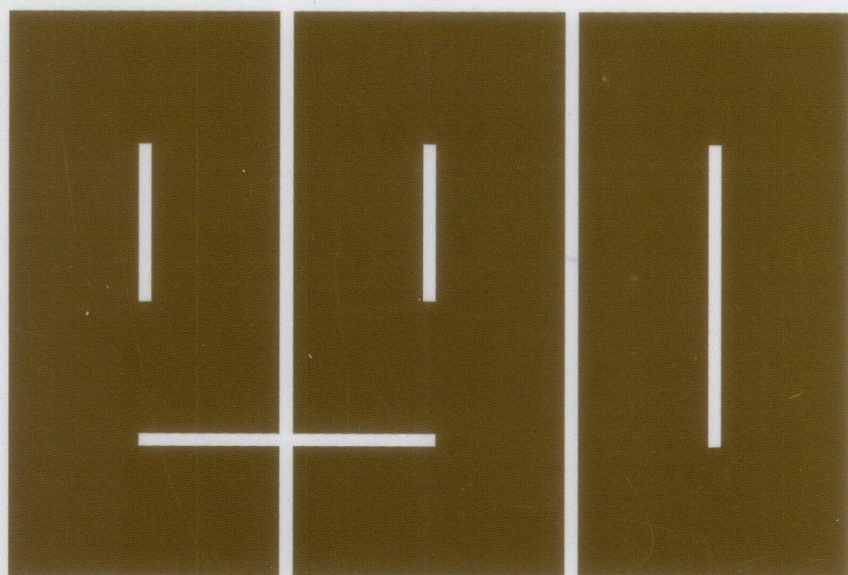
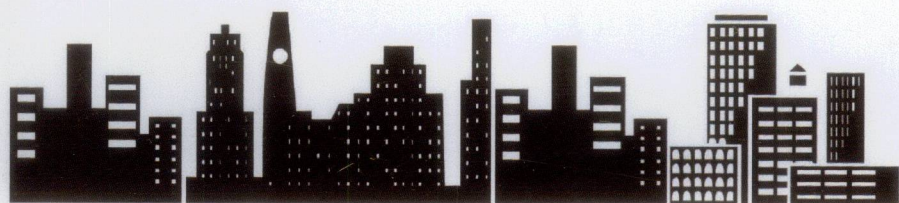


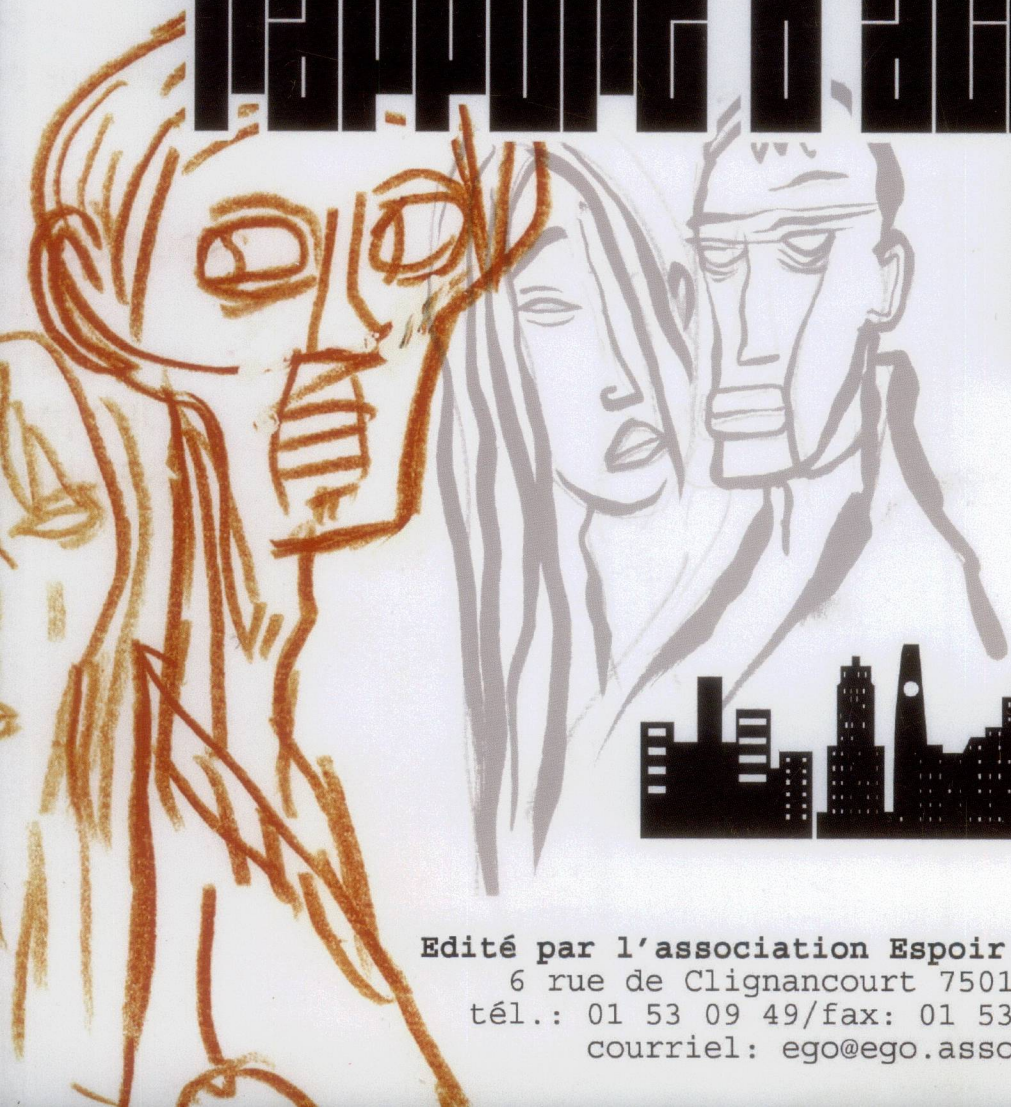
GV01.39



ESPOIR GOUTTE D'OR

RAPPORT D'ACTIVITE

2008



Edité par l'association Esprit Goutte d'Or
6 rue de Clignancourt 75018 PARIS
tél.: 01 53 09 49/fax: 01 53 09 99 43
courriel: ego@ego.asso.fr

Introduction au rapport d'activité 2008

Le territoire d'implantation de l'association EGO, le quartier de la Goutte d'Or, présente une nouvelle physionomie urbaine.

Quartier rénové par un projet de réhabilitation réussi, la Goutte d'Or inaugure en 2008 le Centre Musical Barbara, nouveau symbole d'un quartier populaire en mutation et en rupture avec le stigmate du passé : le ghetto.

Ceci a été possible grâce au développement de politiques publiques complexes, basées sur une approche à la fois globale et transversale, respectueuses des droits de chacun (y compris ceux des usagers de drogue), pour le bien de tous.

Pour en arriver là, il a fallu construire un projet complexe et capable de conjuguer le développement social, la résorption de l'habitat indigne, l'accès aux soins et aux droits, la participation citoyenne et l'action policière.

Le résultat de ce long processus est l'amélioration du cadre de vie collectif, auquel nous avons associé nos efforts, tout particulièrement par l'ouverture du Centre Spécialisé de Soins au Toxicomanes (CSST) de l'association.

L'existence de ce service au cœur de la Goutte d'Or a permis à une population jusque là exclue des soins, d'avoir rapidement accès à des traitements spécifiques de qualité, de façon gratuite et éventuellement, anonyme.

L'implantation d'une institution dans un territoire doit, de notre point de vue, être accompagnée d'un engagement citoyen dans la construction d'un avenir meilleur pour tous. C'est pour tout cela qu'en 2008, comme par le passé, notre équipe a investi les différentes instances de la démocratie locale telles que le conseil de quartier et le collectif inter associatif de la Goutte d'Or.

En ce qui concerne le territoire d'intervention, de l'association EGO, courant 2008, il a été élargi car il a fallu traverser le boulevard périphérique pour intervenir sur des situations d'urgence suscitées par l'implantation successive de squats d'usagers de drogues en Seine Saint-Denis.

Cette action a impliqué un travail multi partenarial avec différents acteurs de la RdR travaillant tant à Paris qu'en Seine Saint-Denis.

Cette initiative déjà amorcée en 2007 s'affirme très clairement en 2008, **inaugurant des formes d'interventions transversales** intéressantes et nécessaires.

Suivant cette même logique, en 2008, nous avons approfondi et formalisé notre **collaboration avec d'autres associations** travaillant dans le champ des addictions, tant dans le cadre de la RdR, que dans celui du soin. Ceci afin de décroiser les pratiques et d'améliorer la qualité des services rendus au public d'usagers de drogue, tout en veillant à la diminution des coûts d'intervention.

C'est pourquoi EGO a signé en 2008, des conventions avec, d'une part les associations Charonne, Gaïa et La Terrasse et d'autre part, avec l'association Aurore.

En 2008, des efforts considérables ont été investis dans le **perfectionnement des équipes** par différentes mesures allant de la formation diplômante individuelle aux formations collectives telles que la participation à des séminaires, conférences, colloques, etc.

L'association a également investi dans la formation des équipes à l'utilisation d'un **nouveau logiciel**, « **éO Addictions** ». Cet outil renseigne d'une façon beaucoup plus complète et rigoureuse les différents dossiers cliniques des patients et présente aussi l'avantage de rendre plus performant le système de recueil et de restitution de ces données. Et ceci, tant concernant les soins que dans le cadre de la réduction des risques, car ce logiciel permet des adaptations à chacun de ces deux champs.

Enfin, 2008 s'achève par l'aboutissement de la construction du **référentiel d'évaluation du CSST**, travail réalisé par ACADIE Coopérative Conseil avec le soutien financier de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT).

Mais surtout, ce travail a été possible grâce à l'implication de chaque membre des équipes d'EGO (CAARUD et CSST), partenaires résolument impliqués dans la construction de ce référentiel.

Sommaire du rapport d'activité de l'association Espoir Goutte d'Or

CAARUD

Rapport standardisé ASA-CAARUDpage 9

Rapport d'activité qualitatifpage 19

Partie 1. Commentaires sur les données quantitatives et méthodologie de recueil de données	page 19
Partie 2. Partenariats et travail en réseau	page 23
Partie 3. Les Missions	page 26
Partie 4. Les Ateliers	page 39
Partie 5. Les activités collectives	page 50
Partie 6. Actions favorisant l'amélioration de la qualification des professionnels de l'équipe	page 56

Autres activités développées par l'association EGO (hors financements Assurance Maladie)

**Les activités de formation, de communication
et de prévention autour des addictionspage 63**

Partie 1. Alter-EGO, Le Journal	page 63
Partie 2. Les plaquettes de prévention et de réduction des risques : des supports d'information nécessaires.....	page 65
Partie 3. Les formations participatives : un outil de sensibilisation permettant la mise en réseau des acteurs de la prévention et de la réduction des risques	page 66

CSST

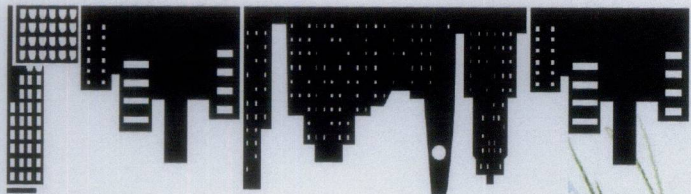
Rapport standardisé DGS 2008page 71

Partie 1. Introduction	
Partie 2. Recueil de données 2008	page 87
Partie 3. L'équipe du CSST EGO	page 87
Partie 4. Commentaires du rapport d'activités standardisé DGS 2008	page 88

Rapport d'activité qualitatifpage 93

Partie 1. Description du public et de ses besoins	page 93
Partie 2. La clinique de l'addiction au crack, les traitements de substitution, la médecine générale et l'accès aux soins	page 93
Partie 3. Le travail en réseau	page 99
Partie 4. L'hébergement : un outil indispensable pour l'accès aux soins	page 104
Partie 5. Les usagers sous main de justice	page 107
Partie 6. La prise en charge des comorbidités psychiatriques	page 108

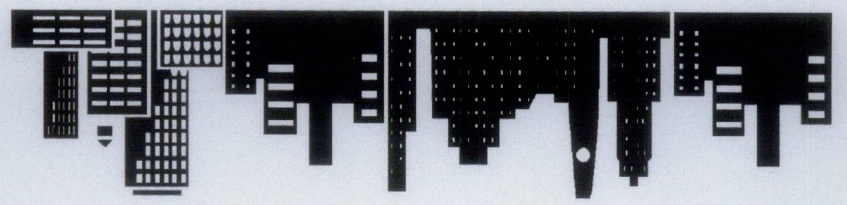
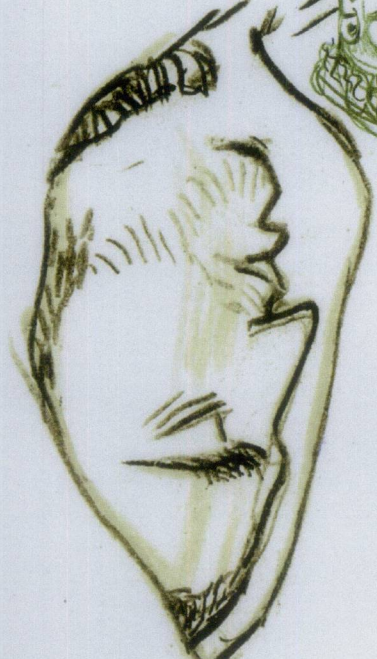
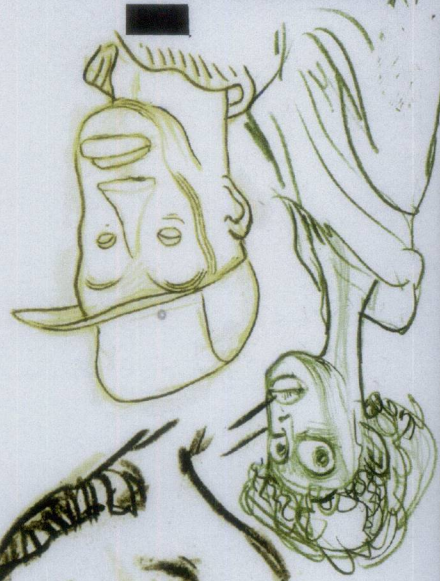
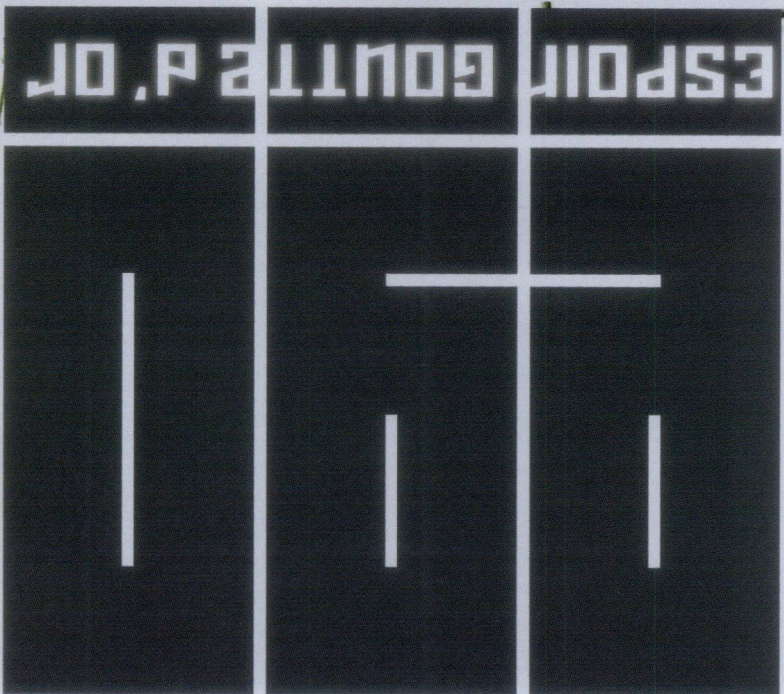
Annexe 1 : Synthèse du rapport ACADIE Coopérative Conseil



Caarud



ESPOIR GOUTTE P. DR



ASA-CAARUD

rapport d'Activités Standardisé Annuel
du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008

Décret n°1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD

Décret n°347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues

1. IDENTITÉ DE LA STRUCTURE :			
Département	Nom du CAARUD	Date d'autorisation CAARUD	Nom de l'association ou de l'établissement de santé gestionnaire du CAARUD
PARIS	Centre d'Accueil et PES-STEP	21/08/2006	Espoir Goutte d'Or (EGO)
Si le gestionnaire est une association, préciser l'objet de l'association gestionnaire (lutte contre le SIDA, accueil de prostitués, accueil des usagers de drogues, autres...):			Intervenir dans le domaine de la consommation des drogues et problèmes connexes
Adresse postale : 6, rue de Clignancourt - 75018 Paris			
N° de téléphone : 153099949		Adresse e-mail : ego@ego.asso.fr	

2. MODALITÉS D'INTERVENTION				
Lieu fixe du CAARUD (antennes et permanences s'entendant comme lieux fixes)	Activité mobile du CAARUD			
	unités mobiles (véhicule)	équipes de rue	équipes milieu festif	Intervention en prison
<input type="checkbox"/> Aucun lieu fixe	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> aucune	<input checked="" type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> 1 lieu fixe	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	Intervention en squat <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input checked="" type="checkbox"/> 2 lieux fixes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	PES en pharmacie
<input type="checkbox"/> 3 ou plus	<input type="checkbox"/> 3 au plus	<input type="checkbox"/> 3 au plus	<input type="checkbox"/> 3 au plus	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non

3. HEURES DE FONCTIONNEMENT : nombre d'heures hebdomadaires d'accueil des usagers ou de présence effective sur les lieux d'intervention (attention : ne pas indiquer svp les horaires d'ouverture mais bien le total d'heures hebdomadaires pendant lesquelles le CAARUD est ouvert)				
	Lundi au vendredi		Samedi et dimanche	
	Jour (8h - 20h)	Soirée et nuit (20h- 8 h)	Jour (8h - 20h)	Soirée et nuit (20h- 8 h)
a. accueil fixe	13	13		
b. unité mobile		2		
c. équipe de rue	4	2		
d. équipe milieu festif				
Si le CAARUD dispose de plusieurs modalités d'intervention identiques (par exemple : deux équipes de rue), les distinguer en utilisant les lignes supplémentaires ci-dessous à partir de la deuxième équipe ou unité				
e. Centre d'Accueil	25			
f.				

4. NOMBRE DE JOURS D'OUVERTURE POUR L'ACCUEIL FIXE DU CAARUD	
Du lundi au vendredi 5	Du samedi au dimanche
5. PÉRIODES DE FERMETURE TRADITIONNELLE	

6. BUDGET (en euros)Indiquer, à partir du compte administratif, le montant que représentent :

La dotation ONDAM médico-social : 954114

Les recettes : 15537

Les charges : 1003514

7. EQUIPE

<i>Personnel salarié</i>			<i>Bénévoles/volontaires</i>	
Nombre équivalent temps plein (format : ##.##, ex : 09,50)			Nombre approximatif d'heures d'investissement mensuel	
04.25		Directeur/coordonateur/chef de service		
01.00		Secrétariat et personnel administratif	40	
00.00		Personnel logistique (entretien, etc.)		
00.00		Médecins		
00.50		Infirmiers		
00.00		Psychologues		
03.50		Educateurs		
06.00		Animateur	3	
00.00		Assistants sociaux		
00.00		Accueillants		
		Personnes relais issues de la communauté des UD		
		Stagiaires	80	
00.60		Autre personnel salarié (<i>préciser</i>) : Assistants juridiques		
TOTAL	15.85		TOTAL	123

8. NOMBRE DE PASSAGES ET / OU CONTACTS ANNUELS

a. Lieu(x) fixe(s)	b. Unité(s) mobile(s) (véhicule)	c. équipe(s) de rue	d. équipe(s) milieu festif	e. en prison	f. en squat
33755	47	167			41

9. CARACTÉRISTIQUES DE LA FILE ACTIVE¹ : usagers accueillis du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année*(à défaut de nombre exacte faire une estimation)*

Total file active annuelle	Dont nouveaux usagers accueillis	dont femmes	% d'injecteurs	% sniffeurs	% d'inhalateurs, fumeurs	% gobeurs
4650	410	740	38	21	91	71
% moins de 20 ans	% des 20-24 ans		% des 25-34 ans		% des 35-45 ans	% des plus de 45 ans
1	2		26		57	14

10. PRODUITS :*(renseigner le nombre de consommateurs au sein de la file active pour chacun de ces produits :)***TOTAL pour l'ensemble de la file active du CAARUD (lieu fixe + unité mobile+équipe de rue+milieu festif+ prison)**

Héroïne	Cocaïne	Free base/crack	Buprénorphine (mésusage)	Benzodiazépine	Ecstasy
792	1184	3380	2287	1445	180
LSD	Amphétamine	Cannabis	Sulfate de morphine	Autre: lequel : alcool	Autre: lequel : tabac
197	205	2782	1207	2562	4418

File active ou population globale accueillie au cours de l'année désigne l'ensemble des usagers du CAARUD vus au moins une fois pendant l'année par n ou plusieurs membres de l'équipe quelles que soient les fréquences ou la durée de ces contacts. Contrairement aux « passages »/ contacts, l'utilisateur X même s'il fréquente la structure quotidiennement ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans une année donnée.

11. ACCUEIL COLLECTIF ET INDIVIDUEL, INFORMATION ET CONSEIL PERSONNALISÉ

Moyens mis à disposition pour assurer l'accueil

Espace d'accueil et de repos	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Espace laverie (lave-linge, sèche linge...)	1 <input type="checkbox"/> oui	2 <input checked="" type="checkbox"/> non
Mise à disposition de boissons/nourriture	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Espace sanitaire (douches...)	1 <input type="checkbox"/> oui	2 <input checked="" type="checkbox"/> non
Téléphone/Internet (accessible aux usagers)	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Casiers, consignes pour les effets personnels	1 <input type="checkbox"/> oui	2 <input checked="" type="checkbox"/> non
Autre 1 :	WC hommes femmes et handicapés		Autre 2 :		

Modalités de l'accueil

<i>Education à la santé</i>	Indiquer le nombre d'entretiens individuels où ces thèmes ont été abordés	Indiquer le nombre de sessions ou d'échanges collectifs d'informations par thème
-risques liés aux modes de consommation, aux substances et conseils relatifs à la récupération du matériel usagé (<i>risques infectieux : vih, vhc, abcès, septicémie, capital veineux, surdosage...</i>)	2820	39
Risques liés à la sexualité	1174	17
Autre : ANPAA	19	18
Autre : Injection	2307	27

12. SOUTIEN AUX USAGERS DANS L'ACCÈS AUX SOINS

<i>Aide à l'hygiène et accès aux soins de première nécessité</i>	nombre d'acte réalisés Sur place
Soins infirmiers (pansements...), aide à l'hygiène, soins corporels	923

<i>Orientation vers le système de soins spécialisé ou de droit commun</i>	Orientation, actes sur place par convention, accompagnement physique nombre d'actes
Médecine générale (hors substitution)	85
Accès à la substitution aux opiacés	63
Suivi psychologique ou psychiatrique	44
Traitement Hépatite C	
Traitement Hépatite B	
Traitement Sida	
Vaccination Hépatite B	
Autre 1, lequel : gynécologie	17
Autre 2, lequel : alcoologie	43
Autre3, lequel :	
<i>Incitation au dépistage des infections transmissibles :</i>	Orientation, actes réalisés sur place par convention, accompagnement physique nombre d'actes
Dépistage VIH	259

Dépistage VHC	259
Dépistage VHB	259
Autre 1, lequel :	42

13. ACCÈS AUX DROITS AU LOGEMENT ET À LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

<i>1 Accès aux droits :</i>	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de dossiers aboutis <i>(demande satisfaite exemple : RMI obtenu, place en appartement thérapeutique obtenue)</i>
- droits sociaux, (minimas sociaux - RMI, AAH, API-, Assedic...)	209	
- santé (CMU, CMU-C, AME, mutuelle...)	113	
- démarches administratives (papiers, domiciliation)	228	
- démarches au regard de la justice (assignation, obligation de soins...)	162	
<i>2 Accès au logement :</i>	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de dossiers aboutis
- hébergement d'urgence	2152	
- hébergement social (CHRS...)	76	
- hébergement thérapeutique (CTR, ATR, ACT, communauté thérapeutique...)	27	
- recherche de logement autonome		
<i>3 Insertion, réinsertion professionnelle :</i>	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de dossiers aboutis
- recherche d'un emploi	108	
- recherche d'une formation	12	

14. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION				
Matériel stérile	Nombre		Nombre	
Matériel distribué par automates - kits+ - steribox® - KAP		Préservatifs femmes	484	
		Préservatifs hommes	38503	
		<i>Autre matériel :</i>		
Trousses d'injection délivrées par les équipes du CAARUD: - dont Kits + - dont Kap - dont Steribox®		1 – Filtres stériles	dont Stérifilt® dont autres	17260
		2- cupules stériles de chauffe et de dilution	dont Stericup® dont autres	76752
		3- eau PPI (fiole plastique 5 ml)		93086
		4 – tampons alcoolisés		122778
Seringues distribués à l'unité par les équipes du CAARUD (hors kit d'injection) dont seringues 1cc dont seringues 2 cc	68284 38973	5 –pansements:		
		6 – gel lubrifiant		30298
		7 – éthylotests		
Jetons distribués	9885	8 – Pipe à Crack		10512
Brochures et matériels d'information	4250	9 - Matériel de sniff : - roule ta paille - autre 1 : préciser : - autre 2 : préciser :		
10 - autres matériels de prévention :				
- autre 1 : préciser :	22077	- autre 2 : préciser :		
Récupération de matériels usagés				
Nombre de seringues souillées récupérées (1 litre = 55 seringues approximativement)	7861	Récupérateurs de seringues mis à disposition		126

15. MEDIATION SOCIALE					
Indiquer ci-dessous si vous avez assuré des actions de médiation en vue d'assurer une bonne intégration dans le quartier et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues :					
Avec : Autorités locales (communes, services sanitaires et sociaux)	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Avec : Réseau de soins (médecins, pharmaciens...)	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non
Avec : Police	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Autre 1, lequel : associations de quartier		
Avec : Riverains	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Autre 2, lequel : festival annuel "La Goutte d'Or en fête"		

16 Indiquer le cas échéant les activités non décrites dans le rapport financées dans le cadre du CAARUD
RAS

17 Observations et commentaires
Les commentaires qui suivent sont les compléments d'informations nécessaires à la compréhension des tableaux de données.

1/ Item 3 :

Le nombre réel d'heures d'accueil fixe le jour et en soirée est de 12,5 et non de 13 comme indiqué, le programme de saisie de ce questionnaire n'autorisant pas les virgules. Nous réalisons ainsi, tant pour le PES STEP que pour le Centre d'Accueil, 25 heures hebdomadaires, soit un nombre global de 50 heures d'accueil hebdomadaires pour le CAARUD.

Les sorties de nuit réalisées en semaine par l'unité mobile ne sont effectives que depuis la fin de l'année 2008.

2/ Item 5: Les dates de fermeture signalées concernent uniquement le PES STEP et non le Centre d'Accueil, qui est resté ouvert toute l'année.

3/ Item 7 : dans le rapport d'activités 2007 de l'association EGO, nous avons renseigné la rubrique "bénévoles/volontaires" en nombre de personnes et non en nombre d'heures effectuées.

4/ Item 9: Le pourcentage de gobeurs exprime tous ceux qui consomment par voie orale, indépendamment du produit consommé.

Le pourcentage d'inhalateurs/fumeurs correspond à la consommation par voie fumable quel que soit le produit consommé (crack, héroïne, tabac, cannabis...)

On constate une baisse du pourcentage d'injecteurs malgré l'augmentation de la consommation de l'héroïne. Cela laisserait supposer un mode d'administration différent. La baisse de l'injection est peut-être à mettre en lien avec la baisse des usagers de skénan, mais aussi par la prise en soin au CSST qui influence, certainement, les modes de consommation.

5/ Item 11 : Malgré la baisse du nombre d'injecteur, nous avons jugé pertinent de développer des actions d'éducation à l'injection à moindre risque pour un public dont les connaissances dans ce domaine sont très réduites, voir inexistantes. L'utilisation d'un bras et d'une main orthopédiques munis d'un système de ponction veineuse, a donné une portée plus importante à ces actions. Les usagers de drogues ont ainsi découvert les gestes appropriés réalisés par des professionnels ce qui permet effectivement de réduire les risques liés à l'injection.

6/ Item 12 : Cette année la diminution des actes dans "soutien aux usagers dans l'accès aux soins" est due à l'augmentation des orientations faites au CSST d'EGO par les 2 antennes du CAARUD. De ce fait, nous avons significativement réduit nos orientations vers nos partenaires extérieurs.

Par ailleurs, le Centre d'Accueil a bénéficié d'un FIBROSCAN, mis à disposition par le Laboratoire Roche, pour inciter les usagers au dépistage des infections transmissibles (VHC). Cet outil permet de mesurer la souplesse du foie sans que l'utilisateur subisse une intervention chirurgicale : ce sont les 42 actes de la dernière ligne "Autre 1, lequel", sur laquelle il est impossible de saisir un intitulé.

Pour terminer sur ces observations concernant l'accès aux soins, il nous semble nécessaire d'ouvrir/créer dans ce rapport standardisé un espace particulier pour signaler les problèmes spécifiques des femmes tels que, IVG, suivi de la grossesse, grossesse et addictions, maternité précoce...

7/ Item 13 : Il est difficile de rendre compte du travail social en terme de comptabilisation de dossiers aboutis, du fait de l'absence de catégories d'interventions plus détaillées dans ce domaine. En conséquence, il nous est impossible d'offrir des chiffres significatifs, notamment en raison des délais parfois extrêmement longs pour faire aboutir des dossiers, parfois très simples. Les équipes de réduction des risques ne sont pas en capacité de maîtriser les temps liés à "l'aboutissement" des dossiers (juridiques, administratifs, etc.) très souvent inextricables.

8/ Item 14 : Récupérateur de seringues : Il s'agit de conteneurs individuels mis à disposition par le service municipal SMASH. En ce qui concerne la mise à disposition de matériel de prévention, comme nous vous l'avons précisé dans le rapport d'activités standardisé 2007, le faible nombre de seringues récupérées est à mettre en relation avec la diminution du nombre de conteneurs mis à notre disposition par SMASH; De 413 conteneurs mis à notre disposition en 2007, nous n'avons pu en obtenir que 126 en 2008 (en proportion, les seringues souillées, récupérées en 2007 s'élevaient à 14857 contre 7861 en 2008). En effet, il est très difficile (et ceci avait également été détaillé dans le rapport d'activités 2007), pour un usager sans moyen de locomotion personnel, de restituer des seringues sans ces conteneurs. En cas de contrôle de police avec fouille corporelle, la présence d'une seringue souillée est vécue comme une menace par les policiers et peut rendre le contrôle plus difficile.

Par ailleurs, dans la rubrique : "Autres matériels de prévention" - autre 1 : précisez" : Il ne nous a pas été possible de préciser qu'il s'agit des embouts en plastique dans le champ de saisie.

18. PARTICIPATION AU DISPOSITIF DE VEILLE A LA RECHERCHE, A LA PREVENTION ET A LA FORMATION SUR L'EVOLUTION DES PRATIQUES DES USAGERS.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté, parmi les personnes fréquentant la structure, des phénomènes nouveaux ou marquants ou des évolutions notables (Expliquer pourquoi et comment ces changements sont intervenus. En l'absence d'éléments explicatifs, vous pouvez faire des hypothèses) :

a. Apparition d'un produit inconnu : décrire la forme (poudre, liquide, comprimés spray, etc.), la couleur, le conditionnement (paquet en papier, boulette, paquet en plastique, etc.); citer les différentes appellations et le contenu supposé.

-Aux dires des usagers, la qualité de l'héroïne vendue dans la rue (dans le squat de St Denis) semblait meilleure car plus concentrée.

b. Nouveau profil de consommateurs ou changement notable dans le profil des usagers rencontrés

(Par nouveau profil, il faut entendre un groupe plus ou moins homogène au moins sur un aspect : âge (adolescents, jeunes, adultes entre 30 et 40 ans, etc.), lieu d'habitation (banlieue, cité, centre ville), une caractéristique culturelle (musique, religion), origine géographique (Europe de l'Est, Asie, etc.), mode de vie (errant, sédentaire, squat, etc.), type d'activité professionnelle (transports routiers, restauration, show-business, etc.).

Observation : on entend par nouveau profil, les nouvelles caractéristiques des usagers de drogues que nous recevons.

Nous constatons ainsi, pour 2008:

- "L'absence" d'une partie du public crackeur en errance, dont on sait qu'il se trouve sur les lieux de ventes en dehors de Paris (St Denis, Aubervilliers).
- Une fréquentation de personnes originaires des pays de l'Est toujours stable et importante à STEP.
- Des usagers de drogues, inconnus de l'équipe, qui avaient fréquenté le squat de St Denis sont venus au Centre d'Accueil dans une démarche de soin et de suivis social suite au travail de rue effectué pendant l'été et à la fermeture du squat de St Denis.

e. Nouveau problème social (marginalisation, chômage, pauvreté, violence, délinquance, etc.) ou l'aggravation notable d'un problème connu et les éventuelles causes.

-Le nombre de personnes en errance présentant des difficultés importantes (marginalisation, exclusion sociale, sans revenu ou emploi, sans logement..) est toujours en augmentation. Ces situations sont souvent aggravées par des incarcérations multiples, au nombre croissant.

-Nous observons également la dégradation physique et psychique des femmes usagères de drogue et de leurs conditions de vie, particulièrement difficiles dans les squats, où elles peuvent être victimes, d'après leurs témoignages récurrents, de séquestrations, viols, violences physiques et verbales...

f. Autres éléments marquants non mentionnés dans les questions 1 à 5 supra (Cela peut être en lien avec le contexte local, les politiques publiques, les usagers, le trafic de drogues, le dispositif de prise en charge et de soins etc.)

- Nous constatons via le travail de rue et ceci corroboré par les usagers, qu'un grand nombre de trafiquants de cigarettes sont passés à la vente de médicaments détournés de leur usages (Skénan, Subutex, Benzodiazépine, ...).

Nous avons effectué à la demande de la DASS de Paris, des actions de reconnaissances, de préventions et de réduction des risques en direction du public usagers de drogues présent sur le site dit de "la Briche" ainsi que dans des squats installés dans le ville de Saint Denis (93), pendant la période estivale. Ces actions ont été réalisées en collaboration et avec d'autres structures parisiennes et de la Seine Saint Denis intervenant dans le champ de la réduction de risques.

c. Nouveau mode d'administration ou élargissement de la diffusion d'un mode connu ou d'une association de produits. Quels sont les effets recherchés et ressentis par le biais de ce mode d'administration ou de cette association ?

-Il apparaît que les modes de consommation sont toujours aussi multiples ; le même produit est consommé par une même personne sous différentes formes : sniffé, inhalé, injecté... Cependant, nous avons constaté que des personnes qui n'utilisaient que la voie intraveineuse d'opiacés, sont passés à la consommation de crack par voie fumable.

-Une généralisation de la polyconsommation est également observée. Pour certains, il s'agit du crack associé aux opiacés, ou d'opiacés associés aux euphorisants et/ou anxiolytiques. Pour d'autres, il s'agit d'une utilisation occasionnelle de médicaments détournés de leur usage initial, (comme l'Artane).

-Nous avons connaissance de deux personnes (ce qui est marginal), consommant du Stilnox injecté.

-Comme précédemment décrit, on observe également que le Skenan et le Subutex, moins prescrits, sont plus difficiles à trouver sur le marché de rue. En conséquence, on assiste davantage à des « passages » à la Méthadone prescrite.

-Nous tenons à signaler, encore une fois, la continuité de la consommation associant alcool et benzodiazépines, très compliquée à gérer.

d. Nouveau problème de santé lié ou non à l'usage de produits (OD, abcès, problèmes psychiatriques, etc.) ou l'aggravation d'un problème connu. A quoi cette apparition ou cette aggravation serait elle liée selon vous ?

-Nous constatons encore, la persistance et l'augmentation inquiétante des phénomènes liés à des états de souffrance psychique importante, d'errance et/ou de troubles psychiatriques apparents dans la population que nous recevons dans les deux antennes du CAARUD.

-Des problèmes de santé liés à la prise d'héroïne (multiplications des overdoses, notamment) ont été à l'origine de plusieurs alertes sanitaires fin 2008 et début 2009, mais n'ont pas été constatés dans notre CAARUD en particulier.

Rapport d'activités qualitatif

Partie I. Commentaires sur les données quantitatives

a. Méthodologie de recueil des données

Les données permettant la comptabilisation de la file active de notre CAARUD, à savoir le nombre des différents usagers de drogues ayant recours à nos services en 2008, sont recueillies quotidiennement par les équipes, sur un outil nommé « fiche de bord ».

Elle est composée d'un identifiant constitué par les initiales de la personne et sa date de naissance. Ce procédé permet de préserver l'anonymat de chaque usager de drogues accueilli, sans risquer de le comptabiliser plus d'une fois.

Les données concernant le profil et les caractéristiques du public sont recueillies à partir d'un « questionnaire de contact » élaboré à ces fins en interne. L'usager est cependant libre de ne pas accepter cette contrainte.

Ce questionnaire est proposé systématiquement à chaque usager fréquentant notre CAARUD, au moins une fois par an. Il permet de recueillir des informations sur leur situation personnelle, administrative, sanitaire, sociale et tout particulièrement des données sur leur consommation de produits.

L'ensemble de ces données sert à alimenter le rapport d'activité et nous permet d'avoir une très grande réactivité face aux besoins émergents des usagers. Ces chiffres sont à la disposition de toute institution qui le sollicite.

Au cours de l'année 2008, nous avons pu remplir 300 questionnaires de contact. A ces questionnaires se sont ajoutés les 372 questionnaires exploitables sur les 421 qui ont fait l'objet de l'enquête nationale ENA CAARUD. Donc, un total de 672 questionnaires a renseigné le présent rapport d'activités.

Pour la première fois ces données ont été renseignées et saisies sur un nouveau logiciel nommé « éO Addictions », beaucoup plus performant que le logiciel antérieur (EPI Info). Ce nouveau logiciel offre le grand avantage de signaler les doublons, ce qui nous permet de rectifier immédiatement la file active.

Ainsi, nous n'avons pas eu besoin, comme par le passé, de retirer les 25% de la file active globale pour corriger les erreurs de saisie.

b. Evolution de la file active d'EGO

D'une manière générale, en 2008 nous accusons une légère diminution, (-12,6% par rapport à 2007) de la file active. Cependant, elle est plus marquée pour les femmes que pour les hommes.

Plusieurs hypothèses sont possibles :

- **le déplacement des scènes de deal et de consommation**, notamment entre mars et octobre 2008 dû à l'ancrage du squat de Saint Denis et de celui de la Porte de la Villette. En effet, l'explosion de ces deux lieux de trafics a eu un impact direct sur la disponibilité des produits dans le quartier de la goutte d'Or. Les usagers préférant se fournir dans un endroit qu'ils estimaient plus sûr, et proposant un produit, selon leurs dires, de meilleure qualité. L'accessibilité directe aux squats ainsi que leur relative tranquillité (malgré l'absence de conditions sanitaires et d'hygiène adaptées) ont favorisé des scènes plus sédentarisées. En effet, le rapport entre dealers et usagers était en général, toujours selon leurs témoignages, moins conflictuel que sur notre territoire où les jeunes pouvaient proposer des produits de piètre qualité et malmener le consommateur. Selon les récits des usagers, les femmes séjournaient davantage dans les squats. Cependant, le rapport entre les dealers et certaines jeunes usagères semble être particulièrement difficile, laissant supposer un accroissement de l'exploitation sexuelle de celles-ci. Certaines déclarations d'usagers abondent dans ce sens.
- **Les mutations du quartier** Le quartier de la goutte d'Or, berceau d'EGO, est en pleine mutation. Ce quartier populaire, symbole de mixité sociale et culturelle, se transforme depuis plusieurs années. L'ouverture de lieux culturels tels le Centre Barbara, ainsi que la construction de nouveaux bâtiments rue Myhra (dont de nombreux logements sociaux), ont donné un élan dynamique et positif. Ces mutations urbaines et sociales peuvent en partie expliquer le déplacement des scènes de deals et par conséquent de consommation. Cependant, ces transformations locales ont eu pour conséquence d'accroître la fréquence des contrôles policiers, notamment pendant la période pré-électorale.
- **La politique sécuritaire** : la systématisation des peines planchers a eu pour conséquence l'allongement de la durée d'incarcération. Le durcissement des lois sur l'immigration, est également une hypothèse envisageable sur l'involution de notre file active.

Une autre donnée significative de la file active est le vieillissement de presque 4 années de la moyenne d'âge des usagers. Cette augmentation pourrait s'expliquer par la politique de réduction des risques qui diminue la mort précoce des usagers.

En quelques chiffres :

	2006	2007	%	2008	%
File active	4 235	5 318	25,6%	4 650	-12,6%
Passage	32 072	36 730	14,5%	38 755	-8,1%
Age moyen des UD	36,5 ans	35 ans	1,4 an	38,7 ans	3,7 ans

	2006	2007	%	2008	%
Femmes UD	656	957	45,90%	740	-22,7%
Hommes UD	3579	4361	21,80%	3910	-10,3%
%femmes	15,5%	18,0%	16,20%	15,9%	-11,6%
%hommes	84,5%	82,0%	-3,00%	84,1%	2,5%

c. Produits consommés.

En ce qui concerne les produits consommés par notre file active, nous observons par rapport à 2008 :

- une augmentation de la consommation d'héroïne (+7%), qui pourrait s'expliquer par l'amélioration de sa qualité (au moins ponctuellement), et sa plus grande disponibilité, selon les usagers de drogue.
- Une baisse de la consommation de Skénan,
- Une augmentation continue de la consommation du crack de l'ordre de 7%, ainsi que de la consommation d'alcool d'environ 8%

	2006		2007		% 2007-2006	2008		% 2008-2007
	File active		File active			File active		
	4235	%	5318	%		4650	%	
Héroïne	678	16%	532	10%	-6%	792	17%	7,0%
Cocaïne	720	17%	1595	30%	13%	1184	25%	-4,5%
Crack	3134	74%	3510	66%	-8%	3380	73%	6,7%
Buprénorphine	1228 ¹	29%	2499	47%	18%	2287	49%	2,2%
Benzodiazépine	1228	29%	1968	37%	8%	1445	31%	-5,9%
Ecstasy	169	4%	319	6%	2%	180	4%	-2,1%
LSD	169	4%	266	5%	1%	197	4%	-0,8%
Amphétamines	169	4%	266	5%	1%	205	4%	-0,6%
Cannabis		60%	2872	54%	-6%	2782	60%	5,8%
Sulfate de morphine	1228	29%	1808	34%	5%	1207	26%	-8,0%
Alcool		43%	2499	47%	4%	2562	55%	8,1%

d) Situation sociale et administrative de la file active

Pour donner une image de notre public, il nous a paru important de mettre en exergue les données suivantes :

	Centre d'accueil		
	STEP	CAARUD	
Usager sans travail	88%	73%	78%
Aucunes ressources	49%	31%	37%
Perçoit le RMI	32%	35%	34%
Perçoit un salaire	6%	21%	16%
Aucun logement	49%	25%	33%
Squat	6%	8%	7%
Logement personnel	21%	37%	31%
Logement précaire	24%	31%	29%
Ayant été en prison	68%	56%	60%
Pas de pièce identité	40%	22%	28%
Célibataire, divorcé, séparé	79%	70%	73%
Ayant des enfants	48%	38%	42%
Dont séparé de leur enfant	88%	77%	82%
Ayant fait le dépistage VIH/VHB/VHC en 2008	41%	77%	64%

¹ Les chiffres de 2006 étaient erronés et nous les avons rectifiés dans le rapport d'activité 2007

Si l'on compare les chiffres présentés dans le rapport d'activité ASA CAARUD en 2007 avec ceux de 2008, on constate l'apparition de difficultés croissantes pour les usagers. En effet, 31% des usagers étaient sans ressources en 2007 contre 37% en 2008 et 16% touchent un salaire régulier contre 17,5% en 2007.

En 2008, 69% des usagers n'avaient de logement durable (dont 33% de SDF), ce qui montre une augmentation de la précarité en matière de logement par rapport à 2007, où nous comptons 65% d'usagers sans logement durable (dont 16% de SDF).

Partie II – Partenariats et travail en réseau

1. Nos partenaires : EGO, ...du partenariat en réseau au partenariat local

a) Le travail en réseau

Dans une démarche de travail en réseau, les équipes ont pris l'habitude de travailler et de se rencontrer dans le nord-est parisien. Il est utile et important de rendre visible ce partenariat parce que ces temps de rencontre, formels et informels, permettent d'élaborer un travail cohérent autour des usagers, du quartier et des scènes de drogue.

Ainsi, chaque année, le CAARUD d'EGO maintient et développe son travail en réseau.

Nous continuons de travailler et de coopérer avec :

L'IPSSUD-Maison Blanche, La Terrasse, La Coordination Toxicomanies, les Correspondants de Nuit de la Ville de Paris, L'association Charonne, SOS Drogues Internationales (le 110 les Halles, Sleep'in, Sleep'off, kiosque Info service et Le Kaléidoscope), Le Bus Gaia Paris, Nova Dona, AIDES, les autres CAARUD de Paris et d'Ile de France.

Sans oublier notre très fructueuse collaboration avec

ANPAA, l'association Solidarité Sida, AREMEDIA, l'ECIMUD de La Salpêtrière, tout particulièrement par l'intermédiaire de son pharmacien, M. Nicolas BONNET, mais encore les ECIMUD Fernand Widal, Lariboisière, et Bichat.

Cette année, nous avons également eu l'occasion de travailler plus étroitement avec l'hôpital Sainte-Anne par le biais de ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique), avec qui nous développons une riche collaboration.

Au delà de ces partenariats qui perdurent depuis des années, EGO s'est joint en 2008 à de nouvelles formes de travail en réseau :

A l'initiative du Sleep'in, nous nous retrouvons toutes les 6 semaines entre partenaires partageant un public en commun (la CT, ELP, la Terrasse, Marmottan, le Sleep'in et La Boutique), pour comprendre au mieux les articulations et mouvements des usagers.

Un autre groupe de travail s'est formé autour du réseau périnatalité par le biais de la DAPSA. Cette mutualisation professionnelle permet d'élaborer une approche clinique du crack et de la grossesse.

Enfin, nous n'oublierons pas de mentionner les collaborations avec l'Association « Accès aux Droit-solidarité Paris » qui assure une permanence juridique une fois par semaine dans notre Centre d'Accueil, ainsi qu'avec le dispositif « atelier santé-ville » porté par l'association URACA.

b) Le partenariat local

La démarche communautaire de l'association implique un investissement indispensable sur le territoire de la Goutte d'Or.

Aussi, pour toujours être « en phase » avec la vie du quartier et faire vivre la démocratie participative, l'association continue sa participation aux différentes instances locales comme : la coordination inter-associative Goutte d'Or, le comité de pilotage des fêtes de la Goutte d'Or, le conseil de quartier, le groupe de production et de suivi Politique de la Ville ainsi que le bureau de la Salle Saint Bruno.

Pour continuer et renforcer cette démarche, EGO a intégré deux nouvelles instances locales : le Fonds de Soutien aux Initiatives des Habitants (« Projets en Or ») et le collectif « Assos en danger », auquel elle avait déjà participé en 2004.

Voici quelques chiffres qui relatent notre intégration et notre participation au sein de notre territoire :

▪ Réunions Coordination Inter Associative (CIA) :	15
▪ Réunions association de quartier (collectif Assos en danger..) :	28
▪ Réunions institutionnelles (Mairie, Préfecture..) :	24
▪ Réunions "Fêtes de la goutte d'Or" :	39
▪ Réunions Fonds de Soutien aux Initiatives des Habitants (FSIH) :	7

c) Description d'une expérience singulière « Lectures Gourmandes »

Le partenariat entre le CAARUD et le restaurant associatif « Lectures Gourmandes » a débuté en juin 2008.

Il s'agissait d'un restaurant géré par l'association « Aurore » et financé par la DASS et la Ville de Paris.

Par le biais de cartes préalablement distribuées, ce restaurant offrait un repas gratuit à un public composé de familles en situation de précarité et de personnes isolées, orientées par différentes associations.

Dès la première semaine nous enregistrons 65 demandes de cartes de la part de notre public.

Notre travail essentiel consistait à accompagner et parfois, à ajuster le comportement des personnes au lieu. En effet, notre implication était nécessaire car ce restaurant offrait un cadre radicalement différent de l'univers connu par certains de nos usagers (rue, squat...). Certains d'entre eux ont reconnu n'avoir jamais mangé dans un tel lieu. Ainsi, la spontanéité l'emportait bien souvent et l'ambiance du restaurant permettait à beaucoup d'usagers de partager des moments conviviaux, propices aux échanges, sur le quotidien et sur la vie en général. Les conversations qui s'engageaient au cours du dîner duraient aussi longtemps que chacun le souhaitait, sans qu'aucun des interlocuteurs n'aie la crainte d'être interrompu par des circonstances extérieures.

Ainsi, du mois de juin à septembre environ, 300 usagers ont bénéficié d'une carte pour pouvoir aller dîner, soit un nombre de 32 000 repas.

L'association Aurore, pour des questions liées à des limites budgétaires, a dû limiter les places distribuées. Ainsi, durant le mois d'octobre, l'accès au restaurant n'était plus réservé qu'à douze usagers d'E.G.O. (Centre d'Accueil et STEP compris).

Nous avons pu observer à l'époque, qu'une solidarité particulière unissait les usagers qui fréquentaient « Lecture Gourmande ».

Face à de telles restrictions, on aurait pu penser que le restaurant aurait été pris d'assaut. Cependant, il s'est avéré que les usagers ont fait preuve d'une grande civilité.

Le partenariat avec le restaurant « Lectures Gourmandes » s'est achevé à la fin du mois d'octobre, car celui-ci a définitivement fermé ses portes début novembre, et nous le regrettons profondément.

1. Accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé pour usagers de drogues.

Dans les deux antennes du CAARUD, la fonction d'accueil est à la fois le moment et le lieu privilégiés de la rencontre et de la relation avec les usagers de drogues. Les accueils, bien que collectifs, vont être des moments forts du premier contact individuel. C'est durant ce contact que la possibilité d'un lien plus durable va se nouer. C'est par l'accueil, et dans l'accueil, que la légitimité de l'intervenant et de la structure s'acquière. L'accueil est à la fois un espace et une fonction au travers desquels les équipes amènent l'utilisateur de drogues à des changements de comportement favorisant leur santé et leur insertion sociale. L'accueil suppose autant de recevoir des usagers de drogues qu'avoir l'initiative de susciter la rencontre. Il se fait à jour fixe, dans des horaires connus et sans exigence préalable. Les horaires de l'accueil des deux antennes ont été pensés et mis en place de façon complémentaire pour assurer une couverture de 13h00 à 22h30 tous les jours ouvrables. C'est lors des premiers accueils que le document individuel de prise en charge (DIPEC) est proposé à l'utilisateur. Ce moment représente un temps de contractualisation entre l'équipe et l'utilisateur. Durant l'année 2008, nous avons amélioré notre DIPEC pour le rendre plus opérationnel.

2. L'amélioration de l'accès aux soins dans le domaine des maladies infectieuses:

Les dépistages, les entretiens, les orientations, les informations, les supports à l'éducation à la santé (expositions, atelier) concourent tous à un axe central : un meilleur accès des usagers aux soins.

a) un bras et une main orthopédiques de ponction veineuse : un nouveau support d'éducation à la santé

Nous avons acquis un nouvel outil, un bras et une main orthopédiques de ponction veineuse afin de réaliser différentes séances pour améliorer l'information autour de l'injection à moindre risque. Ce support a permis une richesse d'échanges et de conseils personnalisés essentiels à la réduction des risques. D'autres équipes, travaillant elles aussi dans ce champ l'ont adopté et nous l'empruntent régulièrement.

b) Les soins infirmiers au PES STEP

Le poste de mi-temps infirmier acquis au troisième trimestre 2007 a été reconduit en 2008 en année pleine. Par ailleurs, cette antenne du CAARUD bénéficie aussi d'une présence médicale le mercredi, grâce à une permanence avancée assurée par le CSST.

Les consultations infirmières s'adressent aux usagers venant à STEP chercher du matériel de consommation, soit ils sollicitent les soignants spontanément, soit ils sont orientés par l'équipe. Leur situation sanitaire, psychique, sociale est extrêmement variable ; il peut s'agir d'utilisateurs en activité professionnelle avec logement personnel et durable, couverture sociale à jour auxquels les horaires d'ouverture de STEP conviennent particulièrement. Cela leur permet de passer après leur travail. A l'opposé, d'autres usagers vivent dans une précarité sociale, psychologique, médicale..., parfois sans couverture sociale ni revenu, sans hébergement, vivant en squat, ou en hébergement d'urgence.

Les objectifs des deux antennes, le Centre d'Accueil et STEP, sont de :

- proposer un dépistage du VIH /VHC/VHB et autres IST aux usagers d'EGO
- effectuer un dépistage et un diagnostic précoce dans le but d'une prise en charge socio-sanitaire dans des délais convenables
- prévenir et réduire les risques de (re)contamination et de transmission
- favoriser la mise en contact avec un médecin
- établir un lien psycho-social par le biais médical

La communication en amont des séances de dépistage, détermine la réussite de l'action dans sa globalité. Il est nécessaire d'expliquer l'importance aux usagers de drogue de l'intérêt de faire le test, de l'expliquer et de parler de la remise des résultats et du suivi éventuel.

Aux regards des années précédentes et de notre public, extrêmement précaire, en errance et dans l'ensemble, sans couverture sociale, évoluant dans un environnement à haut risque, il a été décidé en 2007 d'un commun accord entre AREMEDIA, la CIDAG et EGO d'effectuer systématiquement les prélèvements suivants : VIH/VHC/VHB, syphilis, tuberculose afin de proposer une prise en charge plus globale et précoce pour mieux répondre aux besoins des usagers.

Au Centre d'Accueil : Les dépistages se font tous les 2 mois, à un rythme régulier en après-midi, de 14h00 à 17h00.

A STEP : Les dépistages se font régulièrement, à jour fixe et en soirée, tous les mois, de 18h00 à 21h30.

Les résultats des dépistages sont remis au médecin du CSST d'EGO. L'objectif est que chaque patient puisse obtenir son résultat plus facilement que s'il devait se rendre à l'hôpital. Malheureusement, en tant que CAARUD, nous ne sommes pas en mesure actuellement de savoir s'il y a eu de nouvelles contaminations ou s'il s'agissait de sérologie positive connue par l'usager de drogue. Nous travaillons avec AREMEDIA afin d'éclairer cette importante question pour 2009.

Quant au suivi, nous sommes dans la même situation que les années précédentes car il faut des années à un usager pour qu'il puisse commencer un traitement. La plupart du temps, les freins qui ralentissent le soin sont majoritairement les problèmes liés à l'absence de logement et les situations administratives parfois inextricables des usagers.

d) Le fibroscan : un outil favorisant l'accès aux soins

Grâce au partenariat qu'EGO entretient avec le Laboratoire Roche, il a été possible d'obtenir un FIBROSCAN en prêt, et d'effectuer 42 examens de vérification de l'état du foie des usagers qui ont souhaité réaliser cet examen. Cet outil permet de mesurer la souplesse du foie. Son utilisation est très simple : il s'agit de poser une sonde munie d'une pichenette sur le foie de l'usager.

L'examen est indolore et le résultat immédiat. L'avantage d'un tel outil est qu'il évite une biopsie. Cette démarche représente une vraie opportunité pour nos usagers qui ne fréquentent pas les hôpitaux ; elle favorise ainsi l'accès aux soins.

3. Le soutien des usagers dans l'accès aux droits, au logement, et à la (ré) insertion : des approches différentes pour un même objectif

Cette mission prend forme autant par l'intervention de conseillères juridiques dans les deux antennes du CAARUD, que par les multiples informations et orientations quotidiennes des équipes, que par la permanence avancée d'une assistante sociale du CSST à STEP.

a) La permanence juridique au PES STEP

Depuis octobre 2007, STEP propose une permanence juridique tous les soirs de la semaine grâce à la présence d'une conseillère juridique à 0,50 ETP (présente sur les permanences de STEP quatre jours par semaine) et d'une conseillère juridique à 0,10 ETP (présente à la permanence du mercredi). Les consultations ont lieu le soir en fonction des horaires d'afflux du public, sans rendez-vous lors d'une première prise de contact. Les horaires de soirée sont adaptés au rythme de vie des usagers qui profitent de leur passage à STEP pour s'informer de leurs droits. Des personnes qui ne fréquentent pas les centres d'accueil de jour, ou qui travaillent, peuvent ainsi bénéficier d'une aide dans leurs démarches juridiques. La permanence de STEP est la seule à offrir des consultations liées à l'accès au droit durant des horaires de soirée

Les usagers qui se rendent à la permanence de STEP peuvent simplement s'informer de leurs droits ou solliciter un accompagnement dans leurs démarches auprès des institutions (Préfectures, Palais de Justice...) ; courriers, appels téléphoniques peuvent aussi parfois suffire.

De ce fait, un rapport de confiance réciproque s'instaure d'autant plus naturellement. Les personnes, dans ce cadre, expriment clairement leurs difficultés et un travail adapté peut être mis en place.

Écouter les usagers et expliquer les procédures nécessaires à la résolution d'un problème ou d'une situation est le rôle essentiel de la permanence juridique.

Pouvoir réaliser une démarche jusqu'au bout, clarifier une situation, trouver des réponses à des impasses administratives ou juridiques sont alors sources de motivation, d'apaisement et de sécurité, particulièrement précieuse pour chacun.

En moyenne, deux à trois personnes sont reçues à chaque permanence et il s'agit dans une grande majorité de cas relatifs au droit pénal (44%), au droit des étrangers et au contentieux de la nationalité (22%), aux finances (8%) ainsi qu'au droit de la famille (7%).

Les affaires pénales concernent très souvent une audience imminente et le besoin d'un avocat ou de conseils sur la conduite à tenir lors de l'audience. Ces personnes sont souvent orientées vers un avocat commis d'office et vers l'aide juridictionnelle. Beaucoup de personnes accueillies viennent aussi après l'audience et dans le cadre de l'exécution et de l'aménagement des peines. Certaines ont des interrogations concernant les rapports entretenus ou futurs avec le Juge d'Application des Peines ainsi que sur les procédures alternatives (comme les injonctions thérapeutiques et/ou l'obligation de soin).

Un thème également récurrent, évoqué lors des consultations, concerne le droit des étrangers. Beaucoup viennent nous consulter alors qu'ils n'ont pas de papiers et semblent, dépassés face aux démarches à entreprendre. Nous intervenons alors pour accompagner une régularisation ; mais certains ont déjà reçu un refus souvent accompagné d'une mesure d'expulsion et nous intervenons au stade contentieux.

Ceux qui bénéficient des soins infirmiers et médicaux à STEP sont essentiellement des usagers qui présentent des situations complexes car de multiples problèmes sont imbriqués les uns avec les autres (sociaux, juridiques, psychiques, somatiques). Certains échappent au parcours de soins que propose notre système de santé actuel et se trouvent dans une forme d'errance médicale (allant de médecin en médecin, sans réel suivi, sans médecin traitant), et sociale ; il s'agit donc d'apporter un soulagement ponctuel, ne s'inscrivant pas forcément dans un suivi, ou bien réaliser des soins avec suivi voire d'orientation vers une structure partenaire ; dans l'idéal, il s'agit de favoriser une dynamique personnelle de changement, et ce, dès la prévention ; il est évident qu'un travail en collaboration avec l'assistance sociale et juridique de STEP est indispensable face aux demandes complexes que nous exposent les usagers. Ces demandes de soins peuvent être la première « marche » vers un suivi pluridisciplinaire en CSST.

Les motifs de consultation :

- **abcès cutanés** à la suite d'injections réalisées dans de mauvaises conditions d'hygiène et/ou avec des produits non injectables, et/ou dans des sites d'injection déconseillés (1/3 des demandes de soins infirmiers) ;
- **plaies, coupures, ulcères, ablation de sutures**, souvent localisés sur les mains ou les avant-bras (les usagers consommant du crack présentent souvent des mains très abîmées) ;
- **problèmes orthopédiques, articulaires** qui n'ont pas été investigués dans un délai nécessaire pour une bonne guérison, entraînant des douleurs à la mobilisation, des boiteries, etc.
- **problèmes gynécologiques, de grossesse ou de contraception** plus d'une demande de soins sur trois provient d'une femme, donc beaucoup d'orientations sont faites vers les centres de planning familial ;
- **plaies aux pieds, mycoses plantaires** car les pieds des usagers vivant dans la précarité sont souvent malmenés ; un travail de collaboration est fait avec un accueillant de l'équipe, qui prodigue des soins de pieds, apportant soulagement et bien-être aux usagers, des orientations sont aussi faites vers le podologue de l'association Charonne ;
- **demande d'informations concernant l'injection** (l'espace clos de la salle de soins mettant plus à l'aise certains usagers), il s'agit là d'échanger sur l'injection : partir de la pratique de l'utilisateur et lui donner les moyens de modifier son mode de consommation dans le but de préserver au maximum sa santé et celle de l'entourage ; (éviter que les risques ne deviennent des dommages) ;
- chez presque tous les usagers, on retrouve **des problèmes dentaires** pouvant entraîner douleurs, abcès dentaires ... (souvent en rupture de suivi dentaire) ;

Une orientation vers un médecin est souvent nécessaire, soit vers le médecin du CSST d'EGO présent une soirée par semaine à STEP, soit vers le médecin du centre de soins référent, soit vers l'hôpital.

Le temps du soin étant un moment propice à l'échange, c'est l'occasion de savoir si l'utilisateur a fait récemment un test de dépistage du VIH, hépatite B et C, et syphilis. Dans le cas contraire, il lui est proposé de venir faire ce test à STEP lors du passage de l'association AREMEDIA travaillant en lien avec le CDAG de l'hôpital Fernand Widal. (dépistage anonyme et gratuit).

Par ailleurs, rares sont les motifs de soins infirmiers pour troubles psychiques, mais on ne peut que constater que certains usagers se trouvent dans une grande souffrance psychique sans suivi psychologique ou avec un suivi en pointillé ; il est évident que certains symptômes présentés (idées délirantes, syndrome anxio-dépressif, déni de la consommation, automutilation...), avec, en toile de fond errance et usage de produits (pouvant aggraver ou déclencher les symptômes psychiques), ne favorisent pas toujours l'initialisation et/ou la continuité des soins psychiques ;

Exemple d'un cas clinique

Son ami m'alerte en me décrivant la plaie à l'épaule de D. Je l'invite fortement à accompagner D. à l'hôpital pour un avis médical, des soins voire une hospitalisation. L'ami me dit rapidement qu'il n'y a pas de négociation possible : D. refuse de se rendre à l'hôpital car n'y a eu que de « mauvaises expériences » (discriminations liées à son statut de « toxico »). Je l'invite à venir me voir.

Deux jours plus tard, je rencontre D. ; il vient souvent chercher du matériel. Il est injecteur de subutex depuis plusieurs années, mais ne trouvant plus de veine, il s'injecte quotidiennement en intramusculaire. Après quelques semaines d'injections, une coque semble s'être formée dans le tissu musculaire (non adaptée pour recevoir du subutex), et s'est rapidement infectée (chaque injection étant une nouvelle porte d'entrée infectieuse). Quand je le vois, il présente un abcès ouvert équivalent à une pièce de 2 euros, ce qui comporte un risque infectieux important. Il refuse catégoriquement de voir un médecin, où que ce soit, même avec un accompagnement physique ; il dit avoir perdu confiance en le corps médical, n'a même pas de CMU.

Après négociation, nous tombons d'accord pour qu'il vienne me voir deux fois par semaine, mais qu'il m'est indispensable d'avoir l'avis du médecin de EGO.

D. s'est montré plutôt coopérant, les soins durent depuis deux mois, et surtout, une alternative à l'injection intramusculaire est réfléchie ensemble.

c) Incitation au dépistage des infections transmissibles

L'année 2007 a vu se préciser le programme de dépistage « hors les murs » avec un renforcement des actions auprès des publics les plus en difficulté et, plus particulièrement, auprès des usagers de produits psycho-actifs reçus dans les différents CAARUD bas seuil du Nord/Est parisien. L'année 2008 a conforté et amplifié cette initiative et les 259 dépistages réalisés cette année en attestent.

L'action **HHLM** (Hôpital Hors Les Murs) est basée sur un triple partenariat : La CIDAG de l'hôpital F. WIDAL et les associations AREMEDIA et EGO.

Les dépistages sont réalisés dans les mêmes conditions d'hygiène et de confidentialité que dans une CIDAG.

Enfin, hormis quelques questions sur des sujets très divers (droit du travail, droit au logement par exemple), le reste des consultations concerne des questions financières telles que des litiges avec le Trésor Public ou des problèmes de surendettement.

La première mission des juristes de STEP est de renseigner les usagers sur toutes les questions relatives à leurs droits. Les usagers de STEP étant souvent dans l'urgence il s'agit de répondre à leurs interrogations aussi précisément et rapidement que possible. Bien sur, si le sujet ou le dossier sont plus complexes, un rendez-vous est alors proposé à la personne afin d'approfondir un point particulier. Il est ensuite décidé de la nécessité d'entreprendre des procédures plus poussées et de mettre en place un suivi régulier avec la conseillère juridique.

Exemple :

Monsieur X., qui travaille en tant que surveillant en collège durant la journée, veut modifier les modalités du droit de visite qu'il a pour sa fille. Il apprend que sa fille a été inscrite dans un internat par sa mère sans son accord alors qu'ils partagent l'autorité parentale. Nous l'aidons donc à écrire une lettre au Conseil Général pour savoir quel est cet internat. Puis nous l'aidons à faire une lettre à l'inspection académique pour avoir les coordonnées de l'internat. Lorsque ces coordonnées sont enfin obtenues, nous envoyons un fax au responsable de la vie scolaire afin d'être tenu au courant de tout ce qui concerne sa fille.

Cette situation est toujours en suspens car la mère de l'enfant prétend qu'il ne voit jamais sa fille et qu'il ne paie pas de pension alimentaire. Un fax a donc été envoyé au Conseil Général afin de débloquer la situation. De plus, Monsieur X. a pris une avocate pour modifier son droit de visite.

Parallèlement il doit faire refaire son titre de séjour. Nous l'aidons donc à constituer un dossier de renouvellement, en tant que parent d'enfant français. Il doit notamment demander un certificat de nationalité pour sa fille au Tribunal d'Instance du domicile de celle-ci. Pour l'instant les démarches se déroulent sans problème.

b) La permanence juridique au Centre d'Accueil

Compte tenu des parcours chaotiques et de la fragilité des personnes reçues, l'écoute devient prioritaire dans le cadre de ces entretiens puisqu'à travers chaque récit les usagers libèrent leurs paroles et mettent dans certains cas des mots à leurs maux. Cette écoute permet également de dénouer des dossiers souvent épineux en raison de la perte de documents ou de l'oubli de certaines périodes de leur histoire qui s'avèreront être essentielles dans la procédure.

La permanence de l'ASDP se déroule tous les vendredis matin de 10h à 13 h, (sauf si la juriste est en accompagnement à la Préfecture ou au Tribunal) et sur rendez-vous.

Au cours de l'année 2008, 80 entretiens ont été assurés. Une grande partie des dossiers fait l'objet d'un suivi régulier.

Les différents thèmes abordés au cours de cette année se rapportent principalement au droit des étrangers, demande de titre de séjour ou de renouvellement de titre (en majorité pour soins), refus de séjour (demande d'aides juridictionnelles ou recours gracieux), demandes d'assignations à résidence pour les personnes frappées d'une mesure d'éloignement : expulsion, obligation de quitter le territoire français ou interdiction du territoire français, demande d'asile, demande de visa ou de regroupement familial), le droit du logement (litiges locatifs, expulsion), le droit de la famille (séparation, divorce) le droit pénal (plainte ou ITF) et enfin les dettes contraventionnelles. Dans ce cas, le but est d'obtenir une remise gracieuse d'amende ou la mise en place d'un échéancier.

Pour terminer, il est essentiel de préciser que malgré les droits inhérents aux personnes en situation irrégulière (ouverture de compte, accès aux soins AME, logement d'urgence), le durcissement du régime applicable en matière de droit des étrangers handicape des personnes déjà fragilisées. En effet, une situation régulière devient aujourd'hui de facto la condition nécessaire à l'ouverture de beaucoup de portes : accès au logement d'urgence où l'on refuse souvent les personnes sans papiers, refus de prise en charge pour les sortants de prison par le service pénitentiaire. Il n'est pas toujours possible, aux travailleurs sociaux de leur ouvrir des droits (RMI, logement...). De même, une ouverture de compte peut poser problème car même si les banques sont tenues d'ouvrir un compte, elles s'obstinent à faire appliquer leur règlement intérieur qui implique de fournir une pièce d'identité.

c. Mise à disposition de matériel de prévention

Afin de faciliter la compréhension de la réalisation de cette mission, nous avons décidé de présenter ci-dessous un tableau présentant les matériels distribués ainsi que les commentaires des écarts par rapport à l'année précédente.

Mise à disposition du matériel de prévention	2006	2007	%	2008	%
File active	4 235	5 318	+21%	4650	-12,6
Seringues données	117478	134 919	+13%	107257	-20.6%
Jetons distribués	10 367	10 786	+3.9%	9885	-8.4%
Brochures et matériels d'information	5 692	7 056	+19.34%	4250	-40%
Stéricups	non précisé	80 343		76752	- 0.95%
Eau ppi	non précisé	99 358		93086	- 6.4%
Tampons alcoolisés	127478	145 992	+12.7%	122778	-16%
Préservatifs hommes	38 603	34 977	-9.4%	38503	+9.2%
Préservatifs féminins	187	404	53.72%	484	+16.73%
Pipes à crack	111 957	12 782	+8.75%	10512	-17.8%
Seringues souillées récupérées	16 058	14 857	-7.5%	7861	- 47.1%
Stérifilts	25 883	31 115	+16.82%	17260	-44.53%
Crèmes cicatrisantes	12 543	35 828	+65%	25815	-27.95%
Embouts de pipes a crack	non précisé	25564		22077	-13.65%
Récupérateurs de seringues mis à disposition	697	413	-40.75%	126	-69.5%

Seringues

La diminution du nombre de seringues distribuées est à mettre en relation avec la diminution de la file active du CAARUD.

Nous pouvons cependant émettre une deuxième hypothèse qui est celle du passage d'un bon nombre d'injecteurs à la consommation par voie fumable.

Récupération de seringues souillées

Le nombre de seringues souillées récupérées est à mettre en lien avec le nombre de récupérateurs de seringues mis à disposition. En ce qui concerne la mise à disposition de matériel de prévention, comme nous vous l'avons précisé dans le rapport d'activité standardisé 2007, le faible nombre de seringues récupérées est à mettre en relation avec la diminution du nombre de conteneurs mis à notre disposition par SMACH (Service de la Ville de Paris). De 413 récupérateurs obtenus en 2007 nous n'avons pu bénéficier que 126 en 2008. Il est pratiquement impossible pour un usager, sans moyen de locomotion propre, de restituer les seringues sans ces conteneurs. En cas de contrôle de police avec fouille corporelle, la présence d'une seringue souillée est vécue comme une menace par les policiers et rend le contrôle beaucoup plus violent.

Jetons

La diminution des jetons distribués est à mettre en relation avec la diminution de la file active. Cependant, selon les données recueillies par SAFE, notre CAARUD continue d'être un des plus importants distributeurs de jetons à l'échelle parisienne.

Brochures et matériels d'information

Au cours de l'année 2008, nous avons pu constater un certain « désintérêt » pour les plaquettes et brochures de prévention, à l'exception des modes d'emploi des préservatifs et des plaquettes sur le crack et les overdoses. Ceci nous a amenés à réactualiser et rééditer ces deux plaquettes.

Dosettes d'eau pour préparation injectable (ppi), stéricups - Tampons alcoolisés - Stérifilt

La baisse de la demande de matériel de réduction des risques liés à la consommation par voie injectable est à mettre en relation avec la diminution des seringues distribuées, et également avec la diminution de la file active.

Préservatifs masculins - Préservatifs féminins (Fémidon) :

L'augmentation de la demande de préservatifs masculins et féminins s'explique par l'obtention de dons qui nous ont été faits par l'association Solidarité Sida.

Ceci peut également s'expliquer par l'augmentation des journées de sensibilisation et de prévention des maladies infectieuses pendant lesquelles cette distribution est plus importante.

Pipes à crack

La généralisation de la mise à disposition des pipes à crack par des associations partenaires (Charonne, Gaïa, Boréal...) pourrait être à l'origine de cette baisse en 2008. De même, pour le matériel de prévention annexes à la consommation par voie fumable, tels que : **embouts et crème cicatrisante**.

Pour clore cette partie concernant l'analyse des données quantitatives du rapport ASA CAARUD, nous avons observé une baisse de la distribution de matériel de l'ordre de 22% par rapport à 2007 (kit base, notamment). Cette diminution pourrait être synthétiquement expliquée par trois phénomènes :

- D'une part, il existe aujourd'hui, une généralisation de la distribution des kits base, étendue désormais à l'ensemble des associations partenaires où les usagers de drogue peuvent se fournir ;
- D'autre part, le déplacement des scènes de consommation et de vente de drogue, qui ont éloigné les usagers de notre Centre d'Accueil et de notre programme d'échanges de seringues, STEP ;
- Et enfin, la limitation de distribution de matériel qu'il a fallu imposer aux usagers, pour des questions de limites budgétaires, qui a peut-être eu une incidence sur la diminution de la fréquentation de STEP.

4. Interventions de proximité à l'extérieur des deux antennes du CAARUD en vue d'établir un contact avec les usagers : le travail de rue et la Scène de la Briche

a) Travail de rue :

Le travail de rue est réalisé essentiellement par l'équipe de STEP, sur une base de deux heures bi-hebdomadaires (l'après-midi), a été renforcé cette année par quatre heures supplémentaires, en soirée, pour offrir une meilleure couverture horaire et s'adapter, toujours au plus près des réalités et du rythme de vie des usagers de drogue.

Ces sorties apparaissent toujours comme un pôle essentiel de notre action de réduction des risques: informations, messages de prévention, mise à disposition de matériels, prennent dans le cadre de la rue un sens particulier.

Cela représente également un lieu d'observation et d'évaluation de besoins particulier: passages et « ambiance » au sein du quartier, présence de traces de consommations, déplacements des scènes ouvertes, ou appropriation particulière de l'espace urbain... une attention accrue est portée à la « sécurité » et à l'hygiène des lieux visités (tels que parkings, places, escaliers de bâtiments publics, squares..) où sont systématiquement récupérés les seringues souillées².

Le travail de rue permet également de maintenir et consolider les liens entretenus avec commerçants, habitants du quartier et partenaires.

Voici, pour illustrer plus concrètement nos pratiques, l'exemple d'une sortie, relatée par l'équipe de STEP dans le cadre du travail de rue :

² Avant chaque sortie de travail de rue, un sac est préparé, contenant entre autre, le matériel nécessaire à la récupération de matériel d'injection souillé : pincettes spéciales, gants, conteneurs sécurisés.

(La sortie a lieu un vendredi soir, de 18H à 20H, deux éducateurs y participent, un homme et une femme).

« Ce soir, il fait très froid, la présence policière est nombreuse et apparente. Nous partons en direction de l'hôpital Lariboisière, et croisons une personne connue du service en chemin. Nous échangeons un instant, lui reprecisons les dates de dépistages « hors les murs » qui ont lieux prochainement à STEP, lui proposons de les diffuser autour de lui. Nous décidons de descendre inspecter le parking souterrain de l'hôpital, suite à des observations faites, de la part d'une personne accueillie régulièrement dans notre service, sur la présence de matériel d'injection, souillé, dans ce périmètre.

Après être descendus par un premier escalier, nous inspectons un sous-sol, parfaitement propre et désert, nous le traversons pour rejoindre l'escalier opposé. Après avoir gravi un premier étage, nous nous retrouvons face à deux personnes qui viennent manifestement de faire un shoot. Un Stéribox est ouvert devant eux, l'une des personnes tient une seringue à la main (présence de sang dans celle-ci, signe qu'elle a servi).

Nous nous présentons rapidement, ainsi que la structure, ses missions, proposons plaquettes de préventions et matériel d'injection stérile.

Nos propositions sont poliment refusées, nous nous éclipsons. Nous nous dirigeons vers la gare, elle est noire de monde, nous sortons sur l'esplanade extérieure, beaucoup de personnes sont présentes aussi, notamment une dizaine de personnes installées sur des lits de fortune, dans un état de santé visiblement très dégradé. Nous notons la présence de petits groupes de personnes (2/3), une grande majorité d'entre elles consomme de l'alcool.

Nous partons en direction du Bd Denain, plusieurs usagers connus de STEP sont là, accompagnés de quelques personnes que nous ne connaissons pas. Nous échangeons ensemble : lieux potentiels pour mettre en place des « veillées musicales », création d'un blog, à l'initiative d'une usagère et à destination des « gens de la rue », discussions concernant la convocation imminente d'un usager, conditions de vie des uns et des autres...

Direction ensuite le Bd Magenta, puis Barbès. Nous croisons 4 personnes, pressées ou accompagnées, avec lesquelles nous n'échangeons que quelques saluts.

Devant la sortie de métro Barbès, beaucoup de monde et de bruit, notamment de disputes, qui opposent deux groupes (les personnes impliquées semblent sous l'emprise de l'alcool ; peut être associé à d'autres produits), une femme nous demande quelques jetons de Distribox, puis nous parle de la pénurie de « médicaments de rue » (Buprénorphine, Sulfate de morphine.). Un homme, ancien usager, s'entretient longuement avec nous du cheminement qui l'a mené à une abstinence totale de produits psycho actifs, et d'un séjour récent en Suisse ; où, nous dit il, « la Méthadone est très disponible, même en gélules, y'en a partout, ça va arriver ici ».

Plus loin, deux usagers que nous connaissons nous parlent de « l'embrouille » qui a eu lieu quelques instants plus tôt. Nous apprenons, grâce à eux, qu'elle était due, semble-t-il, à un règlement de compte entre une personne sortie récemment de détention et ceux qu'elle aurait « balancés » pour bénéficier d'une remise de peine.

Nous achevons notre sortie par un passage, rue Myrha, très tranquille, traversons le square Léon, calme et silencieux lui aussi.

Quant à l'intervention de l'équipe du Centre d'Accueil, elle se déroule au quotidien aux abords de l'antenne. Cette proximité avec les usagers apparaît comme un vecteur essentiel de prévention et de réduction des risques au long terme. Ainsi, nous relayons à la fois de l'information et des messages de prévention.

Notre présence à l'extérieur renforce et maintient les liens de proximité que nous entretenons avec les habitants du quartier. Nous sommes vigilants à veiller à maintenir une harmonie entre les usagers et les riverains.

b) La scène ouverte de la Briche à Saint-Denis :

Sous l'impulsion de nos organismes de tutelle (la DASS, ainsi que la Préfecture), nous avons travaillé étroitement avec nos différents partenaires sur le squat de Saint-Denis, dont le but recherché était de coordonner la gestion des usagers de drogues sur le site de La Briche tout en veillant à la réduction des risques sanitaires et sociaux. Les modalités de cette intervention ponctuelle se sont construites en lien avec les autres associations du 18ème et du 93 afin de répartir les équipes sur des amplitudes horaires différentes.

Ainsi nous avons fonctionné en binôme : avec la Coordination Toxicomanies (CT) les mardis de 10h à 12h pour le Centre d'Accueil et avec l'association AIDES (93) les mardis de 15h à 17h pour STEP.

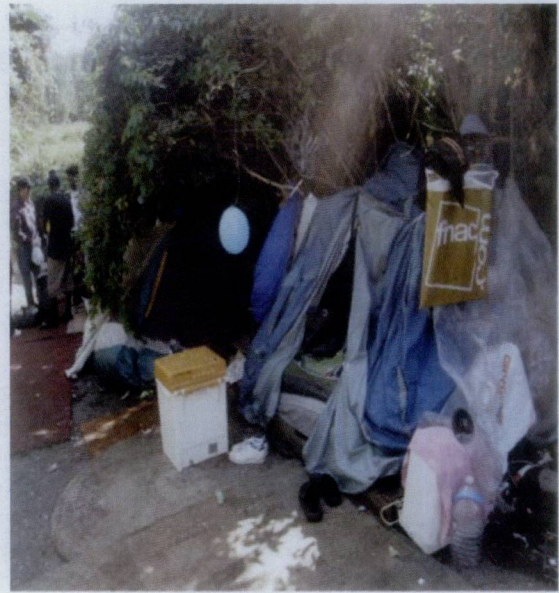
Ce travail d'intervention dans le squat s'est fait en deux temps. Dans un premier moment, en juillet, deux animateurs ont fait un « diagnostic rapide d'observation » de la scène ouverte sur la demande des tutelles. Puis, dans un second temps, d'août à octobre 2008 (date de l'évacuation des derniers usagers), l'équipe du CAARUD est intervenue de façon continue sur le terrain.



Sur le site de la Briche, nous avons réalisé :

Actions en RDR sur la Briche	Fréquence des actes réalisés
Petits soins (crèmes, pansements, ...)	A chaque fois
Orientations vers pompiers/hôpital	2 fois
Préservatifs	1200
Matériel de prévention (crème alcool....)	280
Gobelets / Sacs poubelles	800 - 100
Serviettes hygiéniques / Brosse à dent, dentifrice	(90- 130- 70)
Plaquettes de prévention/Informations	140

Lors de ce travail, nous avons rencontré une quarantaine d'usagers différents sur 2 mois et demi, que nous avons orientés le plus souvent vers le bus de l'association AIDES (93), informés, *et/ou* incités, voire accompagnés vers les structures de soins.



Affiches de Prévention réalisées en partenariat pour le site de la « Briche de Saint Denis »

**NE PARTAGE PAS
NE REUTILISE PAS !**

A chaque personne son kiff,
à chaque personne son matos,
à chaque kiff son matos

Partager son matériel de consommation, c'est partager des maladies (sida, hépatites, tuberculose, herpès...)
Réutiliser du matériel de consommation, même personnel, c'est s'exposer à rendre certaines de ces maladies plus résistantes aux traitements quand on a déjà été contaminé.

Des embouts, des kits base, des seringues mais aussi des préservatifs et d'autres matériels de prévention à usage unique et individuel sont disponibles gratuitement, tous les jours du lundi au vendredi, durant les heures de présence des intervenants de réduction des risques et des bus AIDES et GAÏA stationnés sur le terre-plein près de l'arrêt du tramway.

Pour te prémunir des multiples risques pour la santé qu'entraîne la consommation de drogues, n'hésite pas à en parler et à questionner les intervenants sociaux présents sur le site du lundi au vendredi.

PERMANENCE SOCIALE

**NE PARTAGE PAS
NE REUTILISE PAS !**

A chaque personne son kiff
à chaque personne son matos,
à chaque kiff son matos

5. Participation au dispositif de veille sanitaire, à la recherche, à la prévention et formation en vue de l'adaptation des outils de réduction des risques.

L'équipe du CAARUD d'EGO participe régulièrement à l'élaboration de recherches, ou de rapports émanant d'organismes officiels. Comme les années précédentes, en 2008, nous avons répondu au questionnaire qualitatif pour l'élaboration du rapport Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND) à l'échelle de Paris, coordonné par l'Observatoire Régional de la Santé Ile-de-France.

Nous avons également participé activement au travail d'enquête réalisé par l'INVS en partenariat avec l'ANRS, en vue de l'évaluation des outils destinés aux usagers de crack par voie fumable (pipes à crack, etc.).

Introduction

Le Centre d'Accueil et le PES-STEP de l'association proposent, grâce au soutien de la Mission de Prévention des Toxicomanies de la DASES, Ville de Paris, des ateliers en direction du public d'usagers de drogue accueillis au sein de leurs deux espaces d'accueil situés respectivement au 13, rue Saint-Luc et au 56, boulevard de La Chapelle à Paris 18°.

L'objectif des ateliers n'est ni thérapeutique, ni occupationnel. Ces ateliers visent à développer les capacités et les talents tout en renforçant l'estime de soi des participants.

Pour la plupart des usagers, ces ateliers constituent une expérience inédite car ils n'ont jamais pu bénéficier de telles opportunités.

Pour cela, participer à ces actions prend parfois du temps, chacun évoluant à un rythme propre, mais avec des résultats très probants, tant du point de vue de la socialisation que du développement des compétences psycho-sociales. Certains y ont acquis des compétences qui leur ont permis d'accéder à de nouveaux métiers.

1. Ateliers et activités, avec pour objectif, la resocialisation des personnes accueillies au Centre d'Accueil et à STEP

a) L' atelier Arts Plastiques

Cet atelier mis en œuvre par un intervenant de l'association « Les Commun'Arts » a pour objectif d'amener le public à s'exprimer et à accomplir une réelle démarche artistique.

L'accès à des activités culturelles permet à l'individu de se retrouver dans son identité, et de là, à renforcer l'estime de soi, par l'éveil de la conscience de ses capacités propres.

Les animateurs accompagnent les participants dans leurs créations, avec une reconnaissance de leur personne dans sa globalité et dans sa dignité.

L'atelier a lieu dans la salle d'activités de 15h à 17h30 tous les lundis.

A chaque séance sont proposées des techniques différentes (acrylique sur toiles, aquarelle, fusain, gravure, dessin d'après modèles photo, etc.) Les thématiques sont décidées en concertation avec les animateurs, et selon l'attente des usagers (quelques exemples de thèmes : travail pictural sur une couleur, expression spontanée sur une idée ou un sentiment, sur comment on se perçoit, travail graphique sur l'enfermement, autoportraits abstraits en volume, calligraphie tag d'un pseudo, jeux de dessin collectifs, peintures à 4 mains, etc).



L'atelier, attenant à l'espace d'accueil, permet une grande souplesse quand à la participation des usagers qui entrent dans la salle par simple curiosité, pour saluer les animateurs et les participants. Ils sont toujours invités à s'installer avec eux et à participer s'ils le souhaitent, ou bien à rester un moment à observer et à profiter de l'ambiance détendue et conviviale.

Un espace de création et de socialisation :

Au cours de la réalisation des travaux artistiques, les échanges verbaux (en rapport ou non avec le sujet) sont très riches et font de cet espace de socialisation, un espace à part. Cela est possible par la méthodologie d'accompagnement des ateliers qui prend en compte l'usager dans son intégralité, en valorisant ses atouts et ses compétences.

Ces moments privilégiés sont souvent ressentis par les usagers comme une parenthèse dans leur mode de vie quotidien et ils nous disent fréquemment "Je n'ai pas vu passer le temps", ou "Déjà 17h30, c'est incroyable".

Ils semblent en être les premiers surpris et en ressentir un certain plaisir.

D'autre part nous constatons chez certains, une trajectoire vers le « mieux-être » (social, médical ou en rapport avec leur consommation) qui va de pair avec leur fréquentation de plus en plus régulière à l'atelier. Cette continuité a permis à quelques usagers de développer une approche artistique personnelle et riche.

Cet aspect tendrait à montrer que certains usagers trouvent dans la pratique artistique et dans l'accès à la culture un accompagnement et un renforcement de leurs démarches de réinsertion.

Sur l'année 2008 se sont tenues 39 séances d'ateliers d'arts plastiques (dessin et peinture). Un nombre total de 250 passages a eu lieu durant l'année (dont 1/4 constitué de femmes).

b) Atelier Modelage

Au cours de l'année 2008, l'atelier Modelage a été pensé en complémentarité avec l'atelier des Arts Plastiques et a été reconduit sur 19 séances en 2008 à raison de tous les quinze jours.

L'atelier est animé par le même plasticien qui anime celui des Arts Plastiques (de l'association « Les Commun'arts ») ainsi que par un animateur du Centre d'Accueil. .

Pour éviter le stockage des pièces réalisées, nous avons décidé de remplacer la terre glaise par de la pâte à modeler. Les anciennes pièces ont été photographiées et les photos distribuées aux usagers.

Chaque séance avait un fil conducteur. Les œuvres sont réalisées à partir de scènes de la vie quotidienne ou des expériences de chaque participant.



c) L'atelier Écriture

L'atelier, reconduit en 2008, a été animé par Dorothee LETESSIER, écrivain et auteur du livre « Le voyage à Paimpol » et par une animatrice du Centre d'Accueil. La participation est difficile car un nombre non négligeable d'utilisateurs ne sait ni lire ni écrire.

32 séances se sont déroulées avec une présence annuelle de 38 hommes et de 13 femmes, soit 51 personnes. A « cette troupe d'écrivains en herbe » sont venus se joindre ponctuellement, animés par l'aventure des mots, 12 membres de l'équipe d'EGO (CSST, Journal Alter-Ego, Centre d'Accueil).

Au sein de l'atelier, les participants ont pu s'exprimer sur une trentaine de thèmes lancés sous la forme d'amorces de récits, telles que « je vais vous raconter l'histoire de....., ou « si j'avais un château..... » Ou encore « j'ai rencontré » ». Une fois les textes écrits et relus en silence par les auteurs, une lecture des textes était proposée aux personnes qui le souhaitaient, les plus timides laissant lire leur écrit par un autre participant. La responsable de l'atelier a proposé comme alternative, des commentaires de photos qui engageaient moins les personnes à parler d'elles-mêmes, leur permettant ainsi de prendre de la distance avec leur quotidien et de se projeter dans un autre présent que le leur, le temps d'un récit.

En voici quelques exemples :

Thème: Les mots, à quoi ça sert?

Un usager fréquentant l'accueil a écrit le texte suivant:

« Ils sont là ; toujours présents, inutiles ou utiles mais presque toujours trop longs pour l'amour, trop courts pour aimer, enfin! A faire comprendre qu'on aime, que l'on sait aimer, quoi? Les mots servent à tout ça, c'est tout???? non, ils servent pour tout et pour rien....

Pour s'enflammer, pour s'énerver, se faire comprendre des autres, à mentir, à apprendre, à tromper, à ruser, à savoir, à être, à réaliser l'irréel, cela nous apporte la gaieté, nous enflamme le cœur, nous rend heureux ou triste. S'exprimer n'est pas à la portée de tout le monde ou alors c'est le contraire? Bien évidemment, nous apprenons de tous, toute une vie, sans les mots tout cela serait très triste. Alors, pourquoi certains n'ont pas besoin des mots? Peut être qu'ils sont aveugles mais ils ont leur propre langage.....le braille.

D'autres n'entendent pas mais parlent

D'autres encore entendent mais ne parlent point.....

Mais tous ont en commun les mêmes mots pour faire passer leurs émotions, leurs crises de nerfs, leurs flatteries.....

.... et toi qu'aimes tu comme mots? Les mots les plus beaux à mes oreilles : « aimer, amitié, amour, je t'aime » et pour finir, pleurer c'est beau »

Un autre usager :

« J'ai participé à l'atelier écriture parce que je voulais parler de ma pauvre vie que je m'astreins à remettre dans le droit chemin. Au début, je ne voyais pas trop ce que je pouvais faire à l'accueil mais plus le temps passe et plus il s'éclaircit, je ne dis pas qu'il va devenir très bleu mais quand même j'aimerais bien que ça change. Aujourd'hui, j'ai reçu une bonne nouvelle, j'ai eu ce que je voulais, maintenant à moi de savoir garder ce que je veux réellement. Voilà à quoi me servent les mots aujourd'hui. »

Thème : le texte à trou

Une usagère, le 16/10/08

« Je n'ose pas de te dire que je te quitte définitivement compte tenu de mes problèmes que tu connais déjà (de travail et de santé)

mais ta réaction m'étonne, j'ai l'impression que tu fais exprès de ne pas comprendre ma situation c'est une chose qui me fait très mal mais tant pis. Je m'en vais quand même j'espère que tu comprends mon choix.

« Je suis venue ici, le cœur lourd,

pour te dire que je ne sais plus quoi penser, tu comprends ?

Tu réponds : que tu entends tout ça, une fois de plus

Mais je sens bien que comme moi tu es fatigué, dépassé, dérouté

En tout cas, j'espère que tu iras bien un jour prochain

Je repars avec l'esprit plus las que jamais »

Malgré la baisse de fréquentation de cet atelier, nous ne percevons pas cela comme un échec mais comme un moment de transition que nous devons accepter comme inhérent à tout changement. Nous gardons, néanmoins, l'espoir de voir renaître l'envie et le désir d'écrire, au sein de notre public, peut être sous une autre forme comme de leur proposer d'investir notre journal associatif « Alter-Ego ».

d) L'atelier Théâtre



Il est incontestable que ces ateliers sont des facteurs d'empowerment, d'estime de soi et de reconnaissance sociale.

Chaque année, nous devons recréer, pour cet atelier une dynamique nouvelle capable de remobiliser un public d'usagers de drogue. C'est un effort difficile mais qui mérite d'être renouvelé.

Déjà 8 ans que cette activité a lieu au sein du Centre d'Accueil. Cet atelier est le plus ancien proposé aux usagers d'EGO.

Il a lieu tous les mardis de 15h30 à 17h30, l'encadrement est assuré à la fois par un animateur du Centre d'Accueil et par S. HAGGAI, metteur en scène et habitante du quartier. 52 séances ont eu lieu sur l'année 2008.

Les acteurs ont préparé une pièce pour être jouée à la Journée mondiale de lutte contre le SIDA. L'objectif de cette mise en scène était de « réclamer un peu de considération pour ceux qui sont décédés, pour ceux qui souffrent, pour ceux qui sont sur le terrain, pour ceux qui s'engagent dans les campagnes de prévention ». Cette pièce a été jouée Salle Saint-Bruno le 1 décembre 2008.

La Mairie de 18ème arrondissement a sollicité cette troupe de théâtre pour une représentation supplémentaire le 3 décembre, toujours dans le cadre de la Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA.. Cette représentation a eu lieu au sein de la Mairie d'arrondissement, ce qui témoigne de la reconnaissance et de l'intérêt que suscite cette expérience.

Il est incontestable que ces ateliers sont des facteurs d'empowerment, d'estime de soi et de reconnaissance sociale.

Chaque année, nous devons recréer, pour cet atelier une dynamique nouvelle capable de remobiliser un public d'usagers de drogue. C'est un effort difficile mais qui mérite d'être renouvelé.

e) L'atelier « Bien être des femmes »

Cet atelier, ouvert depuis 2 ans aujourd'hui, se déroule une fois par semaine de 14h à 15h le mardi. En 2008, 31 séances de cet atelier ont eu lieu avec une moyenne de participation de 3 femmes par séance.

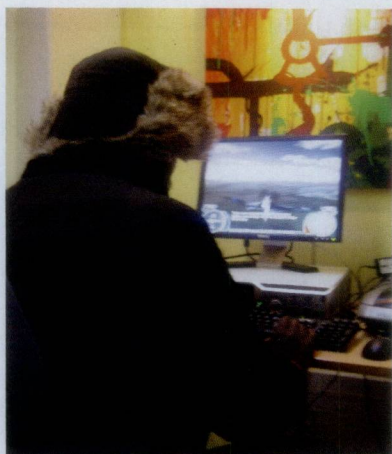
Nous avons conservé le même support que celui de 2007, à savoir du matériel esthétique (lime, gommage des mains, vernis). Au fur et à mesure des rencontres et des demandes nous avons collecté des échantillons de parfum, de maquillage et de soin du visage obtenus par le biais des quelques pharmaciens et de la part de magasins Marionnaud.

L'objectif est de pouvoir créer un lien de confiance, de travailler autour de la féminité. Au travers de « nos causeries de filles » nous n'oublions pas qu'il est essentiel de ne pas perdre de vue le travail autour de l'estime de soi et d'essayer, à minima, de restaurer une image positive de ce qu'elles sont, malgré leurs conditions de vie très précarisées.

Les femmes parlent ainsi librement de leur conjugalité, de la violence vécue en tant que femme dans la rue (séquestration, viol.....), de parentalité, et de prostitution. Une coiffeuse bénévole est venue trois fois dans l'atelier et a coiffé une douzaine d'usagères enthousiastes.



F) Atelier informatique



Cet atelier, actif depuis quatre ans à STEP, a lieu deux fois par semaine, les mardis et jeudis de 18h à 20h.

Cinq postes informatiques sont disponibles. Ces postes, obtenus grâce à des dons (AGF Assurance, Ecole de Graphisme...) sont, depuis cette année, connectés à Internet.

Un accueillant est présent pendant deux heures, afin d'accompagner les personnes dans leurs démarches et apprentissages.

Les personnes accueillies peuvent y participer sans rendez-vous, à la seule condition qu'un poste soit libre.

Les demandes sont toujours très diverses :

- initiation à l'informatique et au maniement d'un ordinateur, qui peut être proposé à partir de jeux vidéo ou de recherches web,
- rédaction de CV, ou documents administratifs, Ceci permet une première approche ludique et concrète, de l'utilisation des fonctions de base (utiliser un clavier, une souris, etc),
- créations d'adresses Internet pour répondre, par exemple, à des offres d'emploi ou communiquer avec des proches,
- rédaction de chansons en lien avec l'atelier musique,
- consultation de comptes à distance, ASSEDIC, sécurité sociale etc.,
- visionnage de clips musicaux,
- consultation de quotidiens, photos, articles, via Internet.

La file active se situe toujours autour d'une cinquantaine de participants, dont une dizaine de femmes.

Deux usagers fréquentent l'atelier de façon extrêmement régulière ; la plupart des autres participants s'y rendent occasionnellement, souvent motivés par des démarches précises et ponctuelles.

Mais tout au long de l'année, d'autres usagers rejoignent également cet atelier, après avoir observé qu'il se déroulait sans difficultés ni contraintes spécifiques.

g) L'atelier Musique

L'accueil la participation n'est soumise à aucune condition, à des horaires et dans des endroits définis (au gymnase, par exemple où nous côtoyons des habitants du quartier, sportifs, gymnastes) qui ont pris l'habitude de nous voir installer notre matériel dans la salle de danse.

Ceux qui veulent apprendre la musique sans en avoir jamais fait, comme ceux qui jouent déjà sont acceptés. Nous avons récupéré des instruments de ci de là, au hasard des dons de sympathisants. Des musiciens professionnels sont venus nous offrir leurs conseils, le journal « le Lien Social » a écrit un article nous concernant.

Cette année, Raphaël LUTRAN, ami d'un stagiaire présent à STEP, a réalisé un court métrage intitulé « les Bolcheviks Anonymes, une expérience musicale ».

L'accent a été mis sur « l'esprit musical » : Résonner et raisonner. **On est un groupe** et chacun dépend de l'autre. L'accent est mis sur la ponctualité et la régularité aux répétitions. Bien sûr, il a fallu motiver les participants et leur prouver que « tout est possible », les entraîner dans la « ronde »... Il a fallu s'accoutumer à réagir au bon moment dans la mesure, décoller, mettre une intention, une expression et surtout, ... savoir atterrir... ranger et prendre soin du matériel.

La répétition finie, l'« esprit » est là, on échange, on plaisante, **on a oublié la rue**, les soucis. Nous répétons depuis peu au Centre Musical Barbara qui vient d'ouvrir dans le quartier. Nous y sommes accueillis comme des « professionnels » par une équipe sympathique et très dynamique le jeudi soir de 20h30 à 22h30. Après la répétition, nous allons souvent passer un dernier moment au café « la Goutte Rouge » où nous avons déjà joué (fête de la Goutte d'Or 2007). Là, nous retrouvons une convivialité simple, sans barrières mais respectueuse.



Pourquoi des concerts ? N'importe quelle musique est faite pour être écoutée. Le souhait de chacun était de montrer ce qu'il a construit, ce qu'il a appris, ce qu'il a gardé.

Nous avons été invités à jouer par d'autres structures (ACERMA, Emmaüs, Kaléidoscope...).

Notre envie étant de continuer à « célébrer » des fêtes, à rencontrer d'autres gens, d'autres ateliers.

Nous prévoyons de **réaliser un enregistrement**, qui représenterait **l'accomplissement de trois années de travail**.

L'un de nos projets à plus long terme est de créer des chansons autour de messages de prévention.

Cette année, à la demande d'un ami des musiciens de l'atelier, nous avons participé au « **Palais Bar** » à un mini festival en compagnie d'autres groupes (ce qui permet aux membres de l'atelier de rencontrer d'autres musiciens et de partager des expériences).

Pour la fête de la Goutte d'Or, le 1er juillet, nous avons été invités à ouvrir la « scène ouverte » consacrée aux habitants du quartier. Le concert s'est déroulé au Centre Musical « Barbara » dans des conditions professionnelles, avec une balance du son, un horaire précis, des loges et pour finir, un repas ensemble Salle St-Bruno.

Enfin, nous avons eu également l'occasion de jouer pour la journée contre le SIDA, le 1er décembre et le 24 décembre pour accompagner, rituellement; la fête de fin d'année d'EGO.

Cet atelier, extrêmement dynamique, favorisant la mixité, attire toujours un grand nombre de participants et mobilise régulièrement une cinquantaine de personnes afin d'assurer les répétitions et les représentations.

h) Les prêts et dons de livres

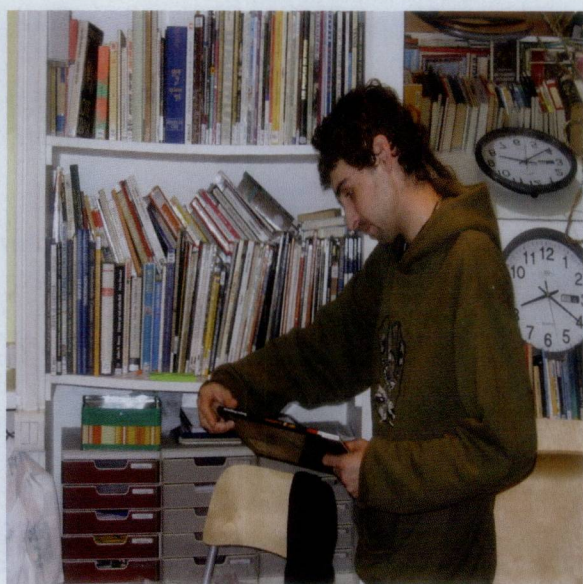
Cirul'livre³ consiste à mettre gracieusement des livres (estampillés au logo de l'opération) à la disposition des habitants en leur demandant seulement de les remettre à leur tour en circulation après lecture.

C'est ainsi que les usagers de STEP ont pu profiter d'un grand nombre d'ouvrages mis à leur disposition.

La plupart du temps, les usagers demandent spontanément à passer de l'autre côté du comptoir afin de pouvoir choisir un livre. Certains ont même leurs préférences littéraires.

Ce partenariat avec Circul'livre a été accueilli avec enthousiasme par les usagers : il leur permet un plus grand panel de choix, mais constitue aussi un support de relation différent, valorisant et récréatif avec l'équipe.

Cette initiative permet aux personnes que nous accueillons de s'échapper quelques heures de l'univers de la rue pour rejoindre celui de la littérature et de l'imaginaire.



2 Ateliers à visée d'hygiène et de relaxation, et de promotion de la santé des usagers de drogue

a) L'atelier Pieds/Mains

Les usagers de drogues en situation de grande précarité, souffrent de pathologies des pieds et des mains spécifiques à leur consommation de drogue, et à leurs conditions de vie.

Un atelier pieds et mains a été mis en place depuis de nombreuses années, afin de répondre aux besoins de bien être et d'hygiène des usagers de drogues. Il est important, dans un PES, où un pan essentiel des missions est dédié à la réduction des risques, que nous soyons capables de proposer aux usagers de drogues des réponses concrètes leur permettant de prendre soin de leur corps.

Les pathologies rencontrées sont souvent similaires. Concernant les pieds, des durillons, des peaux mortes, un dessèchement général de la voûte plantaire et des mycoses sont observés chez un grand nombre de personnes accueillies.

Ces pathologies, si elles peuvent paraître sans gravité, sont toutefois rencontrées ici dans un tel état d'évolution, qu'une intervention de soin s'avère indispensable, pour éviter la souffrance, les difficultés de mobilité, et les douleurs dorsales qu'elles entraînent.



Ces pathologies (qu'il s'agit de contrer le plus précocement possible) sont la conséquence d'un mode de vie précaire, incompatible avec une hygiène et un suivi sanitaire suffisants.

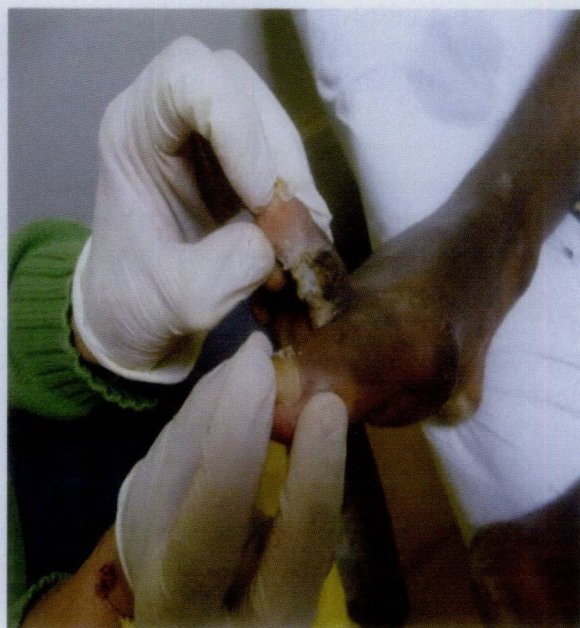
En ce qui concerne les mains, les pathologies les plus fréquentes, sont : des coupures profondes parfois même jusqu'à des mutilations, des brûlures, des ampoules, des crevasses, des callosités, et un dessèchement important de la peau.

Ces blessures, résultent du mode de consommation du crack, où des lames de cutters sont très couramment utilisées pour couper le produit, dénuder des fils électriques qui servent ensuite de filtres, qui manipulés, roulés, entraînent également des micros lésions répétées, ainsi que l'utilisation répétitive d'une molette de briquet, souvent surchauffée.

Sans accès à un pôle sanitaire, à des soins, à une hygiène journalière, toutes ces manipulations qui entraînent infections, brûlures, et lésions, exposent les personnes que nous accueillons à des problèmes de santé plus importants, qui, laissés comme tels, risquent de dégénérer rapidement.

L'atelier se déroule tous les soirs (horaires suivent ceux de l'ouverture du PES) sauf lors de la permanence médicale, qui a lieu une fois par semaine.

Il n'est pas nécessaire de s'y inscrire, les demandes et propositions se faisant spontanément. Les rendez-vous ont lieu dans un petit local consacré aux soins (médicaux ou lors de l'atelier). Cette régularité a permis aux personnes accueillies d'investir l'atelier selon leurs besoins, si certains se présentent dans un état de santé critique, ou si la marche n'est alors possible qu'au prix de grandes souffrances, d'autres se présentent régulièrement, pour entretenir des soins réguliers.



Outre le soulagement physique immédiat que permet l'atelier, il offre aussi une conscientisation du corps, de l'hygiène, du bien être que peut procurer un corps entretenu et écouté. Cette année a vu se créer une nouvelle pratique au sein de l'atelier.

Cherchant toujours à se rapprocher d'avantage de la réalité des personnes accueillies, nous avons réalisé des ateliers de soins hors les murs, en allant sur un des lieux de vie connu du service : le squat Saint Denis.

Là, des usagers de drogues ont pu recevoir un soin sur place, tandis que d'autres ont pu apprendre l'existence de cet atelier au sein du local de STEP, les modalités de soins proposés et la possibilité de s'y inscrire lorsqu'ils le souhaiteraient.

b) L'atelier de réflexologie

Cet atelier a lieu depuis 3 ans avec une fréquence de 2 à 4 fois par mois de 18h à 21h30. Il est ainsi réalisé par un bénévole possédant une formation en réflexologie, encadré par un éducateur afin de veiller aux mesures d'hygiène liées à la réduction des risques.

Les séances ont tout d'abord commencé à titre expérimental, et bien évidemment gratuit.

L'atelier commence par un bain de pied de 10 à 15 minutes avec des plantes. Puis une première partie composée de manipulations préparatoires et dans la seconde partie le massage en lui-même pour une durée de 40 à 50 min.

Les usagers sont d'abord surpris par ce soin puis rapidement les bénéfices du massage procurent une sensation de confiance. Cela facilite la discussion autour des problèmes de santé, autant physiques que psychiques (entraînant ainsi des orientations).

Le corps se relâche et la personne s'endort parfois profondément au bout d'un certain temps ; la personne s'anime et parle beaucoup, on peut noter un relâchement au niveau du visage une fois le massage terminé ou durant celui-ci.

On voit souvent des personnes revenir avec de grands sourires ; et solliciter eux même un autre rendez vous.



Partie V. Les activités collectives

1. Le déploiement des mesures visant à l'amélioration des droits des usagers : Le Conseil de la vie Sociale (CVS)

Le CVS, anciennement le « Comité des usagers » a été créé à l'initiative des usagers de l'association en 1999. Il s'inscrit dans le respect de la charte des droits et libertés des personnes accueillies définies dans la loi du 2002-02.

L'objectif est de laisser la possibilité aux usagers de drogue de s'exprimer, dans un espace déterminé, sur la vie de l'Association et d'être force de propositions et d'initiatives à développer.

C'est également un lieu d'échange et de consultation sur le fonctionnement institutionnel. Il s'agit de réfléchir autour du mode de vie des usagers de drogue et de leur offrir, au sein de notre association, un espace de libre parole, parfois critique sur le fonctionnement institutionnel.

Le CVS est composé d'un Président qui est élu par les usagers pour 3 ans. Cette élection a eu lieu le 15 octobre 2008.

Le fonctionnement du CVS est identique aux autres années : il est animé par le président et/ou son suppléant ainsi que par un membre de l'équipe. Ce dernier a pour rôle de réguler les interventions entre usagers et entre usagers et l'association. Ce « médiateur » doit également être capable de reformuler et/ou d'éclairer les attentes et demandes des usagers en les mettant en perspective avec les réalités de l'association.

Le CVS se réunit les mercredis de 15h30 à 17h00. Le compte rendu de cette instance et les propositions sont relatés lors de l'Assemblée publique.

Nous retiendrons de cette année 2008, la planification « des rendez-vous mensuels ». Pour être plus explicite, le CVS a proposé d'inviter tous les derniers mercredis du mois, une personne ou une association pour nous présenter son travail. Ainsi, lors de l'assemblée publique nous avons assisté aux rencontres suivantes :

- La narration par des comédiens du récit « Le couloir de la mort »
- La mise en scène du : « le Journal de Clémentine Sarrasin » par une comédienne
- La lecture, par des comédiens de morceaux choisis du livre « J'habite en bas de chez vous »
- L'intervention d'une éducatrice du CSST d'EGO sur la consommation de produits stupéfiants aux Pays Bas
- Un concert du groupe « Les Bolcheviks Anonymes »
- L'histoire des drogues, 1ere partie, animé par la Directrice d'EGO

Au delà de ces rendez vous mensuels, d'autres initiatives ont émané de cette instance.

En effet, le CVS a eu pour ambition d'œuvrer dans la lutte pour la préservation de l'environnement. Nous avons expérimenté l'usage des gobelets en carton durant 4 mois, de janvier à avril 2008. Cependant, malgré l'implication des usagers, les coûts de cette initiative n'ont pu pérenniser cette action. Forts de cette expérience, nous continuons nos efforts en limitant la distribution de gobelets en plastique non recyclable.

Les autres temps fort du CVS ont été les deux sorties organisées par son Président : la visite guidée du château de Compiègne et une ballade dans la ferme pédagogique du Bois de Vincennes. Ces 2 sorties ont permis aux participants de s'éloigner, pour un temps, de leur quotidienneté.

Enfin, des thèmes plus généraux ont été abordés, comme les années précédentes, autour :

- du questionnement sur le fonctionnement et l'articulation du Centre d'Accueil, STEP et le CSST
- de comment est investi l'argent du CAARUD
- de l'inscription à des pièces de théâtre par le biais de « Culture du Cœur »
- de réflexions autour des comportements des usagers dans leur environnement quotidien
- du travail de collaboration autour de la veille sanitaire sur les conditions de vie, les modes de consommation, l'organisation au sein des squats des usagers de drogue.

Pour cette année 2008, le CVS s'est réuni au total 31 fois avec une moyenne de 4 personnes par séances, soit un total de passages de 124 personnes et d'une file active de 59 usagers différents.

2. Les partenariats à visée de sensibilisation et de réduction des risques

En 2008, nous avons continué de développer des activités de sensibilisation et de réductions des risques liés aux consommations de tabac et alcool en partenariat privilégié avec l'ANPAA.

Pour les activités visant la réduction des risques infectieux, nous avons poursuivi en 2008 un riche partenariat engagé depuis plus de 2 ans avec l'association Solidarité Sida.

Cela prend la forme de permanences qui ont pour objectif de sensibiliser les usagers aux risques liés au VIH/Sida et aux autres IST, notamment en amont du dépistage organisé par l'association AREMEDIA.

La mission première des bénévoles à Solidarité Sida, est de créer du lien avec les usagers, lien qui peut se concrétiser dans la durée et permettre de faire « passer » plus facilement nos messages. La création de ce lien passe par l'accueil, la proposition d'une boisson chaude, des discussions sur la vie quotidienne, l'orientation vers les permanents de STEP. Il est certain que ce premier contact est fondamental, dans la mesure où la place des intervenants de Solidarité Sida n'est pas forcément comprise par tout le monde, notamment par ceux qui ne se sentent pas concernés par le risque d'une contamination. Pour les habitués, ils sont devenus les « bénévoles Sida », tout aussi disponibles pour parler d'autre chose que du VIH.

Quant aux relations développées avec les usagers, elles sont plutôt bonnes car les équipes de Solidarité Sida et STEP ont l'habitude de collaborer.

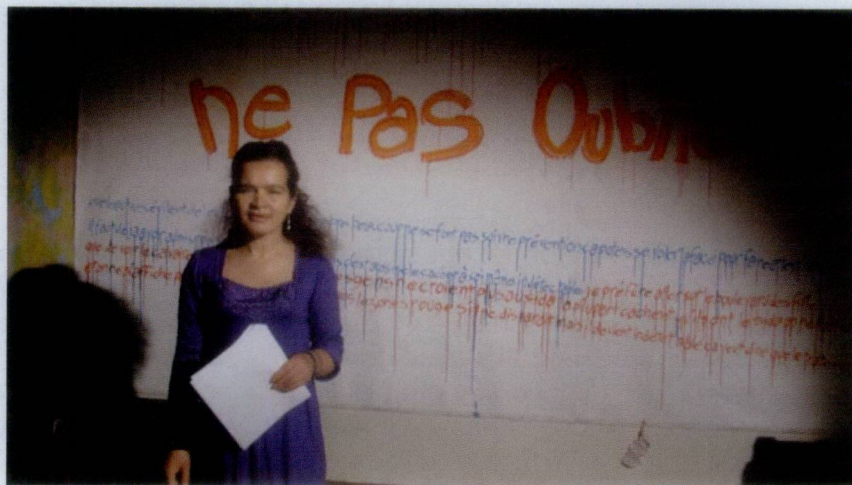
Par rapport aux objectifs de départ, les discussions portent essentiellement sur :

- le préservatif féminin,
- la pose du préservatif masculin,
- le plaisir,
- l'absence de sexualité,
- le problème drogues/plaisir.

Par soirée, un nombre d'environ 15-20 personnes bénéficient d'entretiens plus spécifiques. Les brochures mises à disposition sont très peu demandées, à l'exception de celles concernant le mode d'emploi des préservatifs. Par contre, les préservatifs masculins ont beaucoup de succès ainsi que le gel lubrifiant, et notamment des préservatifs particuliers (nervuré et perlé, par exemple). Le fait de pouvoir proposer des préservatifs différents créé un intérêt supplémentaire très important pour la réussite de ces actions.

La bonne intégration par l'équipe et le partenariat durable entre Solidarité Sida et STEP sont des éléments importants pour se sentir acceptés par les usagers. Cette permanence permet un enrichissement grâce aux rencontres des personnes différentes, mais grâce à l'observation des méthodes de travail, et à la discussion avec les différents professionnels du PES,... C'est une très bonne expérience de terrain !

3. Le 1er décembre : Journée Mondiale de Lutte contre le Sida



La journée du 1^{er} décembre, en hommage à la lutte contre le SIDA, a été le prétexte à toute une série de manifestations autour de la prévention du VIH et des autres maladies virales sexuellement transmissibles.

A cette occasion, l'équipe du Centre d'Accueil, le CSST et STEP ont profité de cet événement afin de proposer aux usagers de drogue 4 thèmes d'informations :

- **Éducation à l'Injection**, Animé par 1 infirmière du CSST, 1 éducatrice CSST et 1 animatrice de l'Accueil
- **Informations liées aux Dépistages**, animé par 1 médecin du CSST
- **Informations liées à l'hépatite C**, affichage au Centre d'Accueil et information délivrée par les accueillants
- **Informations VIH**, animé par 1 médecin du CSST, 1 animateur de STEP et 1 animateur de l'accueil

Le jour J, dans l'après-midi, au Centre d'Accueil, nous avons projeté le film de Jean Schmidt⁴ « **De rage et d'espoir, paroles de toxicos** », réalisé en 1994. Il a procuré beaucoup d'émotions chez les usagers qui reconnaissaient certains de leurs anciennes ou actuelles connaissances. Ce fut une projection bien solennelle.



Nos partenaires, « Infosida » et « Solidarité Sida », qui sont venus au Centre d'Accueil et à STEP, nous ont apporté des nouvelles données pour informer et conseiller les usagers durant cette journée. L'équipe a pu réactualiser et enrichir d'avantage ses connaissances sur les différents moyens et supports de prévention. Nous avons pu notamment axer l'information sur le préservatif féminin et sur le gel lubrifiant, informations nécessaires, notamment, pour affronter les représentations liées à ceux-ci, bien souvent associés aux rapports homosexuels ou « atypiques ». Afin que chaque personne y trouve un intérêt, nous avons proposé diverses activités utilisant des supports de communication diversifiés, drôles et accessibles.

Au cours de la soirée à STEP, sur un fond musical diffusant de façon amusante des messages de prévention, sont exposés des illustrations, textes et des objets liés à la prévention relative au VIH. Ce support, diversifié, coloré, accessible, intrigue, intéresse, fait émerger questions, échanges et réflexions entre tous. Un quiz proposé aux personnes accueillies, encadré par l'équipe, a apporté des réponses aux représentations, interrogations, informations encore souvent ignorées du grand public.

Le « manège enchanté », support pratique à la pose du préservatif masculin comme féminin, a permis des démonstrations concrètes de pose de préservatif et permettre aux usagers visualiser les erreurs ayant encore très fréquemment cours. Nous avons pu les assurer de la solidité du préservatif et son efficacité en proposant plusieurs démonstrations animées (étirer très fort le préservatif sans provoquer de déchirures, le poser sur la tête, etc.).

Pour permettre à chacun de s'investir et participer à cette journée d'action nous avons mis à disposition un panneau blanc permettant à tous de s'exprimer collectivement. Pour enrichir cette participation et valoriser les idées individuelles, des feuilles blanches étaient également à disposition. Les idées formulées ou dessinées étaient alors accrochées sur un mur visible, à côté d'un ruban géant, symbole de cette journée de lutte. Des « kits prévention sida » étaient distribués pour que chacun garde un souvenir de cette soirée. Tous les usagers sont donc repartis avec un petit ruban symbolisant cette journée d'action, des numéros utiles sur le dépistage et sur les organismes travaillant sur cette maladie ainsi qu'avec un préservatif féminin ou masculin et du gel lubrifiant.

Nous souhaitons constituer un journal avec les photos et actions menées durant cette soirée et pendant la soirée qui a suivi.

Les photos prises mettent en lumière les différentes actions menées pendant cette soirée, montrant l'implication des usagers dans cette action.

Les messages laissés par tous, sous forme de dessins, de témoignages, de slogans, de poésies, de notes humoristiques, dans différentes langues. Via ce journal, informations et témoignages sont amenés par les usagers eux-mêmes et véhiculant des messages toujours plus proches de leur réalité.

⁴ Jean Schmidt, cinéaste engagé, a choisi EGO comme structure référente, pour la liberté de paroles laissée aux usagers. Plusieurs d'entre eux, ont été interviewés et il est venu assister pendant 2 ans aux réunions du mercredi soir.

Pour clôturer cette journée, une fête était organisée à la salle Saint Bruno, où usagers de drogues, bénévoles, partenaires et salariés ont assisté à la représentation de l'atelier théâtre d'EGO « Nous voulons vous parler du SIDA ». Suivi un « show » « des Bolcheviks Anonymes », groupe endiablé qui a mené les convives à la danse.

A l'occasion de ces festivités, l'Atelier Arts Plastiques devait réaliser une fresque servant de fond de scène pendant la représentation théâtrale et le concert. Pour ce faire, une infirmière du CSST d'EGO avait collecté, lors de ses consultations, des témoignages d'usagers vivant avec le VIH.

Ces phrases collectées, ont été retranscrites, sans espaces, au pinceau et à l'encre qui ont accidentellement commencé à couler.

Nous avons là un accident technique qui augmentait la portée dramatique des messages et les coulures ont été par la suite provoquées pour avoir une unité graphique dans la fresque.

La phrase « NE PAS OUBLIER » a ensuite été peinte en grosses lettres rouges au milieu des calligraphies dégoulinantes.

L'effet final de cette fresque résonnait alors réellement comme un grand cri sorti du cœur où chacun pouvait ressentir très fortement le message qu'il ne faut pas relâcher nos efforts face au SIDA qui ne connaît toujours pas de remède ni de vaccin hormis le préservatif et la réduction des risques pour les usagers de drogues.

La soirée s'est achevée autour d'un repas africain, convivial et chaleureux.

Il nous a par ailleurs été possible de symboliser cette journée de lutte par la distribution massive de préservatifs grâce au don généreux de l'association SIDACTION.

4. Les fêtes de fin d'année, un lien privilégié entre usagers et professionnels



La fin de l'année représente souvent un moment de tension, souvent liée à l'isolement, pour les personnes accueillies dans les structures à bas seuil d'exigence. C'est pourquoi, il nous paraît important d'offrir aux usagers de l'association, un instant chaleureux et convivial, leur permettant de se retrouver autour d'un bon repas et de profiter comme tout un chacun d'une ambiance festive et d'attentions particulières.

Au Centre d'Accueil, et ce « malgré la crise », l'équipe et celle du CSST, aidés de bénévoles, de stagiaires et d'usagers ont élaboré un repas de fin d'année, plutôt, traditionnel (le saumon et le foie gras étaient de la partie !), suivi d'un moment musical ponctué de chants, de danses et de beaucoup de bonne humeur. Les festivités se sont déroulées dans la sérénité et le respect de tous.

Afin, d'agrémenter le quotidien de nos usagers et de leur apporter un peu de confort, face un à un hiver qui s'annonçait rude, l'équipe a opté pour l'achat et la distribution de gants, de bonnets et d'écharpes dans des tons différents et adaptés aux hommes et aux femmes. Cette distribution a intentionnellement eu lieu entre la période du 26 au 31 décembre, afin de dissiper toute connotation du traditionnel « cadeau de Noël ». L'attention apportée au choix des cadeaux a suscité beaucoup d'émotion chez les usagers.

Cette année, nous avons décidé de ne pas acheter de sapin de Noël. Dans le cadre de l'atelier Arts Plastiques, nous avons réalisé avec les usagers, dans un instant collectif et festif un « arbre totem », en carton, baptisé « arbre du changement ». Chacun pouvait y inscrire le témoignage de ses sentiments pacifiques et fraternels.

A STEP, comme chaque année nous avons organisé un moment festif à l'occasion de la soirée du 24 décembre.

Nous avons organisé l'évènement durant les horaires d'ouverture de STEP.

Un buffet indien, « cuisiné maison » a été proposé aux usagers ainsi que des spécialités culinaires de fêtes de fin d'années (saumon, foie gras...). Au cours de ce moment de partage une représentation musicale des Bolcheviks Anonymes (atelier musique de STEP) a eu lieu.

Pour recréer pleinement l'ambiance des fêtes, de petits présents ont été offerts aux personnes accueillies.

De plus, grâce au partenariat avec l'association « Autre Monde » nous avons pu distribuer 100 paires de bottes pour femmes.

Cette soirée nous a permis de travailler un lien totalement différent avec les accueillis, et surtout de casser la routine de l'accueil fait habituellement.

5. Solidays

En 2008, EGO a tenu un stand au festival Solidays. Au delà de la présentation au public de l'action de l'association au sein de notre quartier, nous avons mis en place de nombreux messages de prévention en distribuant des préservatifs et en proposant des brochures d'information.

En outre, "un jeu de l'oie" sur la réduction des risques a permis aux festivaliers d'enrichir leurs connaissances sur les produits psychotropes, les modes de consommation et les risques qu'ils comportent de façon ludique.

Avec la participation active de l'intervenant de l'atelier "Arts Plastiques" du Centre d'Accueil une "Tour de la Solidarité" a également été érigée devant le stand d'EGO.

Les festivaliers étaient invités à y inscrire des messages sur le thème de la solidarité et de la prévention.

Des usagers ont pu participer à cet évènement festif, quelques invitations ayant été mises à leur disposition



Partie VI. Actions favorisant l'amélioration de la qualification des professionnels de l'équipe

1. Le séminaire « CAJARC » 29 et 30 mai 2008

Depuis quelques années, la direction d'EGO a à cœur de réunir les trois équipes de la structure pendant 2 jours dans un séminaire de travail (programme ci-dessous), qui se réalise dans un temps et un espace externes aux pratiques ordinaires de travail des équipes. Le dégagement de ce temps de travail privilégié, permet aux équipes d'appréhender et d'articuler ses missions autrement de ce qu'induit le quotidien institutionnel.

Le fil conducteur de cette session a été l'évaluation. Pour ce faire, nous avons accueilli deux membres de l'équipe d'Acadie, « *Coopérative Conseil* », qui nous ont présenté, pour avis et discussion, la restitution du processus d'évaluation intégrée du CSST.

Ce moment a permis de repositionner les fondements théoriques du CSST et de les confronter à la pratique. Beaucoup d'échanges ont émergé de cette restitution qui a permis aux différentes équipes du CAARUD de mieux assimiler le fonctionnement et le rôle du ce dernier. Les débats ont mis en exergue la nécessité d'affiner les interactions entre les trois services, révélant dans nos pratiques, toute leur importance.

Il a été aussi question de parler, plus généralement, de la pertinence de l'évaluation à EGO et en particulier de sa mise en place pour les deux antennes du CAARUD.

Ce séminaire fut l'occasion de présenter également les résultats des études menées à l'Hôpital Fernand WIDAL par Laetitia BELLAIS sur la validation du questionnaire du craving¹, à laquelle nous avons participé. Et aussi, les résultats préliminaires de l'étude de pharmacothérapie concernant les dépendances au crack par Florence VORSPAN².

Les équipes ont accueilli les résultats de ces études avec enthousiasme car elles sont porteuses d'espoir dans le traitement des addictions à la cocaïne et au crack.

Enfin, il a été proposé aux équipes de travailler, par ateliers de réflexion, sur les risques professionnels portant sur toutes les activités et le fonctionnement de l'association, en vue de l'élaboration du document unique.

1 Craving : désir impérieux de consommer

2 Voir Alter Ego N°59 - automne

Jeudi 29 mai

Matin	Après-midi
9h00 – 9h30	14h30 – 15h00
<p>Intervenant : Lia CAVALCANTI « Enjeux et ambitions du séminaire 2008 »</p>	<p>Intervenant : Jean-François BOWEN « L'évaluation des risques professionnels à EGO en vue de l'élaboration du document unique »</p>
9h30 – 9h45	15h00 – 16h45
Premières réactions	Pause
9h45 – 10h00	16h45 – 17h30
Présentation des participants	Suite de l'atelier
10h00 – 11h00	17h30 – 18h30
<p>Intervenants : Etienne AUDEBRAND et Patrice PATTEGAY « Restitution collective du processus d'évaluation intégrée du CSST : Bilan d'étape, discussions »</p>	Restitution en grand groupe
11h00 – 11h15	18h30
Pause café	Repas
11h15 – 13h00	
Suite discussions	
13h00 – 14h30	
Repas	

Vendredi 30 mai

Matin	Après-midi
9h00 – 9h45	14h30 – 15h00
<p>Intervenant : Ramon NEIRA « Le CSST EGO : Evaluation et enjeux cliniques »</p>	<p>Intervenant : Lia CAVALCANTI « L'histoire de l'évaluation à EGO Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? » « Les principaux acquis de cette démarche d'évaluation interne »</p>
9h45 – 10h00	15h15 – 16h00
Présentation des participants	Débat
10h00 – 11h00	16h00 – 16h15
<p>Intervenant : Laetitia BELLAIS « Résultats de l'étude validation du questionnaire de craving » Suivi des débats avec la salle</p>	Pause
11h00 – 11h15	16h15 – 17h30
<p>Intervenant : Florence VORSPAN « Résultats préliminaires de l'étude de pharmacothérapie » Suivi des débats avec la salle Perspectives de travail à développer pour l'année prochaine</p>	<p>« Quel avenir pour l'évaluation à EGO ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment assurer la continuité du processus d'évaluation du CSST ? • Comment envisager l'évaluation du CAARUD ?
13h00 – 14h30	17h30- 18h00
Repas	Evaluation du séminaire par les participants
	18h00 – 18h30
	Goûter convivial

2. Les différentes formations externes et internes

La direction d'EGO met à la disposition de son équipe des formations de qualité. Ainsi chaque membre de l'association peut y participer, sous réserve du bon fonctionnement du service. En 2008, nous avons eu l'opportunité de participer à plusieurs formations en interne comme en externe.

a) Les formations externes

Pour les formations en externes, l'équipe du Centre d'Accueil, a participé à tour de rôle et en fonction de l'intérêt porté au thème :

- **Les « 5 à 7 » organisés par la Délégation à la Politique de la Ville et à l'intégration :**
 - Le métier d'éducateur spécialisé
 - Quartiers et Politique de la Ville
 - Architecture et violence urbaine
 - Travail et immigration
 - Démocratie participative
- **Formation- réflexion sur la laïcité (4 sessions)** organisée par l'Inter associatif Goutte d'Or en partenariat avec l'Institut des Cultures de l'Islam
- **Pour une laïcité vivante: les enjeux du dialogue inter culturel** animé par l'ADRIC à la DPVI
- **Atelier Santé Ville**
- **Déjeuners débats à la bourse du travail de Bobigny**, organisé par la Mission de Prévention des Conduites à Risques Seine Saint-Denis (Plan Espoir Banlieue – Crack)
- **2ème rencontres nationales de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues** organisées par l'AFR
- **Les EGUS (Etats Généraux des Usagers de Drogues)** organisés par ASUD
- **Forum addictions Hôpital R. Debré :**
 - Adolescents et famille
 - Grossesse et addiction
- **Colloque « Drogues et Cultures »** organisé par l'OFDT et la Chaire Santé de Sciences Po.

b) Les formations en interne

Les membres des deux antennes du CAARUD ont pu bénéficier de formations internes ouvertes aux autres CAARUD telles que :

- Éducation au shoot propre
- Prévention des addictions et des conduites à risques chez les jeunes
- La réduction des risques associés aux principaux modes de consommation.

En plus de ces formations, l'ensemble des équipes participe aux formations organisées le mercredi matin.

Ainsi, les salariés d'EGO ont été formés à :

- L'entretien motivationnel (AFDEM)
- AES : risques de contamination et conduite à tenir (Docteur P.P. VANDINI)
- Le secret professionnel (Maître Delanoë)
- Injonctions thérapeutiques et obligations de soins (Madame KATZ – MILDT)
- L'importance de l'hygiène dans la préservation de la santé des usagers de drogues (Docteur P. DEMOOR)
- L'addiction à la cocaïne et ses traitements (Docteur L. KARILA)
- Conduite à tenir en cas d'urgence sanitaire (Docteur J.F. BIGNON)
- Comment réagir face à l'urgence sociale (Alain GEHANT)
- Les hépatites (Docteur P. DEMOOR)

Autres activités

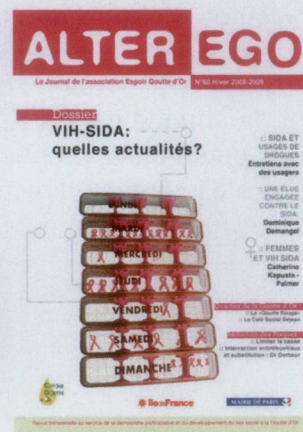
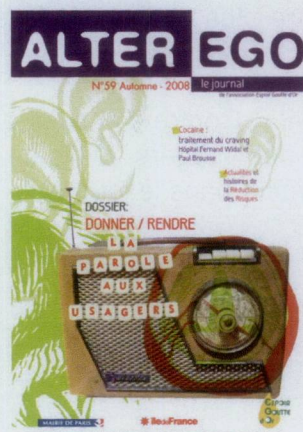
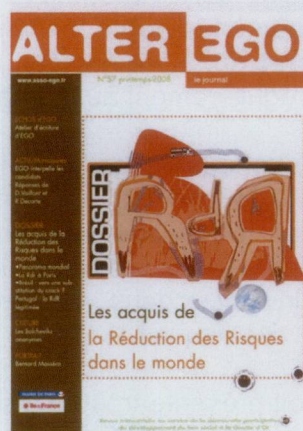
Activités de formation, de communication et de prévention autour des addictions

1. « Alter Ego - Le Journal » : un outil de communication et de dialogue social

La revue Alter EGO – Le Journal est actuellement financée par la Région Île de France (Mission Démocratie Régionale) et la Mairie de Paris, (DASES, Mission Prévention des Toxicomanies). Trimestrielle, tirée à 3000 exemplaires, elle s'adresse aux habitants du quartier de la Goutte d'Or, aux usagers, aux professionnels de la réduction des risques et à ceux qui travaillent dans le champ des addictions. Elle est également envoyée à des partenaires et à des professionnels de nombreux pays étrangers.

Alter EGO - Le journal s'articule autour de trois grandes thématiques :

1. **Les addictions** : informations sur les produits et les traitements, politiques de réduction des risques, compte rendus de livres sur la question.
2. **La parole donnée aux usagers** comme acteurs de l'association. Présentation des ateliers d'EGO, des œuvres picturales et des textes individuels ou écrits dans les ateliers.
3. **Alter EGO Le Journal s'adresse aussi aux habitants du quartier** dans une démarche de démocratie participative. Pour l'année 2008, les journaux publiés ont été :
 - Le Numéro 57 : Les acquis de la réduction des risques
 - Le Numéro 58 : La fête de la Goutte d'Or
 - Le Numéro 59 : Donner / rendre la parole aux usagers
 - Le Numéro 60 : VIH-sida : quelle actualité ?



Sur les addictions:

Chaque numéro présente un moment de l'histoire de la réduction des risques, le passage de l'abstinence à la substitution. Dans cette histoire trouvent leur place les personnalités marquantes et les associations. Une grande place est consacrée aux politiques de réduction des risques dans les pays étrangers, (Brésil, Portugal), Suisse). Des dossiers ont porté sur la prise en charge médicale des usagers atteints par le VIH Sida et plus spécifiquement des femmes usagères de drogues, notamment les femmes enceintes et l'organisation de leur accueil hospitalier.

Des articles ont traité des dernières recherches sur les produits et leur traitement de l'addiction, notamment cocaïne et/ou au crack.

Les pages du journal se sont également ouvertes à des entretiens avec des scientifiques et des médecins spécialisés sur des sujets visant des produits, des études et des essais thérapeutiques susceptibles de faire avancer l'accompagnement et le traitement des usagers de drogues.

Sur la parole donnée aux usagers:

Il a été décidé d'impliquer davantage les usagers dans la réalisation d'Alter Ego. C'est ainsi qu'ils interviennent avec leurs propres écrits, tels que poèmes, témoignages, bulletins d'humeur, textes d'actualité qui leur semblent importants, mais aussi par le biais du conseil de la vie sociale à qui une rubrique est réservée dans chaque numéro.

Ils sont également représentés dans les différentes rubriques du journal grâce aux entretiens réalisés par la coordinatrice du journal et les salariés de l'association qui s'entretiennent avec eux des différents thèmes traités dans le journal et sur lesquels leur opinion est importante. Ils peuvent ainsi rendre compte de leurs préoccupations, de leurs inquiétudes et de leurs attentes. Ils expriment aussi leurs difficultés sociales, la stigmatisation liée à la toxicomanie et au VIH. Alter EGO constitue ainsi pour les usagers une vraie source d'informations et un outil de réduction des risques, car ils prennent mieux conscience des conséquences de la consommation et des phénomènes de dépendance. Les usagers sont également très actifs dans les divers réunions et débats organisés autour du journal. Le président du Conseil de la Vie Sociale participe régulièrement au journal.

Par ailleurs, l'équipe d'Alter Ego a décidé de renouer avec une habitude quelque peu négligée en raison du manque de disponibilité de chacun, à savoir, la participation de l'équipe de salariés dans la réalisation du journal. Un salarié de chaque structure participe donc aux réunions et à la réalisation de chaque numéro de la revue et ainsi, toutes les instances d'EGO se trouvent représentées et investies dans ce travail collectif relais de communication et d'information sur la réduction des risques.

De plus, le fait que la coordinatrice du journal soit présente très fréquemment à l'accueil, au PES, et soit régulièrement en contact avec l'équipe de salariés et avec les usagers permet à ces derniers de faire confiance et d'être peut-être plus motivés et plus enclins à s'exprimer dans le journal.

De plus, un représentant de chaque centre (CSST, Centre d'accueil et STEP) participe aux réunions de rédaction. Ces personnels, proches des usagers, réalisent parfois des entretiens ou permettent à des usagers d'intervenir directement dans le journal.

Alter EGO Le Journal et le quartier de la Goutte d'Or

Deux pages du journal sont systématiquement consacrées au quartier de la Goutte d'Or: « Les gens en Or » dresse le portrait d'un personnage, « Escalé à la Goutte d'Or » présente des associations, des lieux, des initiatives propres au quartier. Les élections municipales ont été l'occasion d'interroger des personnalités politiques (Daniel Vaillant et Roxane Decorte). Ces textes renforcent la démocratie citoyenne, réduisent les conflits et coproduisent de la sécurité.

Le site d'Alter EGO est en plein développement, il est projeté de reprendre tous les articles, de détailler les actions de l'association, de créer des liens avec d'autres sites.

Le journal est réalisé par une équipe mixte, salariée et bénévoles. La coordinatrice et la maquettiste sont des salariées. Des bénévoles membres du Conseil d'administration, participent au comité de rédaction, rédigent des articles, réalisent des entretiens, relisent, corrigent. À cette équipe fixe s'ajoutent des collaborations occasionnelles. Les usagers s'impliquent dans la revue en participant aux réunions de la rédaction, en donnant leur avis sur les articles projetés ou publiés.

2. Les plaquettes de prévention et de réduction des risques : des supports d'information nécessaires

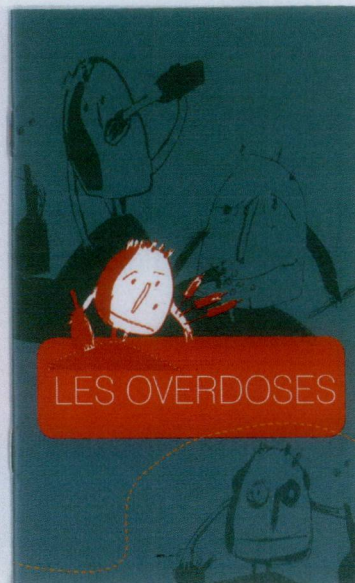
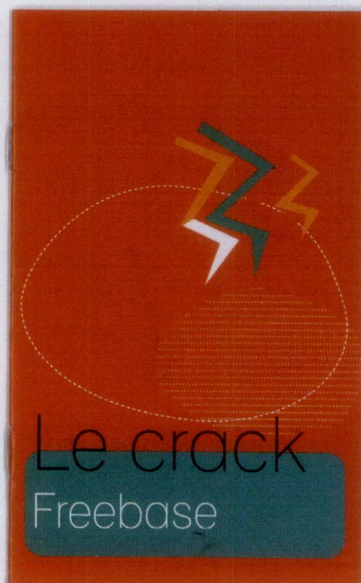
L'Association Espoir Goutte d'Or élabore et édite, en fonction des besoins identifiés, des plaquettes à visées préventives grâce au soutien de la DASES, Mission Prévention des Toxicomanies - Ville de Paris.

Celles-ci sont élaborées par les équipes d'EGO en collaboration avec les usagers, pour assurer la bonne adéquation des messages de prévention et de réduction des risques aux besoins de ces derniers.

Ces brochures sont très appréciées, tant par les structures travaillant dans le champ des addictions, et particulièrement dans la réduction des risques, que par les usagers eux-mêmes, et les demandes affluent de toute la France.

Ainsi, dès le début de l'année 2008, les plaquettes les plus demandées, à savoir « **Le Crack, Freebase** » et « **Les Overdoses** » étaient totalement épuisées.

En conséquence, EGO a décidé de rééditer ces plaquettes, en actualisant les messages de prévention et les illustrations :



3. La formation participative : un outil de sensibilisation permettant la mise en réseau des acteurs de la prévention et de la réduction des risques

En 2008, l'association Espoir Goutte d'Or a été à l'initiative de formations à destination des personnels intervenant dans les CAARUD d'Ile de France et des professionnels et acteurs associatifs, souhaitant améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques en matières d'addictions et de réduction des risques.

Ces sessions représentent également un outil précieux, permettant aux acteurs et aux équipes d'échanger leur expérience et leurs pratiques et de favoriser ainsi, une dynamique de réseau.

a. « La réduction des risques liés aux principaux modes de consommation »

Cette formation, financée par le Groupement Régional de Santé Publique d'Ile de France (G.R.S.P), a été mise en place à titre expérimental en 2008 afin d'apporter aux équipes les outils nécessaires à une meilleure appréhension des risques infectieux encourus par les usagers lors de leur consommation de drogues.

Les thèmes abordés au cours de ce module (programme ci-dessous) ont été les risques liés aux consommations par voies injectable, nasale (sniff) et fumable, avec un enseignement théorique le matin et des ateliers pratiques l'après-midi.

Lors de ces ateliers, différents outils ont été utilisés tels qu'un bras et une main de ponction veineuse, ou encore des films liés à la réduction des risques

Cette formation a fait l'objet d'une évaluation par les stagiaires qui ont confirmé leur satisfaction. Leurs suggestions vont nous permettre d'enrichir ce module pour l'avenir.

22 septembre	23 septembre
<ul style="list-style-type: none"> • 9h30 – 9h45 Accueil et présentation de la formation • 9h45 – 10h15 Présentation des stagiaires et recueil de leurs attentes • 10h15 – 11h00 Identification des risques liés à la consommation par voie injectable (héroïne et médicaments détournés) 	<ul style="list-style-type: none"> • 9h30 – 11h00 Identification des risques liés à la consommation par voie fumable (crack, héroïne et cannabis)
11h00 – 11h15 : Pause	11h00 – 11h15 : Pause
<ul style="list-style-type: none"> • 11h15 – 12h30 Identification des risques liés à la consommation par voie injectable (héroïne et médicaments détournés) [suite] 	<ul style="list-style-type: none"> • 11h15 – 12h30 Voie fumable : comment promouvoir des pratiques de consommation à moindre risque ?
12h30 – 14h00 : Déjeuner	12h30 – 13h30 : Repas
<ul style="list-style-type: none"> • 14h00 – 15h15 Voie injectable : comment promouvoir des pratiques de consommation à moindre risque ? 	<ul style="list-style-type: none"> • 13h30 – 14h30 Identification des risques liés à la consommation de produits par voie nasale (cocaïne) • 14h30 – 15h15 Voie nasale : comment promouvoir des pratiques de consommation à moindre risque ?
15h15 – 15h30 : Pause	15h15 – 15h30 : Pause
<ul style="list-style-type: none"> • 15h30 – 16h45 Voie injectable : comment promouvoir des pratiques de consommation à moindre risque ? [suite] • 16h45 – 17h00 Evaluation de la journée 	<ul style="list-style-type: none"> • 15h30 – 16h15 Evaluation de la journée • 16h15 – 17h00 Evaluation de la formation à partir d'un questionnaire conçu à cette fin

b. Prévention des addictions et des conduites à risques chez les jeunes : Mieux comprendre pour agir.

Depuis plusieurs années, EGO anime cette formation comprenant 3 modules de 2 jours (programme ci-dessous), destinée aux professionnels et acteurs associatifs, quotidiennement en contact avec un public de jeunes vulnérables et développant des conduites à risques.

Cette formation, qui a été possible en 2008 grâce au concours financier de la DASES, Mission Prévention des Toxicomanies - Ville de Paris a pour principal objectif de mieux appréhender les conduites à risques afin d'améliorer les capacités d'actions des participants dans ce domaine.

La singularité de cette action est de permettre aux stagiaires de choisir les thématiques des deux dernières journées, de façon à mieux adapter le contenu de la formation à leurs besoins et attentes.

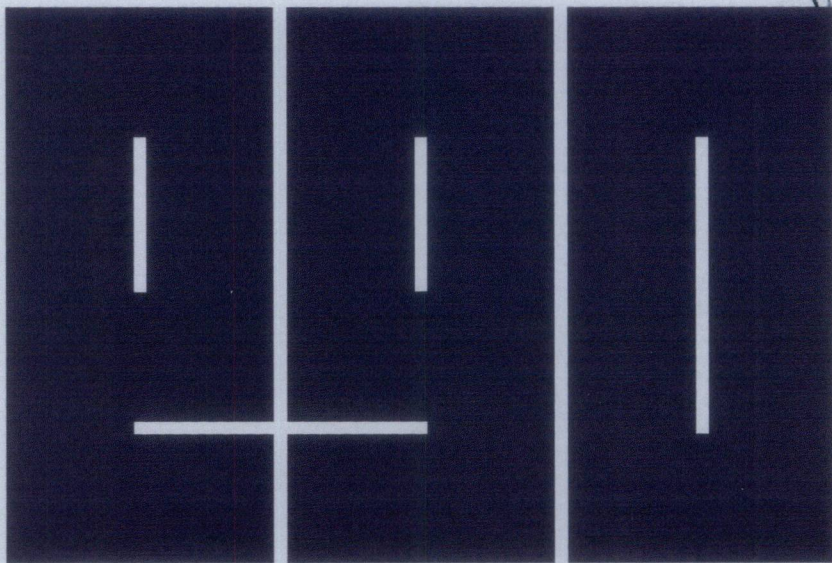
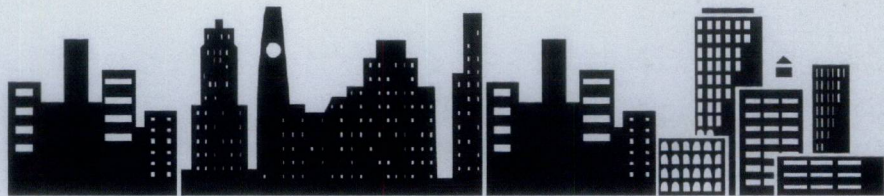
Les exposés théoriques dispensés lors de cette formation sont mis en pratique lors d'ateliers en petits groupes, qui contribuent fortement à l'échange de savoirs et de méthodes entre acteurs de terrain et à la mise en réseau de leurs structures.

Cette formation a, cette année encore, fait l'objet d'une excellente évaluation, tant orale à l'issue de chaque journée, qu'au travers du questionnaire final d'évaluation, par les 16 stagiaires présents. Enfin, 7 participants ont bénéficié de stages pratiques au sein des différents services de l'association EGO.

Premier module	
Lundi 28 janvier 2008	Mardi 29 janvier 2008
• 9h30 – 10h00 Accueil des stagiaires et recueil des attentes	• 9h30 – 9h45 Présentation de trois participants (5 minutes chacun)
• 10h00 – 11h00 La construction sociale des toxicomanies : brève histoire des drogues : de l'abstinence à la réduction des risques <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI, psycho-sociologue</i>	• 9h45 – 11h00 Pathologies mentales et usage de drogues <i>Intervenant : Dr Pierre DEMOOR, médecin attaché au service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat</i>
11h00 – 11h15 : Pause • 11h15 – 12h30 Brève histoire des drogues (suite)	11h00 – 11h15 : Pause • 11h15 – 12h30 Pathologies mentales et usage de drogues (suite)
12h30 – 14h00 : Repas • 14h00 – 14h15 Présentation de trois participants (5 minutes chacun)	12h30 – 14h00 : Repas • 14h00 – 14h15 Présentation de trois participants (5 minutes chacun)
14h15 – 15h30 Addictions et conduites à risques chez les jeunes <i>Intervenant : Ramon NEIRA, psychologue clinicien</i>	• 14h15 – 15h30 Atelier en petits groupes : « Quels liens entre toxicomanie, addictions et conduites à risque ? »
15h30 – 15h45 : Pause • 15h45 – 16h45 Addictions et conduites à risques chez les jeunes (suite)	15h30 – 15h45 : Pause • 15h45 – 16h45 Restitution en grand groupe du travail d'atelier <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i>
• 16h45 – 17h00 Proposition de la grille de présentation des structures présentes à la formation	• 16h45 – 17h00 Evaluation du 1 ^{er} module et proposition de stages à EGO

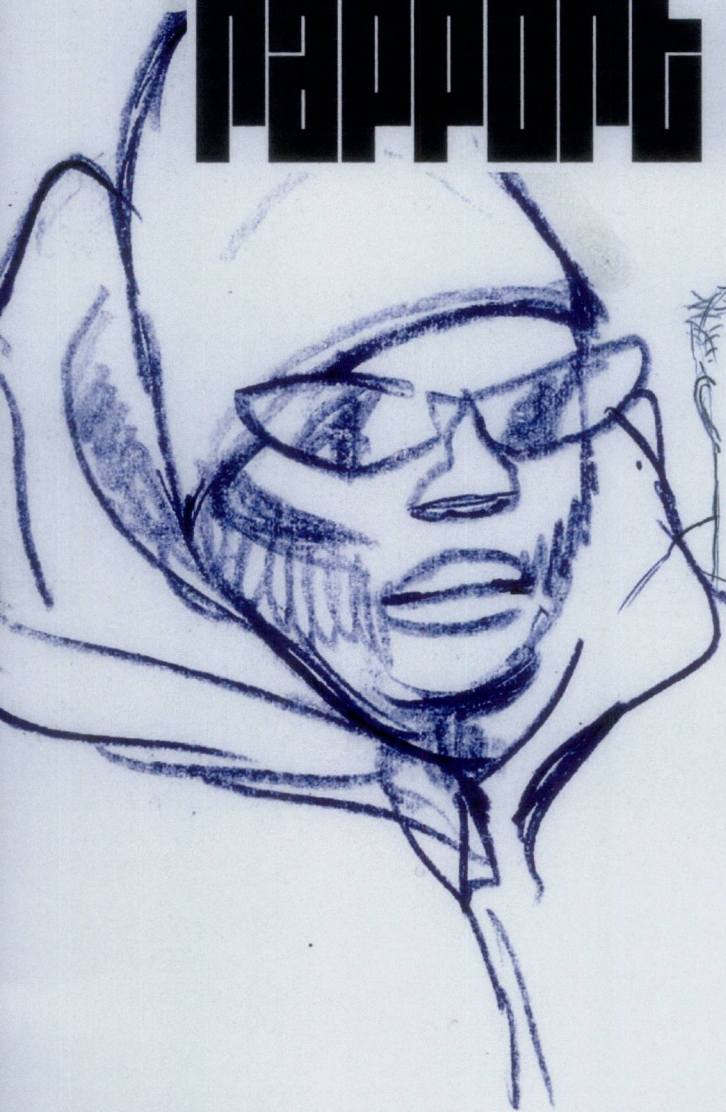
Deuxième module	
Lundi 10 mars 2008	Mardi 11 mars 2008
<ul style="list-style-type: none"> • 9h30 – 9h45 Présentation de trois participants (5 minutes chacun) • 9h45 – 11h00 Comment prévenir les addictions et les conduites à risques chez les jeunes ? Repères théoriques et outils pratiques <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 9h30 – 9h45 Présentation de trois participants (5 minutes chacun) • 9h45 – 11h00 Les enjeux de santé publique liés aux addictions <i>Intervenant : Dr Pierre DEMOOR</i>
11h00 – 11h15 : Pause	11h00 – 11h15 : Pause
<ul style="list-style-type: none"> • 11h15 – 12h30 Comment prévenir les addictions ... (suite) 	<ul style="list-style-type: none"> • 11h15 – 12h30 Les enjeux de santé... (suite)
12h30 – 14h00 : Repas	12h30 – 14h00 : Repas
<ul style="list-style-type: none"> • 14h00 – 14h15 Présentation de 3 participants (5 minutes chacun) • 14h15 – 15h30 Ateliers en petits groupes : « élaboration d'une action de prévention en intégrant les apports des précédentes interventions » 	<ul style="list-style-type: none"> • 14h00 – 14h15 Présentation de trois participants (5 minutes chacun) • 14h15 – 15h15 : Les principaux produits psychoactifs et leurs effets <i>Intervenant : Dr Laurent NOVAK, médecin généraliste</i>
15h30 – 15h45 : Pause	15h30 – 15h45 : Pause
<ul style="list-style-type: none"> • 15h45 – 16h30 Restitution en grand groupe du travail d'atelier <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i> • 16h30 – 17h00 Préparation des thématiques du 3ème module 	<ul style="list-style-type: none"> • 15h45 – 16h45 Les principaux produits psychoactifs (suite) • 16h45 – 17h00 Evaluation du 1^{er} module et proposition de stage à EGO

Troisième module	
Lundi 7 avril 2008	Mardi 8 avril 2008
<ul style="list-style-type: none"> • 9h30 – 10h00 Retour sur les deux premiers modules • 10h00 – 11h00 Thématique libre déterminée avec les participants <i>Intervenant : à déterminer</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 9h30 – 9h45 Présentation de quatre participants (3 minutes chacun) • 9h45 – 11h00 Thématique libre déterminée avec les participants <i>Intervenant : à déterminer</i>
11h00 – 11h15 : Pause	11h00 – 11h15 : Pause
<ul style="list-style-type: none"> • 11h15 – 12h30 Suite de la thématique libre 	<ul style="list-style-type: none"> • 11h15 – 12h30 Suite de la thématique libre
12h30 – 14h00 : Repas	12h30 – 14h00 : Repas
<ul style="list-style-type: none"> • 14h00 – 14h15 Présentation de quatre participants (3 minutes chacun) • 14h15 – 15h30 Thématique libre déterminée avec les participants <i>Intervenant : à déterminer</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 14h00 – 14h15 Présentation de quatre participants (3 minutes chacun) • 14h15 – 15h30 • Evaluation de l'ensemble de la formation
15h30 – 15h45 : Pause	15h30 – 15h45 : Pause
<ul style="list-style-type: none"> • 15h45 – 17h00 Suite de la thématique libre 	<ul style="list-style-type: none"> • 15h45 – 17h00 Evaluation de l'ensemble de la formation et des stages éventuellement déjà effectués à EGO. Elaboration du calendrier de stage à EGO, à la demande de chaque stagiaire (hors formation) <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i>

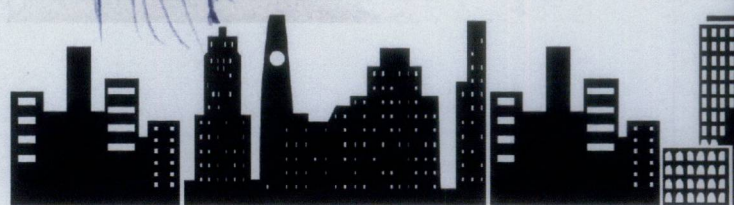


ESPOIR GOUTTE D'OR

RAPPORT D'ACTIVITE



Csst



1. Le rapport d'activité standardisé DGS 2008

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
SOUS-DIRECTION PROMOTION DE LA SANTE PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DES PRATIQUES ADDICTIVES

Département

75 - PARIS

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AMBULATOIRES^{1,2}

ANNEE 2008

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité 2008 a fait l'objet de quelques modifications. Le remplissage des nouveaux items est facultatif. Ceux-ci sont signalés par un soulignage.

[Cliquer ici](#)

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure : CSST EGO

Numéro Finess : 75 003 199 9

Adresse : 13 rue Saint Luc

Code postal : 75018

Commune : Paris

Téléphone : 01 53 09 99 49

Télécopie : 01 53 09 99 43

Adresse électronique : csst@ego.asso.fr

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom : ASSOCIATION ESPOIR GOUTTE D'OR

Numéro Finess :

Adresse : 6 rue de Clignancourt

Code postal : 75018

Commune : Paris

Téléphone : 01 53 09 99 49

Télécopie : 01 53 09 99 43

Adresse électronique : ego@ego.asso.fr

¹Ce rapport concerne l'activité ambulatoire et les patients concernés des structures telles que définies par les décrets du 29 décembre 1998 (CCAA) et du 26 février 2003 (CSST) ou par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA)

²Un rapport devra être complété pour chaque structure disposant d'un numéro FINESS

3. Type de structure (liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)

		Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)
<input type="text" value="Non"/>	Avec appartements thérapeut. Relais ³	<input type="text"/>
<input type="text" value="Non"/>	Avec réseau de familles d'accueil ³	<input type="text"/>
<input type="text" value="Non"/>	Avec hébergement d'urgence et de transition ³	<input type="text"/>
<input type="text" value="Non"/>	Avec nuits d'hôtel ³	<input type="text"/>

4. Orientation produits / Addictions

L'activité du centre vise la prise en charge de personnes en difficulté avec (indiquer Oui pour les produit (s) concernés dans la liste à choix) :

- Alcool
- Tabac
- Substances illicites
- Médicaments détournés de leur usage thérapeutique
- Addictions sans substances

5. Forme juridique (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

6. Statut du personnel (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Autres statuts (préciser)

7. La structure est-elle inscrite dans un réseau de santé en addictologie tel que défini aux L.6321-1 et L.6321-2 du code de la santé publique?

Oui/Non

7bis. La structure gère-t-elle une consultation pour jeunes consommateurs?

Oui/Non

³ Il est demandé aux CSST ambulatoire gérant des hébergements de remplir un rapport « hébergement » pour cette partie de leur activité

II. PATIENTS VUS PAR LA STRUCTURE PENDANT L'ANNEE

8. Nombre de personnes vues par l'équipe ⁴ 316

(tous contacts en face à face, y compris entourage, famille)

9. Nombre de patients vus au moins une fois ⁵ 302

dont nombre de patients vus une seule fois 67

dont nombre de nouveaux patients 166

-----Parmi les patients vus au moins une fois au cours de l'année-----

Pour les patients suivis sans interruption, prendre en compte la dernière situation connue ⁶ ; pour les nouveaux patients ou les patients revus après interruption du suivi ⁷, prendre en compte la situation lors de la (re)prise de contact⁸

Toutes les données suivantes de la partie II reposent sur des réponses exclusives ; un patient ne peut donc être pris en compte que pour une seule modalité de réponse (à l'exception toutefois de la question 11, une même personne pouvant être recensée comme moins de 20 ans et comme moins de 18 ans).

10. Sexe des patients

		%
Nombre d'hommes	229	75,8
Nombre de femmes	73	24,2
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	
Total (hors Ne sait pas)	302	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

11. Age des patients

Précisez le nombre de patients ayant

		%
moins de 20 ans	1	0,3
dont moins de 18 ans	0	0,0
entre 20 et 24 ans	14	4,7
entre 25 et 29 ans	26	8,6
entre 30 et 39 ans	126	41,9
entre 40 et 49 ans	104	34,6
entre 50 et 59 ans	22	7,3
60 ans et plus	7	2,3
ne sait pas (ou non renseigné)	1	
Total (Hors ne sait pas)	301	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

⁴ les personnes peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire., etc.)

⁵ est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

⁶ les centres veilleront à ce que les informations sur les patients soient actualisées au moins une fois par an.

⁷ le suivi est considéré comme interrompu en cas d'absence de contact pendant six mois consécutifs, sauf situation particulière (par ex. rendez vous programmé dans plus de six mois)

⁸ ces choix, toujours un peu arbitraires, de date de situation à prendre en compte sont liés au souhait de compatibilité avec RECAP et les standards européens (situation au moment du contact pour les nouveaux patients) et de prise en compte de la situation la plus récente pour les patients déjà suivis.

12. Origine géographique

%

Nombre de patients originaires du département	166	77,2
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)	44	20,5
Nombre de patients en provenance d'autres rég.	5	2,3
Ne sait pas (ou non renseigné)	87	
Total (hors Ne sait pas)	215	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

13. Logement

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

%

Durable	69	27,8
Provisoire (ou précaire)	69	27,8
SDF	110	44,4
Ne sait pas (ou non renseigné)	54	
Total (hors Ne sait pas)	248	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0
Nombre de personnes vues en établissement pénitent.	0	0,0

14. Origine principale des ressources

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

%

Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)	27	11,8
Assedic	5	2,2
RMI/RSA	64	28,1
AAH	23	10,1
Autres prestations sociales	1	0,4
Ressources provenant d'un tiers	2	0,9
Autres ressources (y compris sans revenus)	106	46,5
Ne sait pas (ou non renseigné)	74	
Total (hors Ne sait pas)	228	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

15. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches	102	41,1
Médecin de ville	0	0,0
Autre struct spécialisée (CCAA / CSST / Autre)	113	45,6
Equipe de liaison addictologie	0	0,0
Autre hôpital / autre sanitaire	0	0,0
Institutions et services sociaux	6	2,4
Justice, obligations de soins	5	2,0
Justice, injonction thérapeutique	20	8,1
Justice, classement avec orientation	0	0,0
Autres mesures administratives ou judiciaires	2	0,8
Milieu scolaire/universitaire	0	0,0
Autre	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	54	
Total (hors Ne sait pas)	248	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

16. Répartition des patients suivant les produits/addictions les plus dommageables⁹ consommés ou le produit/addiction à l'origine de la prise en charge

	Produit n°1 ou produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool	11	4,4
Tabac	0	0,0
Cannabis	7	2,8
Opiacés (hors substitution détournée)	26	10,4
Cocaïne et crack	178	71,2
Amphétamines, ecstasy, ...	1	0,4
Médicaments psychotropes détournés	6	2,4
Traitement de substitution détournés	20	8,0
Addictions sans substances	0	0,0
Autres	1	0,4
Total produits 1	250	100,0
Non renseigné	52	
Total (=100% de la file active)	302	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

⁹ Produits les plus dommageables (selon le point de vue du professionnel) :

Patients vus pour la première fois ou revus après interruption : produits consommés (dans les 30 derniers jours précédant le contact) les plus dommageables pour le patient.

Patients déjà suivis : derniers produits les plus dommageables consommés connus.

En l'absence de consommation dans les trente derniers jours se référer au dernier produit le plus dommageable consommé.

Un premier produit le plus dommageable doit être obligatoirement mentionné pour chaque patient. Par exemple, les patients vus pour consolidation après un sevrage alcool doivent être recensés à la ligne Alcool même s'ils n'en ont pas consommé au cours des trente derniers jours.

	Produit n°2	%
Alcool	18	10,4
Tabac	3	1,7
Cannabis	22	12,7
Opiacés (hors substitution détournée)	27	15,6
Cocaïne et crack	32	18,5
Amphétamines, ecstasy, ...	1	0,6
Médicaments psychotropes détournés	25	14,5
Traitement de substitution détournés	44	25,4
Addictions sans substances	0	0,0
Autres	1	0,6
Total produits 2	173	100,0
Pas de deuxième produit consommé	18	
Non renseigné	111	
Total (=100% de la file active)	302	

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

	Produit N°3	%
Alcool	16	9,2
Tabac	9	5,2
Cannabis	21	12,1
Opiacés (hors substitution détournée)	5	2,9
Cocaïne et crack	6	3,5
Amphétamines, ecstasy, ...	0	0,0
Médicaments psychotropes détournés	22	12,7
Traitement de substitution détournés	8	4,6
Addictions sans substances	0	0,0
Autres	2	1,2
Total produits 3	89	100,0
Pas de troisième produit consommé	21	
Non renseigné	192	
Total (=100% de la file active)	302	

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

17. Niveau d'usage du produit n°1 (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui, pour le produit n°1, ont une consommation classée :

		%
en abstinence	4	1,6
en usage	12	4,9
en usage nocif ¹⁰	12	4,9
en dépendance ¹⁰	218	88,6
ne sait pas	56	
Total (hors Ne sait pas)	246	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

18. Voie Intraveineuse

Nombre de patients ayant :

		%
utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	43	24,6
utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	59	33,7
jamais utilisé la voie intraveineuse	73	41,7
Ne sait pas (ou non renseigné)	127	
Total (hors Ne sait pas)	175	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

¹⁰ en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

18bis. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre.

Nombre total de décès	0	<i>facultatif</i>
Dont nombre de décès par surdose aux opiacés	0	<i>facultatif</i>

III. LES ACTES

19. Nombre d'actes (consultations) avec les patients ¹¹

Complétez le tableau en indiquant le nombre d'actes et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre d'actes	Nombre de patients
Médecins généralistes	440	168
Psychiatres	100	41
Infirmiers	2518	179
Psychologues	625	109
Assistants sociaux		254
Educateurs spécialisés et animateurs		104
Autres :		
Précisez:		

19Bis. Nombre d'actes (consultations) ¹² avec les personnes de l'entourage

18

Facultatif

20. Activités de groupe thérapeutique ¹³

Nombre de groupes se réunissant régulièrement sur une thématique spécifique

3

Nombre de réunions pour l'ensemble des groupes

10

Nombre total de patients concernés

14

21. Sevrages

Nombre de patients ayant bénéficié d'un sevrage lors de l'année
(dans le centre ou avec accompagnement du centre)

57

dont sevrage en ambulatoire assuré par le centre

46

dont sevrage en ambulatoire hors du centre et suivi par le centre

1

Facultatif

dont sevrage avec hospitalisation suivi par le centre

10

¹¹ un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné
Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant

¹² un acte entourage = consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

¹³ sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

21Bis. Vaccinations contre l'hépatite B

Facultatif

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B

64

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

0

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

0

22. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés (prescription par un

Prescription:

Indiquez le nombre de patients

sous traitement quel que soit le prescripteur

pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre

pour lesquels le traitement a été initié par le centre

pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules Facultatif

Méthadone	BHD
48	61
28	15
20	4
0	

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients:

pour lesquels la dispensation s'effectue dans le centre

pour lesquels la dispensation a lieu en pharmacie de ville

pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD
14	2
0	13
4	0

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an

Facultatif

292790 mg

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du traitement et le nombre de patients concernés) :

(nom du traitement)

(nbre patients)

(nom du traitement)

(nbre patients)

Nombre de patients sous substituts nicotiques

23. Les activités de prévention collective

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total						

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités décrites dans le rapport (y compris celles de la consultation jeunes consommateurs)

27. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	905 339
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat (y compris PRS, PRAPS et polit. de la ville)	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	9 660
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	43 032
Total	958 031

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement d'urgence, réduction des risques, etc.) :

Le CSST finance de nuitées d'hôtel aux usagers pour faire face aux urgences notamment pour faciliter hospitalisations, rendez-vous importants, départ en postcure, etc.

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représentent :

Les recettes :	€ 958 031,0
Les charges :	€ 953 983,0

V L'ÉQUIPE

(consultation jeunes consommateurs comprise)

28. Les membres de l'équipe

		Salariés ¹⁴ (en nombre d'ETP) ¹⁶	MIS à disposition ¹⁵ (en nombre d'ETP) ¹⁶	Total (en nombre d'ETP) ¹⁶
Médecin généraliste		1,1	0	1,1
Psychiatre		0,5	0	0,5
Autre médecin spécialiste	précisez:	0	0	0
Psychologue		1,5	0	1,5
Infirmier		1,5	0	1,5
Aide-soignant		0	0	0
Autre paramédical		0	0	0
Assistant de service social		2	0	2
Educateur spécialisé		1	0	1
Animateur / Moniteur		0	0	0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction		1,5	0	1,5
Secrétaire / comptable/ agent administratif		1	0	1
Documentaliste		0	0	0
Agent d'entretien		1	0	1
Autres, précisez:		0	0	0
Autres, précisez:		0	0	0
Autres, précisez:		0	0	0
TOTAL GENERAL		11,1	0	11,1
Bénévoles et volontaires				0
Emplois aidés				0
Stagiaires				2

14 salariés de la structure

15 salariés mis à disposition par d'autres structures

16 un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

VI. COORDONNEES DES LIEUX AYANT UNE PERMANENCE OUVERTE

(Le cas échéant, indiquez également le ou les lieux de la consultation jeunes consommateurs)

Utilisez SVP une seule ligne par lieu

Nom du lieu	Adresse	Téléphone	Nombre d'heures d'ouverture par semaine (nombre)	File active par lieu (nombre)
Total des heures d'ouverture par semaine et de la file active			0	0

Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs¹

Date de création de la consultation (mois, année)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
mm	aaaa

LA FILE ACTIVE

1. Nombre de consommateurs reçus dans la consultation²
(au moins un contact en face à face)

dont nombre reçus avec une ou plusieurs personnes de l'entourage

2. Nombre de consommateurs pour lesquels seules des personnes de l'entourage³
ont été reçues dans la consultation

LES ACTES

3. Nombre total d'entretiens individuels avec le consommateur
(avec ou sans présence de membre(s) de l'entourage)

4. Nombre total d'entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'entourage
en l'absence du consommateur

5. Nombre total de séances de groupe⁴ organisées pour des consommateurs

6. Nombre total de séances de groupe⁵ organisées pour l'entourage
(sans consommateurs)

¹ La consultation jeunes consommateurs est une consultation pour les moins de 25 ans qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation ou en lien avec un comportement addictif et qui sont accueillies pour une information, une évaluation et/ ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire. A contrario, un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge dans le CSAPA.

² personnes vues dans les locaux de la consultation

³ il s'agit de compter les consommateurs jamais venus mais sur lesquels porte l'entretien ; on comptera donc un consommateur lorsque une ou plusieurs personnes de l'entourage de cette personne sont vus dans le centre et quel que soit le nombre d'entretiens menés.

⁴ ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe

⁵ ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe

LES PRODUITS *Facultatif*

6bis. Répartition des patients suivant les produits/addictions les

	Produit N°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances		0,0
Autres		0,0
Total produits 1	0	0,0
Non renseigné		
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 302 100,0

	Produit N°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances		0,0
Autres	0	0,0
Total produits 1	0	0,0
Non renseigné	0	
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 302 100,0

L'ÉQUIPE

7. Membres de l'équipe de la consultation cannabis:

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

HEURES D'OUVERTURE

8. Nombre d'heures hebdomadaires d'ouverture de la consultation

ORIENTATIONS

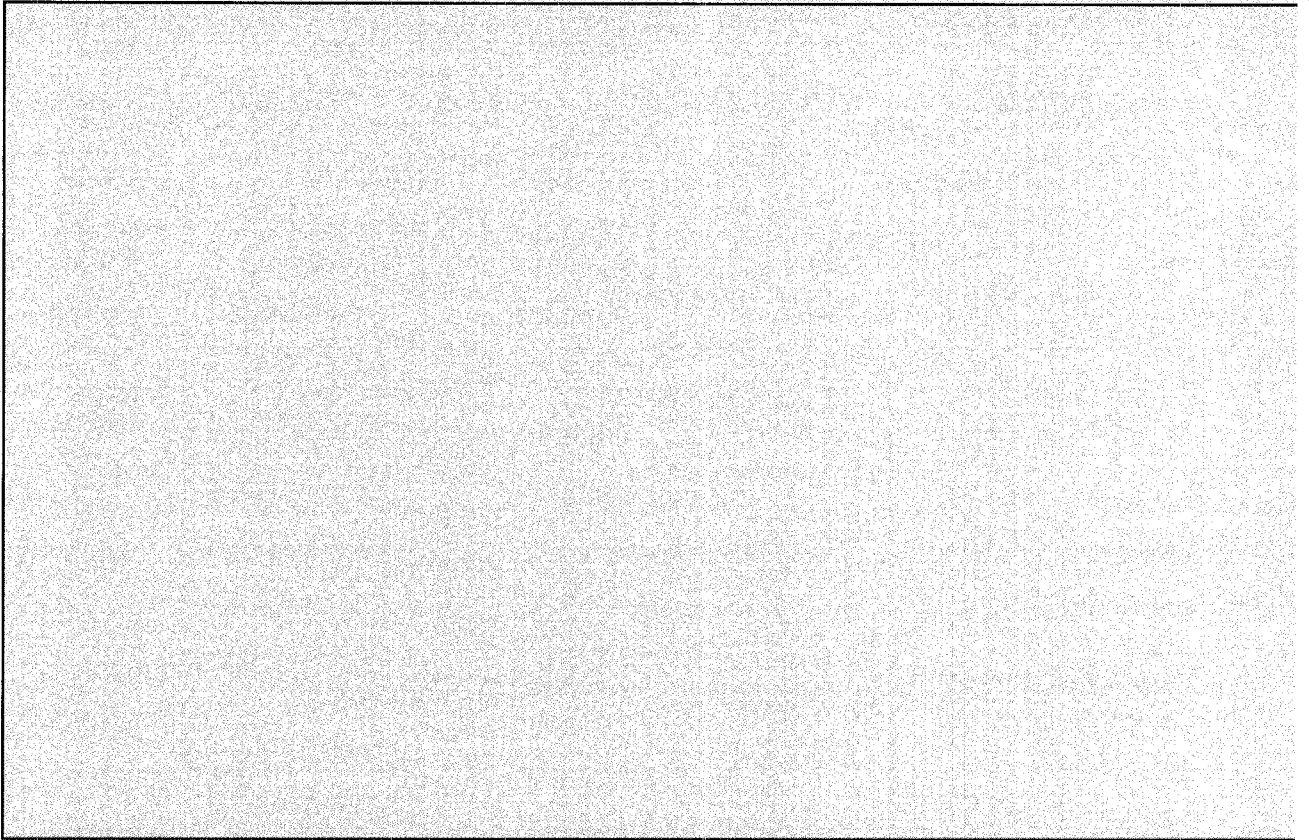
9. Nombre de consommateurs orientés vers : %

CSST	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
CCAA	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
CMP/CMPP	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Hospitalisation	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Médecin de ville psychiatre	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Médecin de ville généraliste	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Psychologue ⁶	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Point écoute	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Service social	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Sans orientation ⁷	<input type="text"/>	<input type="text" value="0,0"/>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total (hors ne sait pas)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0,0"/>

⁶ hors CSST/CCAA/CMP/CMPP

⁷ la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Commentaires (notamment concernant les nouveaux items introduits dans ce rapport 2008)



Introduction

Le rapport d'activité standardisé DGS propose un résumé succinct du fonctionnement des CSST.

Afin de mieux appréhender la complexité du travail réalisé par l'équipe pluridisciplinaire du CSST EGO, il convient de préciser la relation entre les données quantitatives, la singularité des patients et le dispositif médico-social mis en place.

À ces fins, nous présenterons l'équipe soignante, qui a connu plusieurs mouvements de personnel durant l'année 2008.

Puis nous aborderons les spécificités de la clinique de l'addiction au crack au CSST EGO, avec quelques chapitres particuliers tels que le travail en réseau, les problématiques d'hébergement, de justice, et les comorbidités psychiatriques.

Recueil de données 2008

Le CSST EGO a opté pour le recueil électronique des données afin de mieux répondre aux obligations relatives à l'élaboration du rapport d'activité et aux enquêtes RECAP de l'OFDT.

Dans un premier temps, nous avons utilisé le logiciel « ProGdis », mais sa conception très statique, centrée sur un recueil purement statistique des données ne répondait pas aux préoccupations des cliniciens.

Ainsi, au cours de l'année 2008, nous avons acquis un logiciel plus performant, largement utilisé dans le domaine de l'alcoologie et conçu comme un dossier médical structuré : « éO-Addictions ». Ce logiciel présente un niveau de sécurité très élevé et permet l'accès aux informations depuis les différents sites de l'association.

Entre juillet et décembre 2008, nous l'avons adapté et paramétré afin qu'il réponde tant au projet du CSST qu'aux besoins des praticiens. Puis nous avons procédé au transfert des données saisies sur l'ancien logiciel et, enfin, à la formation du personnel.

À ce jour, cet outil fonctionne de manière satisfaisante pour l'ensemble de l'équipe. Il facilite considérablement la communication entre les différents praticiens, notamment dans la consultation des actes réalisés pour chaque patient, améliorant ainsi la cohérence et la pluridisciplinarité des interventions.

Le recueil électronique des données est réalisé au cours de la consultation ou à la fin de celle-ci par chacun des membres de l'équipe et suppose :

- la maîtrise de l'outil informatique et du logiciel ;
- un consensus de l'équipe sur l'importance de cette tâche et la discipline qu'elle impose.

L'équipe du CSST EGO

L'équipe du CSST, aujourd'hui stabilisée et au complet, a connu d'importants mouvements de personnel en 2008. En effet, sur les 11 personnes qui composaient notre équipe médico-sociale fin 2007, 5 seulement étaient encore présentes à l'issue de l'année 2008.

Ainsi, au cours du dernier trimestre 2008, nous avons procédé à la restructuration de notre équipe de la manière suivante :

- un poste de psychologue à mi-temps a été transformé en un plein temps ;
- un poste d'animatrice à plein temps a été supprimé ;
- le poste de direction administrative et financière a été partagé entre les deux établissements de l'association (CAARUD et CSST) ;
- les postes de secrétaire et d'agent de service ont changé de titulaires.

De plus, et afin de prendre en compte les orientations dégagées par le processus d'évaluation du CSST (voir en annexe la synthèse du rapport ACADIE Coopérative Conseil), l'équipe soignante a également été réorganisée.

À ce jour, elle est composée de :

- un psychologue coordinateur technique (1 ETP) ;
- un psychiatre chef de service médical (0,5 ETP) ;
- deux médecins généralistes (1,1 ETP) ;
- un psychologue clinicien (0,5 ETP) ;
- deux infirmières (1,5 ETP) ;
- une éducatrice spécialisée (1 ETP) ;
- deux assistantes de service social (2 ETP).

Commentaires sur le rapport d'activité standardisé DGS 2008

Il nous semble nécessaire d'apporter quelques commentaires aux chiffres du rapport standardisé DGS 2008 et de les comparer aux chiffres de 2007, première année de fonctionnement autorisée du CSST.

File active

Patients	2007	%	2008	%
File active	275		302	+ 9
Dont nouveaux	266	96,7	166	55,0
Vus une seule fois	88	32	67	22,2

En 2008, deuxième année de fonctionnement du CSST, la file active est en augmentation de 9%. Les patients vus une seule fois sont en diminution par rapport à 2007 : 32% de la file active de 2007 et 22,2% en 2008. Le taux de renouvellement de la file active est de 55%. Ceci reste encore élevé par rapport au taux moyen pour les CSST parisiens qui est de 45%. La différence s'explique par la création récente du CSST, la file active étant en phase de constitution. Par ailleurs, les caractéristiques du public diffèrent largement des publics des autres CSST, notamment quant au niveau de précarité (voir plus loin).

Sexe

Patients	2007	%	2008	%
Hommes	212	77,1	229,0	75,8
Femmes	63	22,9	73,0	24,2

Nous remarquons une augmentation de 1,3% de la proportion de femmes par rapport à l'année 2007. Cette augmentation est d'autant plus remarquable que les femmes ne représentent que 15,9% de la file active du CAARUD EGO et 21,9% des CSST et CCAA de France (« Exploitation Des Rapports D'activité Type des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT »). Cette différence de pourcentage de femmes usagères entre le CAARUD et le CSST EGO suppose une demande de soins plus importante de celles-ci, en rapport avec un état de santé plus détérioré.

Âge

Patients	2007	%	2008	%
Moins de 30 ans	60	21,8	41	13,6
30 à 49 ans	192	69,8	230	76,4
50 et plus	23	8,4	29	9,6
Âge moyen	37,5		39,4	
Âge moyen H	38,1		40,0	
Âge moyen F	35,8		37,3	

On note un vieillissement de la population des usagers de 2007 à 2008 (1,9 an de plus). Au delà du vieillissement naturel de la population, la différence semble essentiellement due à l'importante diminution des usagers de moins de 30 ans fréquentant la structure. En 2007, un public de jeunes de la mouvance « techno » avait fréquenté notre structure, sans pour autant s'ancrer dans le quartier.

Logement

	2007	%	2008	%
Logement durable	63	32	69	27,8
Logement provisoire	63	32	69	27,8
SDF	71	36	110	44,4
NSP / NR	78		54	

44,4 % des patients sont SDF, ce qui représente l'une des caractéristiques majeures du public du CSST EGO. La proportion de SDF reçus dans l'ensemble des CSST parisiens est de 12,8% (Activité 2007 de CSST et CCAA parisiens, document DDASS 75). Cette donnée est déterminante pour la clinique des addictions, qui devra s'adapter à cette caractéristique du public.

Nous pouvons également observer une augmentation importante du nombre de personnes sans domicile fixe en 2008.

Ressources

	2007	%	2008	%
Revenus du travail	10	7,0	27	11,8
ASSEDIC	7	4,9	5	2,2
RMI / RSA	44	31,0	64	28,1
AAH	16	11,3	23	10,1
Autres prestations sociales	0	0,0	1	0,4
À la charge d'un tiers	0	0,0	2	0,9
Autres ressources / Sans revenus	65	45,8	106	46,5
NSP / NR	133		74	

Les données sont assez similaires d'une année sur l'autre et confirment que le public reçu au CSST EGO est en situation extrêmement précaire. En effet, le pourcentage de patients ayant d'« autres ressources/sans revenus » pour les CSST et CCAA au niveau national est de 11,8% (« Exploitation Des Rapports D'activité Type Des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDI ») contre 46,5% au CSST EGO. Inversement, le pourcentage de patients avec « revenus du travail » au niveau national est de 37,4% contre 11,8% au CSST EGO.

Origine de la demande

	2007	%	2008	%
Initiative du patient ou des proches	80	41,9	102	41,1
Médecin de ville	1	0,5	0	0,0
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre)	92	48,2	113	45,6
Équipe de liaison	0	0,0	0	0,0
Autre hôpital/autre sanitaire	0	0,0	0	0,0
Institutions et services sociaux	2	1,0	6	2,4
Justice, obligation de soins	2	1,0	5	2,0
Justice, injonction thérapeutique	11	5,8	20	8,1
Justice, classement avec orientation	0	0	0	0
Autres mesures administratives	1	0,5	2	0,8
Milieu scolaire et universitaire	0	0,0	0	0,0
Autres	2	1,0	0	0,0
NSP / NR	84		54	

« Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre) » :

	2008	Nbre de patients	%
CSST ou addictologie		8	7,1%
Structure RdR CAARUD		25	22,1%
Centre d'accueil d'EGO		48	42,5%
STEP		32	28,3%

Nous constatons une certaine homogénéité entre les chiffres de 2007 et ceux de 2008. La plupart des patients viennent au CSST de leur propre initiative, ou par le biais d'autres structures spécialisées telles que les CAARUD du nord-est parisien, et notamment celui d'EGO (Centre d'Accueil et STEP).

En effet, les patients considérés comme « consultant de leur propre initiative » fréquentent le CAARUD EGO. La proximité de notre CSST leur permet de bénéficier d'une consultation sans qu'une orientation formelle ne soit nécessaire.

De plus, nous constatons que très peu de patients nous sont adressés par les services de santé en général, y compris les médecins de ville. Cela suggère que le public reçu au CSST EGO est très peu en contact avec les structures sanitaires ne relevant pas de la réduction des risques.

Enfin, le renforcement de notre partenariat avec le service des injonctions thérapeutiques, dans le cadre du « Plan Crack » pour le nord-est parisien explique l'augmentation importante d'orientations provenant de leurs services. Il s'agit dans la totalité de cas d'injonctions thérapeutiques pour usage de crack.

Les produits

	1. produit le plus dommageable	%	2. produit le plus dommageable	%	3. produit le plus dommageable	%
Alcool	11	4,4	18	10,4	16	18,0
Tabac	0	0,0	3	1,7	9	10,1
Cannabis	7	2,8	22	12,7	21	23,6
Opiacés	26	10,4	27	15,6	5	5,6
Cocaïne et crack	178	71,2	32	18,5	6	6,7
Amphétamines, ecstasy	1	0,4	1	0,6	0	0,0
Méd. psychotropes	6	2,4	25	14,5	22	24,7
Traitement de substitution détourné	20	8,0	44	25,4	8	9,0
Addictions sans substances	0	0	0	0,0	0	0,0
Autres	1	0,4	1	0,6	2	2,2
Pas de produit			18		21	
NSP / NR	52		111		192	

Les « produits les plus dommageables » sont de loin la cocaïne et le crack.

Il faut préciser qu'au CSST EGO cette rubrique concerne surtout la dépendance au crack.

En effet, la cocaïne n'est le produit le plus dommageable que pour 6 usagers, alors que c'est le crack pour 172 d'entre eux. Le crack et la cocaïne ont également une place importante en tant que deuxième produit le plus dommageable avec un pourcentage de 18,5%.

Si le crack est bien le premier produit le plus dommageable, les opiacés et les traitements de substitution détournés constituent la part la plus importante du deuxième produit le plus dommageable du public du CSST EGO : opiacés + substitution détournée = 41%.

En outre, il est intéressant de noter que le pourcentage des médicaments psychotropes détournés, de l'alcool et du cannabis augmente progressivement selon qu'ils sont considérés en tant que premier, deuxième ou troisième produit le plus dommageable (Méd. Psychotropes : 2,4% ; 14,4% ; 24,7% ; Alcool : 4,4% ; 10,4% ; 18% ; Cannabis : 2,8% ; 12,7% ; 23,6%).

Le crack reste le principal produit consommé, même s'il l'est en association avec d'autres produits. Il est vraisemblable que ces produits sont en grande partie utilisés faute de crack ou pour corriger les effets négatifs de la « descente ». Ces tendances décrivent les singularités des polyconsommations du public qui fréquente EGO.

Les actes

	Nb actes 2007	%	Nb patients 2007	Nb actes 2008	%	Nb patients 2008
Médecins généralistes	493	15,6	181	440	8,6	168
Psychiatres	317	10,1	66	100	2,0	41
Infirmiers	885	28,1	112	2518	49,2	179
Psychologues	301	9,5	75	625	12,2	109
Assistants sociaux	660	20,9	124	1002	19,6	254
Éducateurs spécialisés et animateurs	498	15,8	71	432	8,4	104
Total actes	3154		275	5117		302
Total patients vus plus d'une seule fois	3066		187	5050		235

Le nombre total d'actes réalisés en 2008 est en nette augmentation : 62% par rapport à 2007.

Cela s'explique par une très importante augmentation du nombre d'actes des infirmières, des psychologues et des assistantes sociales.

Les actes des médecins, du psychiatre et des éducateurs animateurs sont, eux, en diminution. Ces variations s'expliquent en partie par des mouvements de personnel (recrutements en cours d'année et turn-over important du personnel médical, stabilisé seulement fin 2008).

Concernant les actes infirmiers, une deuxième infirmière à mi-temps a été recrutée en octobre 2007, ce qui a permis d'améliorer l'organisation et la continuité du service auprès des patients, tout au long de l'année.

Il faut également noter la forte augmentation du nombre d'actes par patients qui passe de 16,4 en 2007 à 21,5 en 2008, ce qui est un indice de l'amélioration de la rétention des patients en traitement au CSST.

Les sevrages

	2007	2008
Nombre de patients ayant bénéficié d'un sevrage lors de l'année	14	57
dont sevrage en ambulatoire assuré par le centre	12	46
dont sevrage ambulatoire hors du centre et suivi par le centre	0	1
dont sevrage hospitalier suivi par le centre	2	10

Le nombre de sevrages a progressé de façon spectaculaire en 2008 et la majorité d'entre eux concernent le crack. Ces sevrages sont fréquemment sélectifs car d'autres produits de dépendance sont souvent consommés par les usagers de crack.

Avant l'implantation du CSST dans le quartier de la Goutte d'Or, la consommation de crack n'était pas clairement identifiée comme un problème par les usagers car ils ne se considéraient pas comme « dépendants » de ce produit. Grâce au travail de sensibilisation et à l'offre spécifique de soins du CSST, les usagers commencent à accepter l'idée qu'une grande partie de leurs problèmes sont liés à la consommation de crack, voire aggravés par celle-ci.

L'augmentation des hospitalisations pour sevrage concerne également le crack. La complexité de la situation des usagers rend souvent ces hospitalisations difficiles, mais le renforcement de nos relations avec les services hospitaliers contribue à les rendre plus fluides. Ce travail en réseau nous a également permis de sensibiliser nos partenaires aux problématiques spécifiques des usagers de crack.

2. Rapport d'activité qualitatif

Description du public et de ses besoins

La population reçue au CSST EGO est majoritairement masculine (75,8%), relativement âgée (39,9 ans en moyenne, 85% ont plus de 30 ans), et originaire de Paris (77,2%).

Bien qu'il s'agisse principalement d'une population polytoxicomane, les produits à l'origine des consultations ou les produits les plus dommageables sont la cocaïne/crack pour 71,2% et les opiacés pour 10,4%.

Les opiacés et les traitements de substitution détournés sont, pour 41% des patients, les deuxièmes produits les plus dommageables. Nous devons donc centrer nos traitements sur la dépendance au crack de nos patients, sans négliger leurs autres addictions.

Les maladies somatiques associées à la consommation de drogues constituent également un important volet de notre intervention. En effet, outre les maladies infectieuses, nous devons également traiter celles qui sont en relation directe avec la consommation de crack comme les maladies respiratoires, cardiaques, ...

De plus, la désinsertion sociale et la grande précarité sont les caractéristiques les plus saillantes des patients du CSST EGO : 44% sont SDF (27,8% ont un logement stable), 46,5% n'ont pas de revenus, 14% ont des revenus du travail ou ASSEDIC et 28,1% perçoivent le RMI.

La prise en charge sociale devient donc un élément très important du processus de soin, et notamment l'hébergement, qui doit faire l'objet d'une attention particulière. L'accès à des dispositifs d'hébergement de qualité permettant des séjours de plusieurs mois constitue sans doute le principal besoin de nos patients. En effet, c'est à cette condition que les soins et le traitement de la dépendance ont des chances de produire des effets bénéfiques et durables.

Ensuite, les modes de vie caractérisés par l'exclusion, l'errance et la consommation de stupéfiants exposent cette population à une rencontre fréquente avec l'institution policière et judiciaire : 73% sont allés en prison au moins une fois dans leur vie. Il est donc également important de prendre en compte l'aspect judiciaire.

Enfin, sur le plan psychiatrique, 58% des 112 patients pour lesquels le diagnostic a été affiné souffrent de troubles psychiques (dont 22% de troubles psychotiques et délirants).

Lorsque des troubles psychiatriques sont diagnostiqués chez des patients dépendants, il est très difficile de les hospitaliser pour sevrage dans des services d'addictologie ou même dans des services de psychiatrie. En effet, les patients adhèrent difficilement à un projet de soins incluant un traitement de leurs troubles psychiatriques, qui implique des contraintes spécifiques liées aux délais pour obtenir des rendez-vous et des modalités d'admission à respecter.

La clinique de l'addiction au crack, les traitements de substitution, la médecine générale et l'accès aux soins

La clinique de l'addiction au crack

Le CSST EGO s'est donné pour objectif de développer une clinique de l'addiction au crack dans une structure à bas seuil d'exigence, ce qui signifie que l'inclusion dans le soin n'y est pas conditionnée par la demande de traitement de l'addiction.

Le concept clé de cette démarche est celui du *parcours de soin*, qui invite le patient et l'équipe soignante à considérer qu'il ne doit pas y avoir de rupture entre les objectifs de réduction des risques, les soins et le traitement de la dépendance. Les actions menées dans une dynamique de réduction des risques sont ainsi considérées comme des soins.

L'idée de clinique suppose une approche individuelle de la relation du sujet au produit. Cela implique d'essayer de saisir la manière dont la consommation apparaît dans l'histoire du patient. L'addiction, cependant, comprend des pratiques qui dépassent l'aspect individuel. Des déterminants physiologiques, psychologiques et sociaux sont en jeu car les drogues sont différentes, mais pas uniquement sur le plan pharmacologique. Leurs modes de consommation privilégiés, leur légalité et leur disponibilité sur le marché sont aussi à prendre en compte car elles placent le patient dans diverses positions au regard de la société.

Outre les missions communes à tous les CSST, notre structure a la particularité de prendre en soin les usagers de crack en errance. Nos patients vivent dans un circuit de commerce et de consommation de crack, loin de la protection d'un « foyer à soi ». Cela implique un niveau extrême d'exclusion qui, par-delà les problèmes d'addictions, induit une sub-culture marginale.

Ainsi, nous devons développer, d'une part, une clinique de l'addiction à la cocaïne/crack, produits d'une importance particulière dans la société moderne, et, d'autre part, une clinique des pathologies somatiques et psychiatriques liées à l'errance.

Ces éléments relèvent d'une clinique très complexe et expliquent les difficultés des intervenants en toxicomanie devant ces prises en charge¹. Notre travail consiste à essayer de rendre possible le traitement de la dépendance au crack ce qui requiert la construction d'une « clinique nouvelle » en rupture avec certains éléments qui caractérisaient la clinique classique des addictions aux opiacés.

Nous savons qu'arrêter de consommer des opiacés induit une souffrance physiologique et psychologique clairement identifiable et difficilement supportable pour le patient.

A *contrario*, l'arrêt de la consommation de crack constitue une expérience radicalement différente : tout usager de crack a vécu des périodes d'abstinence sans se sentir « malade ». La dépendance à ce produit est caractérisée par des prises compulsives et sa consommation est ressentie comme une nécessité urgente.

Ces épisodes sont interprétés par les patients comme une « faiblesse morale » ou encore comme un « vice », et, de ce fait, ils ne sauraient être assimilés à une maladie pouvant être traitée.

Aujourd'hui, la clinique traditionnelle des toxicomanies est largement organisée autour du modèle des prises en charge de la dépendance aux opiacés. Elle repose sur de larges consensus et inclut la prescription de traitements de substitution à des fins de sevrage ou de maintenance. Pour ce qui concerne l'objectif thérapeutique d'abstinence, la séquence accueil ambulatoire, cure de sevrage, traitement résidentiel et psychothérapie constitue l'axe central de la démarche clinique. Dans ce modèle, la rupture est recommandée, non seulement avec la drogue, mais aussi avec le réseau social considéré comme nocif. Lors d'un séjour dit « de rupture », le patient est maintenu dans une ambiance artificielle et les valeurs qui prévalent sont celles des organisateurs du séjour. La plupart du temps, ces valeurs sont le travail, la nature et la vie sans drogues. L'architecture et la situation géographique du lieu de séjour sont supposées favoriser son adaptation à ce nouveau style de vie. Le patient doit se plier aux règles internes sous peine de se voir sommé de quitter les lieux.

Les difficultés commencent lorsque le sujet revient de son séjour. Certains patients retournent aux anciens objets de satisfaction privilégiée.

Le CSST EGO a choisi de s'installer dans la proximité du circuit de vie de l'usager de crack et de ne pas l'éloigner de son réseau social. Il s'agit d'une clinique qui privilégie la *proximité* et l'intensification de la fréquence des interventions thérapeutiques².

¹ Recherche-action « Crack, pathologies associées et soins », EGO, octobre 2005.

² NEIRA R., GOMBEROFF L., CAVALCANTI L. « Espoir Goutte d'Or : un exemple de structure médico-sociale de prise en charge » in KARILA L., REYNAUD M. (2009). *Addiction à la cocaïne*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences.

Les soins médicaux et infirmiers

Les soins médicaux sont une partie fondamentale de l'activité clinique du CSST car la population reçue est constituée principalement par des usagers en grande précarité sociale et médicale.

Pour la majeure partie de ces patients, la santé n'est pas une préoccupation fondamentale, ce qui rend difficile la formulation d'une demande de soins. Depuis octobre 2008, un médecin et une infirmière sont présents quotidiennement dans le service, facilitant ainsi l'accès aux premiers soins de ces patients.

Chaque patient reçu se voit attribuer un référent chargé de coordonner son parcours de soins. La demande de départ ne relève pas toujours de l'addictologie. Il peut s'agir de soins liés à une plaie, de réfection de pansement, de soulagement d'une douleur. Ces soins, sans rapport direct avec la consommation de produits, permettent d'instaurer une alliance thérapeutique forte avec le patient.

Nous faisons également régulièrement appel à des consultations extérieures. Nous privilégions alors le lien entre l'usager et le système de santé par courriers, appels téléphoniques et accompagnements physiques.

Les motifs de consultation, souvent en urgence, ont pour la plupart un lien avec les consommations de crack : pathologie broncho-pulmonaire de type bronchite asthmatiforme, pneumopathie, dyspnée, pathologie cardiovasculaire de type hypertension artérielle, infections cutanées liées aux injections, plaies aux doigts et aux lèvres. Nous proposons également un accompagnement au quotidien dans la prise en charge des maladies chroniques souvent associées (séropositivité VIH, hépatite C, hépatite B....).

Dépistages VIH, VHB, VHC

La démarche de dépistage est fondamentale chez nos usagers polytoxicomanes. Un partenariat entre EGO et la CDAG (Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit) de l'hôpital Fernand-Widal et l'association AREMEDIA a permis la mise en place de séances de dépistage ; elles ont lieu sur site depuis plusieurs années à STEP et au Centre d'Accueil d'EGO. Auparavant, les patients devaient aller chercher leurs résultats à la CDAG de Fernand-Widal. Depuis septembre 2007, date de l'ouverture du CSST, les résultats sont remis sur place (à EGO et à STEP) par les médecins du centre. Afin d'optimiser la qualité de prise en charge et la remise des résultats, un médecin et une infirmière du CSST EGO participent aussi au prélèvement. Aujourd'hui, ce sont les mêmes personnes qui réalisent le prélèvement et qui remettent le résultat. Les objectifs sont de faciliter l'accès au soin et au dépistage, et d'optimiser la prévention et la remise des résultats. Cette année, 64 dépistages ont été réalisés. En 2009, nous comptons augmenter ce chiffre via l'introduction de la méthode de micro-prélèvement sur laquelle le personnel médical et infirmier a été formé.

Hospitalisations

Deux types d'hospitalisation sont proposés : les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées.

Hospitalisations programmées

Le suivi de patients souffrant de maladies chroniques nécessite des bilans hospitaliers réguliers. Cependant, pour nos usagers de crack, ces hospitalisations à visée somatique sont particulièrement difficiles. La rupture de consommation de crack non choisie, la contrainte de l'enfermement rendent difficile le bon déroulement de l'hospitalisation. C'est pourquoi nous proposons systématiquement l'accompagnement de ces patients et de l'équipe soignante qui les reçoit.

Les hospitalisations pour l'année 2008 :

	Maladies infectieuses	Traumatologie	Cardiologie	Total
Femmes	1	0	1	2
Hommes	5	1	0	6
Total	6	1	1	8

Hospitalisations dans le cadre d'une urgence

L'équipe du CSST, en concertation avec l'équipe du CAARUD, intervient dans certains cas d'urgence qui surviennent, notamment au Centre d'Accueil d'EGO. Notre participation consiste à mettre en place les premiers soins médicaux en attendant l'arrivée des équipes d'urgence. Pour certains patients, cela peut être le premier lien avec le soin et le début d'une prise en charge médicale. Entre mars et décembre 2008, nous avons participé aux soins de 23 cas d'urgence.

Les hospitalisations d'urgence pour l'année 2008 :

	Décompensation psychiatrique	Surdose médicaments	Plaie profonde	Urgence médicale	Total
Femmes	3	0	1	3	7
Hommes	3	8	2	3	16
Total	6	8	3	6	23

Vignette clinique

M^{me} Z. est née en 1964 au Congo. Infectée par le VIH, elle arrive en France à l'âge de 30 ans et séjourne durant deux ans chez un parent à Paris. Très vite, elle rencontre un homme qui devient son compagnon ; dès lors ils vivent dans différents squats, consomment de l'héroïne puis du crack.

Actuellement, elle fume du crack deux à six fois par semaine, et bénéficie d'un traitement par Subutex délivré au CSST.

Lors de sa première consultation, M^{me} Z. est en rupture de soins : trithérapie abandonnée, Subutex de rue, hébergement précaire entre la rue et le domicile de certaines connaissances plus ou moins bienveillantes.

Durant la prise en charge, une ostéonécrose de la hanche est diagnostiquée nécessitant une intervention chirurgicale et la pose d'une prothèse totale de hanche.

Nous orientons donc M^{me} Z. en Orthopédie à l'hôpital Lariboisière; une prise en charge chirurgicale avec comme préalable incontournable la reprise de la trithérapie VIH est proposée.

Le contact avec le service d'Infectiologie est repris et, après plusieurs hospitalisations de jour, la trithérapie est réinstaurée ; ces soins ont été facilités par des accompagnements physiques à la plupart des rendez-vous médicaux.

M^{me} Z. bénéficie depuis quelques semaines d'un hébergement à l'hôtel par le biais de l'association GAIA ; elle a pu réaliser les démarches nécessaires au renouvellement de son titre de séjour afin de régulariser sa situation et d'accéder à ses droits : un dossier COTOREP a été ouvert. L'intervention chirurgicale est programmée.

Le traitement spécifique de la dépendance à la cocaïne/crack

En 2008, 47 patients ont été accompagnés pour un sevrage ambulatoire au CSST, spécifiquement pour le crack. Tous ces patients ont été traités avec une approche pluridisciplinaire. Dans cette approche, le rôle du traitement psychothérapeutique est fondamental.

La psychothérapie permet de questionner la place du produit dans l'économie psychique de chaque sujet. Le produit a une place très importante, cependant cette place n'est pas perçue par l'utilisateur. Le déni est très caractéristique de la dépendance à la cocaïne. Souvent, surtout au début, la personne a l'impression de contrôler sa consommation. Elle peut d'ailleurs partir en vacances un mois sans consommer et même sans en avoir particulièrement envie. Pourtant, quand elle revient, elle reprend sa consommation. Au bout d'un moment, une grande partie de l'univers de cette personne peut se retrouver associée au produit : le réseau social change, l'appartement devient petit à petit un repaire de consommateurs, l'activité professionnelle n'est plus assurée. Il devient alors très difficile d'arrêter et la personne peut prendre conscience de son problème avec la cocaïne.

La psychothérapie permet également de traiter le craving. Celui-ci participe d'une manière essentielle au maintien d'une dépendance à la cocaïne. On le définit comme une envie quasi irrésistible de consommer. Il apparaît quand le sujet dépendant perçoit, de manière consciente ou non, un stimulus qu'il a associé au produit (lieu, personne, argent, situation, moment de la journée, émotion). La personne aura soudain très envie de consommer, et elle va interpréter cette envie comme un besoin absolu (tout en ressentant des signes physiques : troubles digestifs, borborygmes dans l'estomac, palpitations, augmentation du rythme cardiaque). À la grande différence du manque d'héroïne qui résulte avant tout d'un besoin physique, le craving de cocaïne résulte en grande partie d'un apprentissage par conditionnement classique. La personne ayant appris au fil du temps à associer certains stimuli à la consommation, leur perception pourra à elle seule suffire à provoquer des signes physiologiques et psychologiques liés à cette consommation.

Il existe plusieurs types de craving. D'abord, une personne peut avoir prévu de consommer à une certaine occasion et, plus elle s'en approche, plus son envie augmente : c'est le craving planifié. Ensuite, une personne peut ressentir un craving par surprise : elle ressent soudain une envie très forte de consommer. Cela peut arriver quand elle ressent une émotion particulière ou perçoit quelque chose, même d'apparence anodine, liée au produit. On comprend aisément que ce type de craving peut conduire d'anciens consommateurs abstinents à reconsommer, voire à rechuter. Enfin, il existe le craving anti-descente. Pour éviter les signes pénibles de la descente, la personne va reconsommer très vite de façon compulsive. Ce type de craving est particulièrement fort quand le mode d'administration permet un passage rapide de la cocaïne au cerveau (c'est-à-dire fumé sous forme de crack ou injecté).

Au CSST, nous proposons plusieurs approches psychothérapeutiques. La multiplication des orientations donne plus de chances de trouver l'approche qui sera la plus adaptée à chaque usager. C'est ainsi que les patients bénéficient alternativement d'entretiens motivationnels, d'entretiens d'orientation psychanalytique, de psychothérapies cognitives et comportementales et de thérapies de soutien.

L'équipe du CSST d'EGO est fortement engagée dans la recherche clinique, y compris médicamenteuse, pour le traitement de la dépendance à la cocaïne. Un protocole expérimental ayant pour objectif d'évaluer l'impact d'une molécule (l'aripiprazole) sur le craving des consommateurs de cocaïne³ a été mis en place au centre de soins, en partenariat avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (Espace Murger, Fernand-Widal).

Dans le même temps deux échelles ont été validées sur une centaine de personnes, dont 62 venant d'EGO (CAARUD et CSST) : l'une, en attente de publication, sur les symptômes psychotiques positifs retrouvés chez les cocaïnomanes, et l'autre, sur l'adaptation de l'O.C.C.C.S. (Obsessive Compulsive Cocaine Craving Scale)⁴. La mise en place de ce protocole expérimental implique la formation de certains professionnels du CSST (infirmières, psychologues, médecins) à la passation des questionnaires grâce à des réunions régulières avec les médecins et psychologues de l'AP-HP, la délivrance et le suivi du traitement. Les patients suivent, en plus du traitement pharmacothérapeutique, une psychothérapie ciblée sur la dépendance à la cocaïne.

Vignette clinique

Le cas clinique suivant illustre bien les particularités des modes de traitement de l'addiction à la cocaïne avec une approche comportementale et cognitive :

M. A. est un homme de 36 ans. Un soir de mai 2008, alors qu'il se rend à STEP chercher du matériel d'injection stérile, il exprime sa lassitude de la toxicomanie et formule une demande de soins. L'accueillant de STEP l'oriente alors au CSST EGO. Il est reçu quelques jours plus tard par un psychologue en vue de préciser sa demande et d'évaluer sa motivation.

³ Vorspan F., Bellais L., Keijzer L., Lépine J.P. (2008). « An Open-Label Study of Aripiprazole in Nonschizophrenic Crack-Dependent Patients », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 28, n° 5, pp. 570-572).

⁴ Bellais L., Vorspan F., Romo L., Gascon J. & al (2008). OCCS : « A New Questionnaire Assessing Cocaine Craving », *European Psychiatry*, April 2008, vol. 23 - suppl. 2 - pp. S1-S410.

Il se trouve que M. A. consomme de la cocaïne et des opiacés (Skénan, héroïne) par voie intraveineuse depuis l'âge de 15 ans. Depuis environ un an, la consommation de cocaïne de M. A. est devenue pour lui problématique. Il fait très souvent des rêves où il consomme de la cocaïne (en sniff, fumée ou injectée) et se réveille subitement avec un craving difficilement supportable. Il présente alors des signes physiques en rapport avec la consommation (gargouillis dans le ventre, accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, sudation) ainsi que l'idée obsessionnelle de trouver du produit. La plupart du temps, s'il n'a pas de produit chez lui, il part en pleine nuit en chercher pour consommer. On perçoit ici l'aspect contraignant et compulsif de la dépendance à la cocaïne, lié au craving. De plus, des symptômes psychotiques (hallucinations auditives et visuelles, idées délirantes de type paranoïaque) sont de plus en plus gênants pour lui : il les attribue à sa consommation de cocaïne. Enfin, il se sent plus faible, moins à même de « choper », c'est à dire d'acheter ou de se procurer du produit, et lassé de toujours chercher, combiner, pour s'approvisionner. En termes motivationnels, M. A. est arrivé à la première consultation en ayant résolu son conflit d'ambivalence : les inconvénients subjectifs à continuer de consommer, à court et long terme, sont perçus comme trop coûteux par rapport à un arrêt de la consommation. C'est ce changement d'équilibre de la « balance décisionnelle » qui va apporter une motivation intrinsèque suffisante pour envisager un changement dans son fonctionnement habituel et le réaliser.

Au cours du premier entretien, nous évaluons à la fois l'indication et les capacités de M. A. à effectuer un travail de type comportemental et cognitif. La dépendance à une substance est une indication de thérapie comportementale et cognitive (TCC) selon le rapport de l'OMS 2004. De plus, M. A. semble avoir des capacités cognitives suffisantes pour permettre le travail nécessaire d'élaboration et d'auto-observation. Nous expliquons au patient le principe des TCC ainsi que les exigences nécessaires d'assiduité et de réalisation de tâches entre les séances. Le comportement-problème cible identifié est le craving, déclenché par des stimuli précis à identifier. L'objectif convenu est l'arrêt de la consommation de cocaïne. Ainsi, nous remettons au patient un cahier de thérapie dans lequel il doit consigner ses notes personnelles pendant et entre les séances, et mentionner les tâches effectuées. Nous lui demandons également de relever ses consommations. Chaque jour, il doit noter les produits consommés (toutes drogues plus alcool), la voie d'administration, la quantité et le contexte situationnel. Outre la prise en charge psychothérapeutique, M. A. est inclus dans le protocole expérimental médicamenteux d'évaluation de l'aripiprazole en tant que réducteur de craving.

Le médecin généraliste initie alors un traitement de substitution aux opiacés par la méthadone, avec délivrance quotidienne au CSST. M. A. est très régulier, manque très peu de rendez-vous et remplit chaque jour son relevé de consommation. Au fil du temps, M. A. diminue considérablement sa consommation tout en développant des outils efficaces de gestion du craving. Celui-ci devient beaucoup plus supportable, car il baisse en durée et en intensité. À l'automne cependant, le patient éprouve des difficultés à tenir sans consommer de cocaïne : il s'ennuie, se décourage, ne se sent pas encore prêt pour envisager une insertion professionnelle. Après des écarts de plus en plus rapprochés, il rechute. Il demande alors une hospitalisation suivie d'un départ en communauté thérapeutique. Ce projet ne se concrétisera pas en raison de troubles psychiatriques comorbides, et l'accompagnement ambulatoire restera la seule voie praticable.

Les traitements de substitution

Seuls 18,4% des patients pris en charge au CSST en 2008 déclarent comme produits les plus dommageables les opiacés et les traitements de substitution détournés de leur usage. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) ne constituent donc pas la partie la plus importante de notre clinique. Cependant, ils sont un élément à prendre en considération dans le traitement de l'addiction : en effet, 41% des usagers reçus déclarent comme deuxième produit le plus dommageable un opiacé ou un produit de substitution détourné de son usage. Au total, 109 (36%) usagers du CSST EGO déclarent bénéficier d'un traitement de substitution. Compte tenu de l'implantation géographique de notre centre dans un quartier où le trafic de produits psycho-actifs est omniprésent, nous avons volontairement limité notre prescription de substitution, privilégiant le recours à d'autres partenaires prescripteurs tout en assurant une prise en charge spécifique en rapport à la cocaïne/crack.

Nous proposons classiquement deux types de substitution : méthadone en sirop et buprénorphine à haut dosage. À ce jour, aucun de nos patients suivis n'a pu bénéficier de méthadone en gélules, les critères de stabilité requis tels que l'arrêt des conduites addictives et la stabilisation de l'état de santé n'ayant pas été atteints.

La majorité des patients sont des usagers de crack polytoxicomanes qui ont souvent recours à la consommation d'opiacés pour gérer la « descente » de crack ; ils ont donc besoin d'une prise en charge spécifique. D'autres sont d'anciens usagers d'opiacés.

29 patients ont bénéficié en 2008 d'un traitement de substitution dans notre centre : 14 ont une prescription de méthadone, et 15 ont une prescription de buprénorphine.

Concernant la délivrance de méthadone, tous nos patients sont en délivrance quotidienne avec prise sur place pendant le premier mois de prise en charge, permettant ainsi une évaluation de la tolérance et un ajustement de la posologie. Pour les patients les plus précaires, nous poursuivons ce type de délivrance car il est difficile de gérer ce traitement dans la rue. Nous proposons également une délivrance quotidienne d'autres traitements avec au moins une prise sur place pour les patients ayant une comorbidité infectieuse ou psychiatrique associée.

En effet, la prescription de substitution a permis à un certain nombre de patients (53%) d'accéder aux soins pour des pathologies associées à la toxicomanie (séropositivité, psychose, insuffisance cardiaque, problèmes infectieux ponctuels...). Chaque jour, leur traitement est remis par les infirmières, ce qui permet une observance thérapeutique optimale ; nous assurons également le lien avec les partenaires hospitaliers en proposant régulièrement des accompagnements, des prises de rendez-vous. Ce type de prise en charge est également proposé à des patients qui ne bénéficient pas d'un traitement de substitution ou dont le traitement est prescrit par un autre centre.

Ainsi, la délivrance de TSO a permis un accès aux soins pour de nombreux patients avec une nette amélioration de leur état de santé physique et psychique car elle a favorisé un contact rapproché avec l'équipe médico-psychologique et sociale du CSST EGO.

Cas clinique illustrant un suivi de patient sous méthadone

M. B. est un homme de 30 ans, il est suivi dans notre CSST depuis juillet 2007. Il se rendait à l'époque très régulièrement à STEP pour chercher du matériel d'injection. M. B. avait pris quelque temps auparavant de la méthadone au Bus GAIA. Il a formulé une demande de prise en charge sociale et de mise sous substitution et nous avons accepté de démarrer le suivi. Il s'injectait quotidiennement du Skénan et régulièrement de la cocaïne. Il avait par ailleurs une consommation importante d'alcool (20 bières par jour).

Inclus au programme méthadone en septembre 2007, sa dose a été progressivement augmentée jusqu'à stabilisation clinique à 90 mg/jour. Les consommations parallèles ont diminué, mais restaient très liées au quotidien de son couple (son amie, usagère depuis peu, lui demandait de lui faire ses shoots).

En 2008, un tournant dans la prise en charge a eu lieu lorsque, après avoir pesé le pour et le contre, nous avons accepté, en parallèle, le suivi de son amie. Le bénéfice s'est vite fait ressentir, tous deux se motivant l'un l'autre dans l'optique de fournir un test urinaire négatif. Les passages au CSST de M. B. sont devenus très réguliers, le couple a assez rapidement abandonné le Skénan, et la consommation de cocaïne est devenue très anecdotique.

Depuis la fin 2008, il diminue très progressivement la méthadone à raison de 5 ou 10 mg tous les quinze jours. La période de diminution est très cadrée, l'équipe médicale et infirmière est particulièrement vigilante quant à une éventuelle reprise de produits ou augmentation de sa consommation d'alcool.

Le travail en réseau

L'accueil et le traitement des patients au CSST EGO impliquent souvent un important réseau de partenaires, qu'ils soient des institutions aux missions semblables aux nôtres (le soin et la réduction des risques avec des usagers de drogues), ou bien des partenaires ayant des missions différentes.

Si le Centre d'Accueil et STEP sont des structures essentielles pour assurer l'accompagnement de nos patients, nous évoquons ici l'ensemble des partenariats extérieurs, indispensables eux aussi à notre association.

Notre but principal est le traitement de l'addiction. Cependant, aider quelqu'un à entamer une démarche de soin, à récupérer ses droits et à clarifier ses problèmes avec la justice fait également partie de notre stratégie thérapeutique. Nous faisons le lien entre le patient et le service adapté à sa demande. Dans ce contexte, il est important de maintenir des liens avec l'institution concernée par chaque démarche. Il s'agit d'un travail de médiation et de coordination. Nous sommes amenés à coordonner des suivis complexes avec des problématiques sociales, médicales et juridiques.

Le travail de coordination est nécessaire du fait que certains patients fréquentent parfois plusieurs institutions, y compris des institutions spécialisées en addictions et réduction des risques. Cette « fréquentation » n'est pas toujours cohérente du point de vue du soin. Les patients s'engagent avec les différentes structures dans des projets contradictoires. Avec l'une, par exemple, ils recherchent un hébergement et avec l'autre un départ en post-cure. La multiplicité de lieux et de projets va de pair avec un mode de vie caractérisé par l'errance. L'errance, ce n'est pas uniquement ne pas avoir de toit, c'est une réalité qui se répète dans différents aspects de la vie. En effet, les usagers de drogues consultant les structures dites de « bas seuil d'exigence » se trouvent souvent en situation d'errance institutionnelle (allant de structures de nuit en accueil de jour, puis en centre de soins). Ils ont recours à divers intervenants ayant souvent les mêmes missions que les nôtres, ou sont sollicités par eux. Il fait donc partie de notre tâche, d'essayer d'identifier quels sont ces autres intervenants travaillant simultanément auprès de ces patients, afin de clarifier les rôles et places de chacun dans leur parcours thérapeutique.

Il y a trois manières possibles de répondre à cette problématique :

1. Centraliser le suivi médical, social et psychologique du patient chez nous, ce qui implique l'accord de tous les partenaires.
2. Réorienter : dans certains cas, lorsque des démarches sont avancées dans d'autres structures, entamer un travail avec nous peut constituer une fuite et un obstacle pour la santé. Nous essayons alors de réassurer le patient et de le réorienter là où il a commencé son travail.
3. Le travail en partenariat : il est fréquent, lorsqu'un patient formule une demande dans notre centre, que nous répondions sans nécessairement l'inciter à interrompre le lien avec d'autres structures. Il nous arrive d'accepter la demande sans centraliser le suivi. La concertation avec les partenaires est dans ce cas fondamentale. L'idée est de mettre les compétences différentes de chaque institution au service du patient dans une logique cohérente du point de vue du soin.

Le travail en partenariat

Durant l'année 2008, le travail en partenariat a concerné 63 équipes différentes. Avec elles, nous avons assuré le suivi conjoint de 83 patients. Pour nous faire une idée générale du travail réalisé en 2008 avec nos partenaires, il est intéressant de diviser les secteurs d'intervention de chaque équipe, en médecine, psychiatrie, addictions, justice et social. Nous pouvons constater que 34 des 83 patients suivis en partenariat, le sont à plusieurs niveaux, ce qui implique une coordination interpartenariale complexe.

La liste de partenaires classifiés selon leur secteur d'intervention illustre la diversité de nos partenariats.

Liste des partenaires classés selon le secteur d'intervention :

Médecine	Psychiatrie	Addictions	Justice	Social
Infectiologie Hôpital Pitié-Salpêtrière	Service Dr Garnier à Sainte-Anne	ECIMUD Bichat	Service des Injonctions thérapeutiques de Paris	Cité André-Jacomet
Infectiologie Hôpital Lariboisière	Service Pr Lépine à F.-Widal	ECIMUD Pitié-Salpêtrière	Service des Injonctions thérapeutiques de la Seine-Saint Denis	Les Amis de La Maison Verte
Infectiologie Hôpital Saint-Louis	Clinique de Laborde	Espace Murger (F.-Widal)	Service des Injonctions thérapeutiques de Versailles	EMAUS Pereire
Infectiologie Hôpital Bichat	Service Pr Lejoyeux à Bichat	Hôpital Paul-Brousse	SPIP de Paris	Centre Israélite de Montmartre
Traumatologie Hôpital Bichat	Équipe de Liaison Psychiatrique, La Terrasse	Hôpital Marmottan	APCARS	CASIP / COJASOR
Hépatologie Hôpital Beaujon	Hôpital Esquirol	CSST Gaïa (75)	L'ESTRAN	ASE Paris
Centre Hospitalier de Carnelle (Saint-Martin-du-Tertre)	CMP La Chapelle	CSST Charonne (75)	FAE PJJ Aubervilliers	CASVP 19 ^e
CDAG F.-Widal / AREMEDIA	CMP La Chaise bleue	Clinique Liberté (91)		Point Accès au Droit 18 ^e
Maternité Port-Royal Pôle Santé Goutte d'Or LHSS Centre Maubeuge		CSST Le Corbillon (93) CSST CASSINI (75) CSST Pierre Nicole (75) CSST 110 Les Halles (75) CSST Sleep In (75) CSST Le Peyry (46) CSST Horizon (75) CSST Avicenne (93) CSST La Terrasse CT Barsac (33) CT Aurore Brantôme (24) Sleep Off - Paris CHRS Charonne CAARUD Boutique 18 ^e Charonne espace mixte et femmes CAARUD Boréal CAARUD Coordination Toxicomanie CAARUD AIDES 93 CAARUD Boutique 10 ^e Charonne		CCAS Saint-Ouen SAMU Social Paris CHRS MAAVAR
21 patients	16 patients	45 patients	24 patients	16 patients

Dans « médecine » nous comptons les différents services et équipes médicales (hormis les équipes psychiatriques) avec lesquels nous avons collaboré de manière étroite dans le suivi des cas. Il s'agit de 11 équipes avec lesquelles nous avons suivi 21 patients. Nous avons également travaillé avec 8 équipes psychiatriques et suivi avec elles 16 patients. En 2008, nous avons travaillé avec 26 équipes spécialisées en addictologie. C'est le secteur avec lequel nous avons le plus de partenariats et avec lequel nous avons suivi le plus grand nombre de patients, 45 au total. Il concerne des ECIMUD, des CSST, des CAARUD des hôpitaux, des communautés thérapeutiques et des centres d'hébergement spécialisé. Avec les équipes du secteur justice, nous avons suivi 24 patients. Dans le domaine social, nous classons les structures à vocation sociale non spécialisées dans les addictions et non concernées par le public sous main de justice. Avec elles (11 structures), nous avons suivi 16 patients.

Participation à des réunions, rencontres, formations...

Réunions régulières

Afin de mieux coordonner nos actions, nous avons des réunions régulières avec un certain nombre de ces partenaires. Lors de ces réunions, nous échangeons autour de suivis en commun de certains patients. Au cours de l'année 2008 nous avons régulièrement rencontré :

- L'équipe de l'ECIMUD de Bichat. Nous avons eu des réunions une fois tous les deux mois soit à EGO, soit à l'hôpital Bichat.
- Réunion inter-partenaires du 18^e. Il s'agit d'une réunion à laquelle participent le CAARUD EGO, le Sleep In, le CAARUD Boutique 18, espace mixte et espace femmes, le CAARUD Boréal, ELP et la Coordination Toxicomanie.
- CAARUD Charonne. Jusqu'à janvier 2008 nous avons des réunions régulières avec la Boutique 18. Ces réunions furent remplacées par la réunion inter-partenaires.
- Équipe de liaison psychiatrique (ELP). Nous avons des réunions une fois par mois avec ELP. Les membres de cette équipe viennent aussi une fois par semaine au CAARUD EGO. Ces réunions constituent une instance visant à plus de coordination des suivis des patients souffrant de troubles psychiatriques.
- Réunions avec Fernand-Widal. Ces réunions concernent surtout la mise en place et la coordination du « Protocole Crack EGO ».
- AREMEDIA. Le dépistage organisé par le CSST et le CAARUD EGO en partenariat avec AREMEDIA est coordonné dans des réunions trimestrielles.
- Plan crack pour le nord-est parisien. Réunions trimestrielles organisées par la Préfecture de Paris et la DRASSIF (« Groupe Prise en Charge Sanitaire et Sociale » et « Groupe Protocoles »).
- Injonctions thérapeutiques. Réunions trimestrielles organisées par le service des injonctions thérapeutiques de la DASS de Paris.

Autres réunions

- Au cours de l'année, nous avons reçu plusieurs équipes et partenaires institutionnels : Les CSST Horizon, Clémence ISAURE (Toulouse), Les Wads (Metz), 110 Les Halles (Paris), Sleep In (Paris), Le Peyry (Lot), le Centre APTE (Aisne) ainsi que l'équipe de Première Ligne de Genève, le Responsable des Addictions du Canton de Berne (Suisse), des représentants de la MILDT et du Ministère de la Défense.
- Nous avons visité la Communauté Thérapeutique de Brantôme, (Dordogne) le Centre de post-cure Le Peyry (Lot), les Centres d'hébergement (André-Jacomet, la Chrysalide, ...).
- Nous avons également participé à des réunions organisées par la Ville de Saint-Denis et la DASS de la Seine-Saint-Denis autour de la « scène de La Briche ».

Formation - Enseignement

Les équipes de l'association EGO (CSST – CAARUD) bénéficient régulièrement de sessions de formation organisées en interne. Ces formations sont aussi proposées à certaines partenaires institutionnels concernés par les problématiques traitées.

Ainsi, pour l'année 2008, les formations suivantes ont été réalisées :

- Les techniques de micro-prélèvement (Laboratoire Roche)
- L'entretien motivationnel - 2 sessions (AFDEM)
- Injonctions thérapeutiques et obligations de soins (Madame KATZ – MILDT)
- Le secret professionnel (Maître Delanoë)
- L'addiction à la cocaïne et ses traitements (Docteur L. KARILA)
- L'urgence sociale (Monsieur Alain GEHANT)
- Conduites à tenir en cas d'urgence sanitaire (Docteur J. F. BIGNON)
- AES – Risques de contamination et conduites à tenir (Docteur P. P.VANDINI)
- Les hépatites (Docteur P. DEMOOR)
- L'importance de l'hygiène dans la préservation de la santé des usagers de drogues (Docteur P. DEMOOR)

Par ailleurs, lors du séminaire annuel interne des équipes de l'association EGO, deux thèmes ont également été traités par des invités :

- L'évaluation (E. AUDEBRAND, P. PATTEGAY)
- La validation d'un questionnaire craving (F. VORSPAN – L. BELLAIS)

Le CSST était aussi présent aux « Journées Addictologie » de l'AP-HP, aux « Journées de l'AFR », aux « EGUS », au Colloque européen d'experts scientifiques : « Comment mieux traiter les addictions aux drogues ? Nouveaux défis scientifiques et cliniques pour l'Europe » (MILDT) et enfin au colloque « Drogues et Culture » organisé par la chaire de santé de Sciences-Po et l'OFDT.

Des membres de l'équipe du CSST ont également animé des sessions de formation ou des cours pour les organismes suivants :

- DASES Ville de Paris
- CRIPS – CIRDD, Paris, Île-de-France
- CSST Le Peyry (Lot)
- École du Service Social – CRAMIF
- École d'infirmières de l'hôpital Antoine-Béclère
- APCARS
- Coordination Toxicomanies
- Précarité et Addictions : pratiques professionnelles et stratégies de coopération. Cette formation, réalisée dans le cadre du « plan crack » d'Île-de-France et en partenariat avec la DASS de Paris, la MILDT et le CRESIF a généré d'autres actions de formation pour l'association des Cités du Secours Catholique (Cité André-JACOMET). Ces sessions, organisées par EGO ont été animées par des membres de l'équipe du CSST.

Partenariat avec les associations du quartier

La démarche de santé communautaire adoptée par l'association EGO implique une forte intégration territoriale au niveau local. C'est pourquoi EGO participe activement aux instances collectives de la Goutte d'Or telles que : la Coordination inter-associative Goutte d'Or, la Fête de la Goutte d'Or et le Conseil du quartier où nous siégeons au bureau depuis plus de six ans. La participation à ces instances contribue sans aucun doute à la légitimation de l'équipe soignante.

La Fête de La Goutte d'Or est un événement très important de la vie du quartier dans lequel est implanté le CSST, ainsi que dans la vie de l'association. Elle a été une excellente occasion pour favoriser l'intégration de la structure dans le quartier et son tissu associatif, pour se faire connaître des habitants ; elle a également permis aux professionnels de rencontrer les usagers dans un autre contexte.

À l'occasion de la Journée Internationale de Lutte contre le Sida, les équipes d'EGO organisent chaque année des actions de prévention tout au long du mois de novembre ainsi qu'une fête le 1^{er} décembre à la Salle Saint-Bruno avec un spectacle mis en scène par des usagers.

Vignette clinique

Nous présentons ci-après une vignette clinique pour rendre compte de l'intérêt du travail inter-partenarial.

M^{me} Y. vient au centre de soins depuis avril 2008 avec une demande d'aide multiforme. En effet, consommatrice de benzodiazépines et de crack, elle se trouve sans hébergement et en difficulté quant à son suivi médical (elle est sous Subutex et a besoin d'un suivi en rapport à des pathologies infectieuses).

Se présentant en grande souffrance psychique, M^{me} Y. est orientée à l'Espace Murger à Fernand-Widal pour un suivi psychiatrique associé à un traitement (psychotropes et Subutex). Un co-suivi est alors mis en place entre ce centre et EGO dans la mesure où nous participons à la délivrance quotidienne du traitement psychiatrique.

Notre assistante sociale oriente M^{me} Y. vers le Sleep In pour qu'elle puisse bénéficier d'un hébergement d'urgence ; elle y consulte l'assistante sociale et le médecin qui l'orienteront à leur tour vers l'association Charonne pour une prise en charge avec hébergement en chambre d'hôtel, apportant ainsi à M^{me} Y. davantage de stabilité.

M^{me} Y venant à EGO quotidiennement, nous avons pu constater une réelle amélioration de son état psychique et une diminution de ses consommations de benzodiazépines et de crack. Le suivi de ses pathologies infectieuses a pu être repris de manière régulière.

Par le biais de son suivi social, elle a pu intégrer un Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), tout en conservant, à sa demande, un suivi psychiatrique à EGO.

Avant son entrée en ACT, une réunion de synthèse a été organisée avec l'accord de M^{me} Y., afin de définir le rôle de chaque intervenant et d'harmoniser cette prise en charge multi-partenariale.

EGO a été un maillon de la chaîne thérapeutique et sociale assurant cohérence et continuité dans le suivi de M^{me} Y. De plus, cette combinaison d'intervenants a apporté une plus-value non négligeable compte tenu de la complexité de cette situation.

L'hébergement : un outil indispensable pour l'accès aux soins

La majorité des usagers suivis au CSST sont dans une situation d'extrême précarité au niveau du logement : 44,4% sont SDF et 27,8% ont un hébergement provisoire. L'accès à un hébergement constitue donc un levier fondamental pour le parcours de soin CSST. Les difficultés d'hébergement rencontrées par les usagers de drogues relèvent de différentes variables :

- La saturation des dispositifs d'hébergement d'urgence ou de stabilisation en France en général et à Paris en particulier.
- La pauvreté et l'absence de ressources des usagers.
- Des problèmes liés aux modes de vie générés par l'addiction au crack.
- Des histoires de vie marquées par de multiples ruptures : familiales, sociales (absence d'emploi, prison, etc.) et migratoires.

Pour envisager l'accès aux soins dans le cadre d'une clinique des addictions adaptée à ce public précaire, il est fondamental de prendre en considération la problématique de l'hébergement. En effet, un usager de drogue qui n'a pas d'hébergement pourra difficilement s'inscrire dans une démarche de soins suffisamment solide et durable. Le fait de devoir chercher chaque jour un hébergement introduit une angoisse supplémentaire. De plus, il est très compliqué sans logement de garder les documents nécessaires pour récupérer ses droits. Enfin, il sera bien plus difficile sans hébergement d'honorer les rendez-vous proposés dans les différentes institutions et/ou administrations.

L'hébergement spécialisé

Situé dans le nord de Paris, le CSST Sleep-In propose un dispositif d'hébergement spécialement conçu pour les usagers de drogues. Avec une capacité de 30 places, le Sleep-In constitue de fait la principale ressource d'hébergement pour beaucoup d'usagers, dont certains sont suivis par le CSST EGO. Le Sleep In est devenu un outil indispensable pour la prise en charge des usagers « actifs ». Toutefois, il s'avère peu ou mal adapté aux usagers qui essaient d'arrêter ou de diminuer leur consommation. Dans ce cas, ceux-ci demandent à bénéficier d'un hébergement individuel ou dans des structures non spécialisées.

Le CSST EGO ne dispose pas d'une structure d'hébergement propre. Pour faire face aux besoins des usagers, il s'appuie sur un large réseau de partenaires. Les besoins évalués restent cependant plus importants que le nombre de places d'hébergement disponibles. Nous orientons dans certains cas vers d'autres CSST proposant de l'hébergement tels que Gaïa, Le Sleep Off, Charonne, Pierre-Nicole. En fonction de la situation des usagers, nous faisons également appel à des structures spécialisées dans l'accueil de sortants de prisons ou de personnes sous main de justice (l'ARAPEJ, Le Verlan, L'Estran, L'Îlot, le SRAIOPS, l'APCARS etc.).

L'hébergement d'urgence

Hormis les CSST et les structures proposant un hébergement pour les sortants de prison, le service social du CSST EGO contacte régulièrement le SAMU Social afin de trouver des solutions d'urgence. L'hébergement proposé par ce service peut être, lorsque les personnes sont connues et téléphonent le matin, d'une durée plus longue. Quelques places en hôtel peuvent ainsi être attribuées pour huit jours, voire prolongées d'une semaine.

Il faut noter que l'accès à l'hébergement par ce biais a un certain nombre de limites :

- Les personnes doivent avoir une domiciliation sur Paris. S'ils ont une adresse sur un autre département, ils doivent s'y rendre et appeler le 115.
- Pour avoir un hébergement autre que collectif en dortoir, il faut appeler le matin, ce qui est très difficile pour des personnes qui vivent dehors. Il est même conseillé de téléphoner à 7 h 30 du matin.
- Les questionnaires téléphoniques sont très pointilleux, surtout lorsque les personnes ne sont pas connues du service. Ce questionnaire prend beaucoup de temps, sans que pour autant une solution ne soit proposée à la fin de l'entretien.
- Les places proposées sont contingentées par type de public (femmes, toxicomanes, prostitués, etc.).
- Les procédures d'admission peuvent être difficiles à comprendre pour un usager : par exemple, lorsque des places sont proposées à La Boulangerie (hébergement collectif qui se trouve dans le 18^e arrondissement) il devra se rendre dans le 13^e arrondissement pour attendre le passage d'un bus de ramassage spécial.

Nous observons que lorsqu'une place est attribuée au sein de structures avec une forte capacité d'accueil, les patients suivis par le CSST ne s'y rendent pas toujours. *A contrario*, lorsqu'il s'agit de plus petites structures, ils s'y rendent plus facilement et un travail d'accompagnement en partenariat peut se dessiner, permettant ainsi une reconduction de l'hébergement sur plusieurs semaines.

Dans certain cas de demandes d'hébergement d'urgence, nous faisons appel au CHU EMMAUS Pereire. En effet, dans ce centre, nous disposons de places réservées dans le cadre d'une convention.

Un autre partenaire que nous sollicitons fréquemment est le Centre Israélite de Montmartre (CIM). Ce CHRS propose quatorze nuitées d'hôtel sur appel téléphonique le matin, ceci une fois dans l'année pour un même usager.

L'hébergement de moyenne durée

Les centres d'hébergement proposant une prise en charge de plus longue durée ont un nombre réduit de places. Les associations Emmaüs, Aurore et MAAVAR ont des structures qui peuvent convenir à notre public. Cependant, cela suppose que les usagers soient en capacité de s'inscrire dans un projet d'insertion. Dans certains cas, les projets d'insertion sont rendus fragiles par la difficulté que les usagers peuvent avoir à honorer des rendez-vous et à s'adapter aux contraintes institutionnelles.

Une convention avec le foyer André-Jacommet permet de stabiliser certains patients dans un hébergement de qualité. Ainsi, trois personnes ont pu bénéficier en 2008 d'un hébergement et d'un accompagnement socio-éducatif au foyer André-Jacommet.

Un exemple

M. C, alcoolo-dépendant et usager occasionnel de crack, suivi au CSST, a été hébergé au foyer André-Jacommet de juillet 2007 à décembre 2008. Cet accompagnement lui a permis de conserver un emploi durant cette période. À partir de décembre, il a trouvé un nouvel emploi sur Marseille où un hébergement lui a été attribué par le biais de son employeur.

Un outil pour l'accès aux soins : les nuitées d'hôtel

Les séjours en hôtel proposés par EGO sont de courte durée et sont réservés en priorité aux patients dont les soins le nécessitent. Par exemple : la nuit d'avant une hospitalisation, d'un départ en post-cure, d'un rendez-vous considéré comme important par l'équipe soignante, etc.

Les nuitées d'hôtel en 2008 :

- Nombre de nuitées : 198
- Nombre de patients ayant bénéficié de nuitées d'hôtel : 22

Vignette

M. D, 45 ans, père d'un enfant, originaire des Antilles est arrivé en métropole à l'âge de 17 ans. Il est actuellement sous méthadone pour sa dépendance aux opiacés et présente également une dépendance majeure au crack. Il commence par consommer du cannabis et de l'alcool, et vers à l'âge de 19 ans de la cocaïne et de l'héroïne. Suite à la dégradation de sa relation conjugale liée à sa consommation et à la perte de son emploi, le couple se sépare en 1999, et l'enfant reste à la charge de la mère.

Depuis sa séparation, M. D vit à droite à gauche, en squat, chez des connaissances et consomme massivement du crack. En 2002, suite à un accident de la route, il est hospitalisé et gardera des séquelles à vie. Autour de cet épisode émerge la première démarche de soins concernant son addiction. Il bénéficie durant un an d'une prise en charge hôtel au Sleep Off, suivie d'un départ en communauté thérapeutique dans laquelle il ne reste que 4 mois.

À son retour à Paris, il est de nouveau à la rue et dans une dynamique de consommation. Il erre dans le 18^e, fréquente le Centre d'Accueil d'Ego et passe ses nuits en squat ou ponctuellement à l'hôtel.

Il est suivi au CSST EGO depuis mars 2007 et souffre de plusieurs handicaps physiques qui ont requis deux interventions chirurgicales en 2005 et 2006.

En 2008, M. D est de nouveau incarcéré. À sa sortie, il exprime le souhait de s'engager davantage dans son traitement au CSST EGO. Il démarre un suivi psychiatrique et social ; il est inclus dans le programme méthadone, travaille à la recherche d'un hébergement et monte un dossier COTOREP

Après un premier séjour en CHRS, il est orienté au CTR Pierre-Nicole dans le cadre du PASS justice.

Une semaine avant la fin de la prise en charge avec hébergement au Centre Pierre-Nicole, M. D est à nouveau interpellé et passe en comparution immédiate. Compte tenu de son état de santé et des soins déjà engagés au CSST EGO, il est réorienté chez nous. Son état de santé alarmant justifie une prise en charge immédiate à l'hôtel. Cet hébergement s'est prolongé durant quelques semaines, ce qui a permis à M. D de se poser, de se soigner et de mettre à profit ce temps pour trouver un hôtel au mois par ses propres moyens. Ensuite, il effectue une demande d'APL qui aboutit favorablement, ce qui lui permet de stabiliser sa situation tout en étant autonome dans la gestion de son espace personnel.

Les usagers sous main de justice

73% des patients suivis au CSST ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie (données 2008 avec cette rubrique renseignée). Un nombre conséquent d'usagers suivis au CSST EGO ont des problèmes judiciaires : placements extérieurs, sursis, mises à l'épreuve, obligations de soins, injonctions thérapeutiques. Parmi les usagers de crack rencontrés au CSST, un grand nombre cumulent plusieurs mesures, voire plusieurs injonctions thérapeutiques.

Ces problématiques sont fréquemment négligées par les patients malgré leur importance et leurs conséquences souvent néfastes : aggravation des problèmes judiciaires, réincarcération, interruption de soins. En effet, une fois le jugement rendu, la convocation par le JAP (juge d'application des peines) et la mise en place d'un suivi au SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) peuvent prendre plusieurs mois. Il est donc très important d'accompagner les usagers dans la prise de contact avec les services compétents. Dans le cadre des obligations de soins, nous travaillons également en partenariat avec le SPIP de Paris. Le service social a été amené à plusieurs reprises à accompagner des usagers, facilitant ainsi la rencontre et l'échange entre eux et leur référent au SPIP. L'équipe fait régulièrement appel aux compétences des assistantes juridiques exerçant au CAARUD EGO.

Les injonctions thérapeutiques

Pour l'année 2008, 29 personnes ont été suivies dans le cadre d'une injonction thérapeutique (20 hommes et 9 femmes) dont 24 usagers de crack orientés par le service des injonctions thérapeutiques de la DDASS de Paris. Nous avons également suivi 5 autres patients pour lesquels une injonction thérapeutique a été prononcée pour usage de crack dans un autre département d'Île-de-France.

Les 20 patients orientés par la DDASS de Paris en 2008 ont bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire. Parmi eux, 8 ont bénéficié d'une prise en charge avec hébergement à l'APCARS ; 10 ont bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés (méthadone ou Subutex) et 4 d'un protocole médicamenteux pour la dépendance au crack.

Le dispositif APCARS offre un hébergement en chambre d'hôtel assorti d'un accompagnement socio-éducatif en lien avec le CSST EGO. Cela a favorisé les démarches de soins entreprises, et permis à certains patients de sortir de l'errance et/ou de construire un projet d'hébergement stable.

Nous avons également pu évaluer pourquoi certaines demandes n'aboutissent pas : la réalité est que certains patients ne sont pas prêts à sortir de l'isolement et de la précarité, quand bien même l'accès à une situation plus stable devient possible.

Des patients du CSST EGO pris en charge à l'APCARS :

- 2 personnes ont été orientées sur une structure d'hébergement à la sortie.
- Une personne est sortie du dispositif sans suite.
- Une autre est partie dans une communauté Emmaüs.
- 2 personnes sont toujours dans le dispositif APCARS.
- Une autre est incarcérée.
- Une personne est sortie prématurément du dispositif suite à des problèmes au sein de l'hôtel.

Vignette clinique

La vignette clinique suivante montre comment le cours d'un suivi social peut être, dans certains cas, modifié par une mesure judiciaire, ou orienté vers le soin.

M^{lle} W, 43 ans, est née à Paris. En couple depuis 8 ans avec un usager de drogues, elle n'a pas d'enfant. Elle est suivie au CSST depuis septembre 2008.

Après une longue période d'errance et de consommation de crack, M^{lle} W intègre le Sleep In. Très vite, elle explique qu'elle ne supporte plus cette situation, notamment car elle est perpétuellement sollicitée par d'autres consommateurs de crack. Cette situation lui permet cependant de rester avec son compagnon. Nous commençons une demande d'hébergement pour le couple. Le temps passe et nos démarches n'aboutissent pas du fait de l'offre trop réduite de ce genre d'hébergement. Après un mois, un hébergement pour couple lui est proposé via le CIM (Centre Israélite de Montmartre). Une fois la prise en charge par le CIM terminée, le couple retourne dormir au Sleep In, ce qui la fragilise. Sa situation se dégrade, elle honore de plus en plus difficilement les rendez-vous au CSST.

En novembre, M^{lle} W est interpellée pour usage de crack. Une injonction thérapeutique est prononcée et elle est orientée vers l'APCARS. Nous soutenons à ce moment une prise en charge pour couple. M^{lle} W et son compagnon sont reçus par une psychologue de l'APCARS pour évaluer la demande. Une dispute éclate durant l'entretien qui se s'achève par la décision de ne pas les prendre en charge.

Le couple fait alors le choix de demander à être hébergé séparément. Des prises en charge individualisées se dessinent alors. M^{lle} W demande à être aidée pour arrêter de consommer du crack tout en travaillant à la recherche d'un hébergement individuel.

Nous reprenons contact avec l'APCARS afin qu'un nouvel entretien d'évaluation puisse être réalisé, après quoi une prise en charge en hôtel pourrait lui être proposée. M^{lle} W est reçue et, dix jours plus tard, obtient un hébergement en hôtel pour une durée de trois mois.

Depuis, M^{lle} W est toujours investie dans sa démarche de soins, elle a largement diminué sa consommation de crack. Elle est suivie régulièrement par l'APCARS et travaille à la recherche d'un hébergement stable. De plus, elle est suivie chaque semaine par un psychologue et un médecin du CSST. Cette période plus stable ainsi que l'accompagnement réalisé par le médecin du CSST lui ont permis de travailler sur la prise en charge de ses problèmes de santé (VIH-VHC) qu'elle avait depuis longtemps négligés.

La prise en charge des comorbidités psychiatriques

Nous constatons l'existence de troubles psychiatriques importants parmi les usagers de crack, qui justifie une prise en charge adaptée à cette double problématique addictive et psychiatrique.

Un tiers des patients pour lesquels un diagnostic de trouble psychiatrique a été posé et suivis par le CSST bénéficient par ailleurs d'un suivi psychiatrique plus ou moins régulier, que ce soit dans un autre CSST ou dans un CMP. D'autres sont dans le déni de leurs troubles et refusent une reprise de contact avec les lieux de soins fréquentés antérieurement.

La présence d'un psychiatre au sein de la structure permet d'une part de procéder à une évaluation de la pathologie et de poser des diagnostics, et d'autre part, de proposer des soins adaptés.

Le travail à faire consiste donc à rétablir ou à créer le lien du patient avec la psychiatrie. Du fait de la proximité avec le CAARUD / EGO, vécu comme accueillant et bienveillant par les usagers, les propositions de consultation psychiatrique au CSST sont souvent bien acceptées.

Nous avons ainsi la possibilité d'assurer :

- des entretiens de psychothérapie de soutien ;
- des prescriptions médicamenteuses spécialisées, antipsychotiques, antidépresseurs ou anxiolytiques, parfois régulatrices de l'humeur ;
- le lien avec les services de psychiatrie hospitaliers et les Centres Médico-Psychologiques (CMP).

Le diagnostic

Les comorbidités psychiatriques peuvent être divisées en : troubles psychotiques et délirants, troubles anxieux et dépressifs et troubles de la personnalité. Au CSST EGO en 2008, nous avons eu 65 patients présentant des troubles psychiatriques, soit 58% des 112 patients diagnostiqués. Ce chiffre ne concerne que les patients pour lesquels nous prenons en compte le trouble psychiatrique comme relevant du suivi. Nous ne faisons pas une évaluation psychiatrique systématique pour tous les patients.

Les comorbidités psychiatriques se sont distribuées en 2008 de la manière suivante :

	Nombre de patients	%
Troubles anxieux et dépressifs	19	17,0
Troubles de la personnalité	13	11,6
Troubles psychotiques et délirants	22	19,6
Autres troubles psychiatriques	11	9,8
Pas de comorbidités psychiatriques	47	42,0
	112	

Le suivi des patients

La prise en charge des comorbidités psychiatriques en 2008 a été marquée par trois points fondamentaux :

1. L'absence d'une consultation psychiatrique sur place pendant une longue période (vacance du poste). Durant cette période, nous avons été dans l'obligation de développer nos rapports avec les partenaires extérieurs spécialistes dans le domaine et avons davantage intégré le travail des psychologues du CSST.
2. Le renouvellement du partenariat avec l'équipe de liaison psychiatrique de la Terrasse (ELP). Ce lien qui avait été interrompu en 2007 a été repris à EGO. L'intervention d'ELP s'est avérée fondamentale dans trois cas suivis par le CSST. Les deux signalements avec hospitalisation d'office réalisés par le CSST l'ont été en coordination avec ELP.
3. Le poste de psychiatre à mi-temps a été pourvu à partir de juillet 2008. Dans le cadre du partenariat avec l'AP-HP, le psychiatre du CSST EGO réalise des vacances à l'hôpital Fernand-Widal dans le service du professeur LÉPINE. Ce partenariat facilite la relation avec l'hôpital ce qui permet de mieux coordonner les hospitalisations.

Aide à l'observance des traitements des patients souffrant de troubles psychologiques

Les patients présentant des comorbidités psychiatriques bénéficient, comme les autres patients du CSST, d'un suivi pluridisciplinaire, pour lequel le travail infirmier s'avère fondamental. En effet, il participe au maintien du lien entre le patient et le soin. Il permet aussi la délivrance du traitement psychiatrique. Pour les patients SDF usagers de drogues, il est très compliqué de gérer le traitement par eux-mêmes, ils se trouvent souvent dans l'incapacité de respecter les doses et le rythme de prise des médicaments prescrits. Le fait de délivrer le traitement sur place a signifié, pour l'année 2008, une amélioration considérable des suivis. Nous proposons une délivrance journalière des médicaments sur une durée variable en fonction de l'évolution générale du patient. Une fois le traitement stabilisé, cette organisation permet de travailler sur l'addiction et de reprendre les démarches sociales.

Le fait que le centre de soins partage les locaux avec le Centre d'Accueil EGO est un facteur favorable non négligeable : les usagers, habitués à passer manger ou se reposer, associent ce passage à la visite quotidienne de l'infirmière et voient le psychiatre au moins une fois par semaine.

Il faut insister ici sur le temps qui leur est accordé pendant la période de stabilisation : l'observance du traitement n'est évidemment pas immédiate et il nous faut surtout au départ faire preuve de souplesse et de disponibilité pour recevoir sans précipitation ces patients lorsqu'ils se présentent. Un travail d'éducation et d'information est nécessaire. Les troubles anxieux ou délirants peuvent diminuer par la simple réassurance du soignant qui les reçoit. Il nous faut aussi parfois argumenter longuement avant que le patient n'avale ses comprimés, et cela pendant plusieurs jours ou semaines avant qu'il ne ressente le bénéfice du traitement. Ce travail est cependant régulièrement interrompu par les périodes de forte consommation.

Voici quelques caractéristiques de patients suivis dans ce cadre en 2008 :

Patients	Sexe	Diagnostic	Traitement délivré
A	M	Trouble de la personnalité	Anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques et Subutex
B	F	Psychose	Neuroleptiques, anxiolytiques, Subutex et trithérapie
C	M	Psychose	Neuroleptiques
D	F	Psychose	Neuroleptiques
F	F	Dépression grave, avec troubles anxieux	Antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques et Subutex
G	M	Trouble anxieux	Anxiolytiques, antidépresseurs et Subutex
H	M	Trouble de la personnalité	Trithérapie et méthadone
I	M	Trouble de la personnalité	Trithérapie et méthadone
J	F	Psychose	Anxiolytiques, antidépresseurs et trithérapie

Les hospitalisations psychiatriques

La possibilité d'hospitalisation a toujours représenté une difficulté pour les usagers de drogues. Le cadre hospitalier pose quelques problèmes inhérents à la population des usagers de crack. Par exemple :

1. la fréquence des sorties contre avis médical ;
2. une représentation sociale négative des usagers de drogues dans quelques services de psychiatrie ;
3. la difficulté à respecter la sectorisation psychiatrique pour des usagers désinsérés et souvent en errance permanente sans hébergement fixe.

Afin de pallier ces difficultés, nous tentons de renforcer le lien avec les structures soignantes institutionnelles et leurs équipes, pour préparer les projets d'hospitalisation et accompagner leur réalisation. La concertation avec l'équipe de l'hôpital, tant par téléphone que par courrier, est toujours assurée dans les cas d'hospitalisation. Nous essayons aussi de rendre visite à nos patients hospitalisés et de rester en contact téléphonique avec eux, ce qui favorise une meilleure adhésion des patients au projet de soin et apporte la garantie d'un projet et d'un suivi adaptés à la sortie. En 2008, cette approche nous a permis d'accompagner 12 hospitalisations psychiatriques, dont 6 par le biais des urgences.

Vignette clinique

M. E, 29 ans, est suivi depuis ses 20 ans en psychiatrie pour d'une part psychose dissociative, et d'autre part toxicomanie avec addiction actuelle aux médicaments (opiacés et benzodiazépines) par voie orale et au crack fumé. Il est vu régulièrement en consultation psychiatrique au CSST, et réclame une prescription de neuroleptiques pour « traiter ses problèmes », qu'il décrit comme des épisodes de déconnection de la réalité, sur fond de dépression. Il vit chez sa mère avec qui les relations sont très ambivalentes (surprotection et violences). Il a d'ailleurs été condamné à deux mois de prison en 2008 pour violences sur sa mère, qui a déposé plainte. Il a de plus interdiction légale d'approcher celle-ci, mais il est en réalité régulièrement hébergé chez elle. M. E dit fréquenter quotidiennement le milieu de la rue et des dealers, auprès desquels il aurait contracté des dettes à l'origine de bagarres et de règlements de comptes, et se dit poursuivi par ses créanciers. Le patient indique ne pas se sentir prêt à réduire sa consommation. Par ailleurs, il dépense l'argent de son AAH en quelques jours, et accepte le principe d'une mise sous curatelle.

Dans les périodes d'angoisse et de mal-être, le CPOA semble représenter un lieu de référence, où il s'est régulièrement présenté deux fois par an depuis 2000, avec orientation vers des hospitalisations dans différents établissements. De Bichat où il a été hospitalisé pour bouffées d'angoisse, il est sorti contre avis médical au bout d'une journée car il voulait consommer. Deux mois plus tard, à la suite d'une agression où il a été blessé, il est pris en charge en lit infirmier associatif. Au bout d'une semaine, il quitte la structure pour retourner à la rue. Au détour d'une période de consommation importante de crack et d'errance, M. E accepte de se rendre au CMP de son domicile. Après entretien téléphonique avec le psychiatre du CSST et courrier de liaison, une nouvelle hospitalisation est organisée par son psychiatre de secteur. Ce séjour hospitalier se déroule dans un premier temps dans des conditions idéales, avec bonne compliance de M. E aux consignes du service. Il bénéficie de permissions de journée, et, à la troisième, il retire l'argent de l'AAH qu'il vient de percevoir et l'utilise pour acheter du crack. Il ne réintègre pas l'hôpital et retourne à la rue.

acadie

EGO - Espoir Goutte d'Or

Mise en place d'une Evaluation
intégrée du CSST

Synthèse

Février 2009

Acadie coopérative conseil

170, rue du faubourg Saint-Antoine – 75012 Paris

Tél. : 33 (0)1 43 79 97 79 – Fax : 33 (0)1 43 79 99 52

E-mail : acadie@acadie-reflex.org

Scop Sarl à capital variable – RC 89B 16 413 – Siret 323 565 994 00023 – APE 741E

groupe **reflex**

> Acadie Paris

Acadie St. Strasbourg

Acadie Marseille

Acadie Nantes

Acadie Rennes

Acadie Bordeaux

Acadie Lyon

UN OBJECTIF DE MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'EVALUATION PERENNE

La démarche d'accompagnement à la mise en place d'un dispositif d'évaluation intégrée, pilotée par un comité de suivi réunissant l'OFDT, l'APHP et la direction d'EGO, s'est déroulée de novembre 2007 à décembre 2008. Les objectifs étaient les suivants :

- accompagner la montée en charge du CSST et stabiliser l'expérimental son fonctionnement expérimental,
- rendre évaluable le CSST et ses prestations,
- outiller pour l'évaluation.

UNE DEMARCHE A DIMENSION FORTEMENT PARTICIPATIVE

La démarche menée a été fortement participative. Elle s'est appuyée d'une part sur des entretiens (avec les salariés, avec les partenaires institutionnels, avec des bénéficiaires), d'autre part sur des débats et des échanges au sein de quatre instances (comité de direction, comité de suivi, groupe de travail et séminaire interne).

LE STATUT PARTICULIER DE CE RAPPORT

Lorsque la mission d'évaluation a débuté, l'organisation du CSST était en cours de stabilisation, et la plupart des outils de suivi et d'évaluation étaient en cours de mise en place. Le CSST, ses prestations et les effets sur les publics n'étaient en aucun cas évaluables en l'état.

Le rapport 2008 est donc un rapport particulier qui présente la démarche d'accompagnement à la mise en place du dispositif d'évaluation, c'est-à-dire :

- Les éléments d'évaluation du fonctionnement non encore stabilisé du CSST.
- Les conséquences organisationnelles et méthodologiques de cette évaluation au regard des objectifs du CSST.
- La définition d'un dispositif d'évaluation intégré, propre à permettre, à partir de 2009, la production d'un rapport annuel d'évaluation.

UNE EVALUATION DU FONCTIONNEMENT D'EGO

LA CIBLE DU CSST

EGO se présente comme un CSST ciblant un public de « consommateurs de crack et de polytoxicomanes en errance », selon une formulation extraite du « plan crack ». Les entretiens auprès des personnels d'EGO ont montré, en pratique, que le positionnement à l'égard de la cible restait à stabiliser tant du point de vue :

- de la nature de la cible (produit / public)
- que de l'orientation du CSST à l'égard de cette cible (spécialisé ou généraliste).

On peut comprendre que dans ces conditions les professionnels aient eu des représentations divergentes des missions du CSST. Deux tendances, au moins, étaient présentes :

- le CSST comme un accueil de jour qui développe fondamentalement une mission et des pratiques de réduction des risques adaptées aux particularités du public fréquentant le centre (une sorte de dispensaire proposant une médecine humanitaire)
- le CSST comme un centre ayant vocation à développer une clinique de l'addiction au crack adaptée à des publics précarisés et en errance.

LES PRESTATIONS DELIVREES

Le principe théorique de parcours de soin qui organise la prise en charge pluridisciplinaire (matérialisé par le Dipec) ne précise pas le détail des prestations correspondant à ces parcours. Ces parcours ne sont pas déclinés de façon opérationnelle en temporalités ou en types de prestations.

En pratiques on remarque que :

- Les prestations sont organisées comme des actes et pas comme des parcours
- Une fonction d'accueil existe de fait. Mais en réalité, il n'y a pas de processus formalisé d'accueil.
- Ce fonctionnement a pour conséquence de favoriser le cloisonnement disciplinaire de la prise en charge (la succession d'actes relevant d'un ou de plusieurs registres de prestations) au détriment de la mise en place de parcours pluridisciplinaires de soins.
- Un problème d'envergure se pose pour l'évaluation, dans la mesure où l'équipe du CSST éprouve de grandes difficultés à co-produire des outils de suivi communs (certains professionnels montrent des réticences à l'utilisation des outils, et plus largement à la culture de l'évaluation).

LES ELEMENTS MARQUANTS DES ENTRETIENS AUPRES DES PUBLICS

Dans le cadre du processus d'accompagnement à la mise en place d'un dispositif d'évaluation, une quinzaine d'entretiens ont été conduits auprès des usagers bénéficiaires du CSST. Ils ont servi à alimenter la réflexion du groupe de travail des professionnels du CSST, en particulier sur la question de l'articulation entre les objectifs du CSST à l'égard de ces personnes et les parcours de soins qui peuvent leur être proposés.

De l'exploitation de ces entretiens on note trois éléments marquants :

- Le CAARUD est une porte d'entrée vers le soin. Plusieurs usagers disent avoir été d'abord en contact avec EGO via « l'accueil » (c'est-à-dire le CAARUD), avant d'avoir des liens avec le CSST. Ce sont des exemples de personnes qui s'inscrivent dans une démarche de soin à partir de la fréquentation d'une structure « bas seuil ».
- Les publics fréquentant le CSST ne forment pas une catégorie homogène. Si ce constat peut paraître banal, il revoie cependant à une nécessité pour le Centre de soin : prendre en compte cette hétérogénéité signifie, pour le CSST, formuler des objectifs différents à l'égard de ces publics différents.
- La spécialisation « crack » du CSST d'EGO est perçue par des usagers et des partenaires. Parmi les personnes interviewées, pour l'essentiel polytoxicomanes, certaines ont recours au CSST d'EGO au titre de leur consommation de crack, d'autres y ont été orientées du fait de leur consommation de crack.

RENDRE EVALUABLE L'ACTIVITE DU CSST D'EGO

LES CONSEQUENCES DE L'EVALUATION DU FONCTIONNEMENT POUR L'ORGANISATION DU CSST

L'évaluation du fonctionnement du CSST, produite sur la base du diagnostic élaboré au premier semestre 2008, a conduit à la formulation de préconisations de changements.

- Repérer la demande du public au cours d'un Accueil
- Formuler un objectif du CSST pour le public accueilli
- Définir un parcours pour l'utilisateur

L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION DU CSST

Au cours du processus d'accompagnement à la mise en place du dispositif d'évaluation, plusieurs éléments notables sont venus améliorer le contexte de mise en place de ce dispositif : changement de logiciel pour le suivi des prestations et des publics, formations internes au questionnaire ASI, collaboration avec l'AP-HP intensifiée, développement d'une culture commune du soin au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, des évolutions importantes de l'organisation sont intervenues à l'automne 2008, du fait d'un renouvellement partiel de l'équipe, et du fait de la démarche engagée autour de l'évaluation intégrée. Parmi les éléments de réorganisation, trois sont essentiels pour la mise en œuvre de la démarche d'évaluation au sein du CSST : la création d'un poste de coordinateur, la désignation de référents, et la mise en place d'une procédure d'admission.

Surtout, un élément essentiel pour la mise en place d'une démarche d'évaluation a été élaboré suite au rapport intermédiaire : un tableau de référence des parcours de soins a qui prend la forme suivante :

Objectif	Prestations médicales, psychiatriques et de soins infirmiers	Prestations psychologiques	Prestations sociales et éducatives	Prestations externes
1 - Traiter l'addiction au crack	liste de prestations	liste de prestations	liste de prestations	liste de prestations
2 - Promouvoir la santé des usagers par des interventions sur la réduction des risques et la gestion de la consommation	liste de prestations	liste de prestations	liste de prestations	liste de prestations
3 - Soutenir les usagers dans l'élaboration d'une demande de soins	liste de prestations	liste de prestations	liste de prestations	liste de prestations

Ce tableau est tout à fait essentiel dans le processus de mise en place d'une évaluation intégrée, dans la mesure où sa fonction est triple :

- il permet l'élaboration d'un parcours de soins pluridisciplinaires adaptés à chaque patient, en choisissant des prestations dans au moins deux registres ;
- il permet d'établir un DIPEC et donc de contractualiser avec le patient en lui proposant une offre de prise en charge ;
- il doit servir à la configuration d'EO addictions afin de disposer de données de suivi clinique, de données pour le rapport d'activité, et de données pour le rapport d'évaluation.

LA MISE EN PLACE D'OUTILS D'ÉVALUATION, PREMIERS RESULTATS POUR 2008

Pour 2008, un dispositif d'évaluation pluridisciplinaire a été mis en place de façon à palier l'absence de données exhaustive.

Un premier regard évaluatif a pu être porté à partir de réunions pluridisciplinaires, animées par le nouveau coordonnateur et en relation avec les référents, ont permis de remplir collectivement un questionnaire permettant de porter un regard sur les améliorations observées chez les personnes fréquentant le CSST. Ce travail a été réalisé pour les patients fréquentant le CSST depuis au moins trois mois. Au total, pour 2008 on dispose de ces informations pour un échantillon de 72 patients.

Deux éléments ont pu être exploités sur la base de ce questionnaire : le degré de pluridisciplinarité de la prise en charge, et les améliorations observées chez les patients au regard de différents registres (médical, addiction, social). Ces deux éléments sont ventilés par type d'objectif structurant des parcours de soin.

La répartition par objectifs : Parmi les 72 patients de l'échantillon, seul 13% émergent à l'objectif 3 (bas seuil), et la plus grande partie des patients (58%) relèvent de l'objectif 2 « promouvoir la santé des usagers par des interventions sur la réduction des risques et la gestion de la consommation ». Enfin 29% relève de l'objectif 1 « traiter l'addiction au crack ».

Les évolutions perçues chez les patients, diffèrent largement :

- selon le registre : les cas d'amélioration perçues sont plus nombreux concernant les registres du médical, des addictions et du psychologique que concernant les registres sociaux (évolution neutre en majorité) ;
- selon l'objectif auquel émerge le patient : plus l'on s'éloigne du bas seuil, plus les améliorations perçues sont importantes proportionnellement.

Le degré de pluridisciplinarité est apprécié au regard du nombre de professionnels différents intervenus (de 1 à 6 professionnels différents). Pour 50% des patients, au moins 4 professionnels différents sont intervenus. Plus on s'éloigne du bas seuil (de l'objectif 3 vers l'objectif 1), plus le degré de pluridisciplinarité de la prise en charge est important.

LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF D'ÉVALUATION INTÈGRE

La démarche d'accompagnement du CSST a été l'occasion de définir quatre outils dont la mise en œuvre va permettre de disposer de données pour alimenter, à partir de 2009, un rapport annuel d'évaluation répondant aux attentes des tutelles en termes d'efficacité et de mesure d'impact. Il s'agit de :

- Trois outils auxquels les professionnels du CSST ont été formés : EO addiction, ASI, et la formulation d'un point de vue pluridisciplinaire.
- Un outil issu du partenariat avec l'APHP : l'évaluation du protocole crack.

EO ADDICTION CONFIGURE SELON LES OBJECTIFS D'EGO ET LES PARCOURS DE SOINS.

ASI : Tous les patients en objectifs 1 et 2 sont concernés à l'exception de ceux inscrits dans le cadre du « protocole crack » pour lesquels une procédure particulière d'évaluation est déjà en place.

FORMULATION D'UN POINT DE VUE PLURIDISCIPLINAIRE POUR CHAQUE PERSONNE SUIVIE : L'outil mis en place en 2008 dans le cadre de la démarche d'accompagnement est pérennisé.

EVALUATION DU PROTOCOLE CRACK : Il s'agit de la procédure d'évaluation mise en place dans le cadre de la collaboration du CSST avec l'AP-HP, pour les patients inscrits dans ce protocole de soin spécifique et expérimental.

TABLEAU DE SYNTHÈSE

Attendu	Registre évaluatif	Outil
Le développement d'un partenariat avec les autres acteurs du soin et de l'insertion	Effectivité	EO addictions et Point de vue pluridisciplinaire
La mise en place des parcours de soins pluridisciplinaire	Effectivité	EO addictions
Les effets sur les usagers en objectif 1 et 2	Impact	ASI et Point de vue pluridisciplinaire
Les effets sur les usagers de crack	Impact	outil d'évaluation du protocole crack (AP-HP)
Les effets sur les usagers en objectif 3	Impact	ASI ou questionnaire à partir du DSM IV

LE RAPPORT PRÉSENTE, DANS UNE DERNIÈRE PARTIE, LES PRINCIPES FONDAMENTAUX POUR LA PRODUCTION DU RAPPORT D'ÉVALUATION :

- Un rapport à distinguer du rapport d'activité du CSST et d'EGO
- Un processus de validation en interne
- La diffusion du rapport
- Un plan de principe pour le rapport d'évaluation