

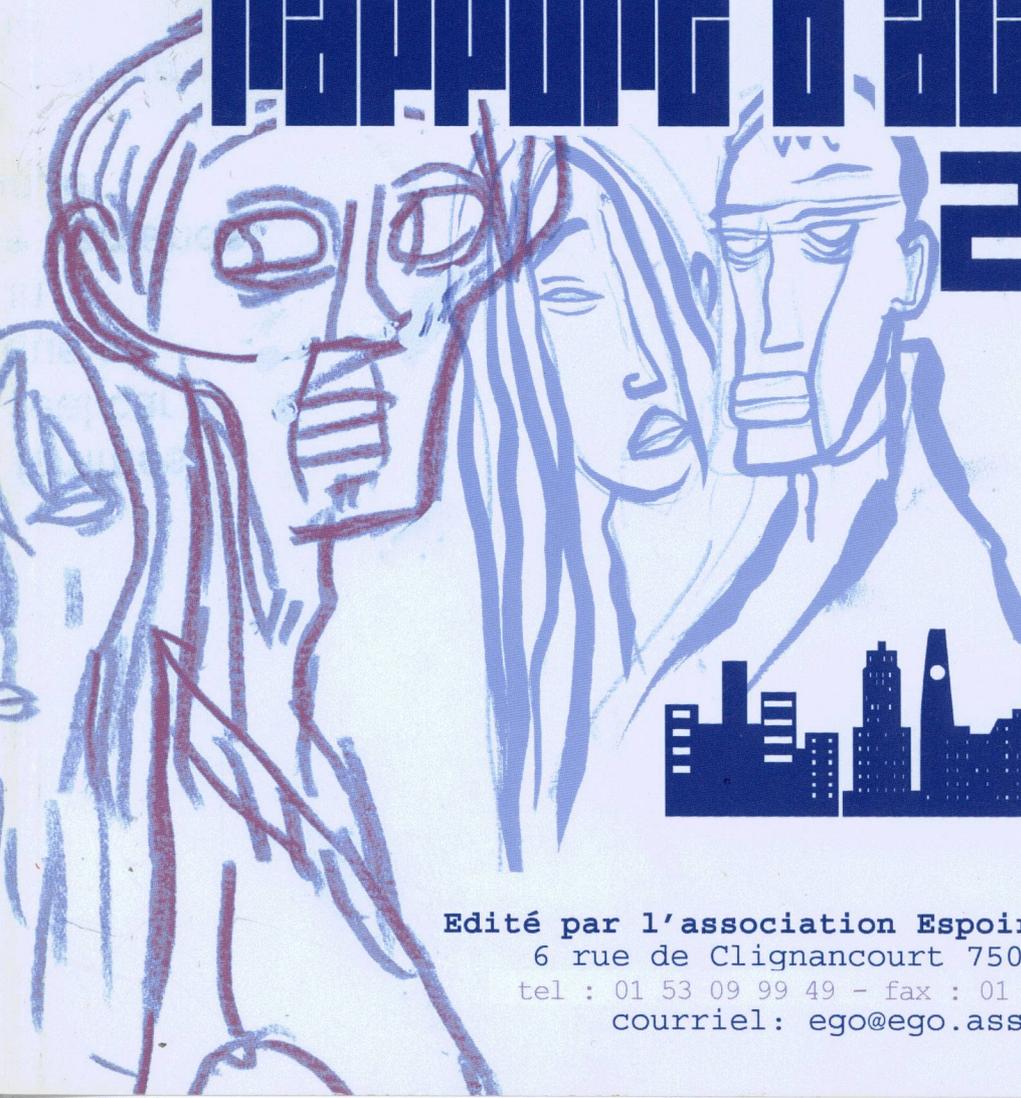


GE  
01.41



ESPOIR GOUTTE D'OR

# RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009



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

## RAPPORT MORAL

Soigner et prendre soin de celles et ceux qui n'ont pas de chez soi, qui consomment toutes sortes de substances légales et illégales et présentent de multiples problèmes de santé et de santé mentale : telle est la réalité dans laquelle nos équipes s'investissent au quotidien.

En effet, l'offre de traitement à bas seuil d'exigence tel qu'il est proposé et mis en œuvre par le CSAPA d'EGO, génère une concentration de personnes affectées par trois problèmes à la fois : précarité, troubles psychiatriques et addiction. Si nous avons su relever le défi de proposer un modèle de traitement de l'addiction adapté aux besoins de ce public, nos interventions ont été très souvent limitées par la double contrainte de la difficulté d'accès aux soins psychiatriques et la rareté extrême de l'offre d'hébergement. C'est dans ce cadre singulier que nous avons travaillé tant dans le domaine de la réduction des risques que dans celui des soins, pendant l'année 2009.

L'intérêt de ce travail n'est plus à démontrer. Dans le rapport présenté par la DASS, à l'occasion de la commission CROSMS pour l'habilitation du CSAPA d'EGO, notre offre de soins a été évaluée de façon très positive et ce rapport ne mentionnait aucune réserve.

L'autre grand défi que nous avons dû relever, a été de répondre au processus de retour massif des usagers qui semblaient avoir migré en Seine Saint Denis. Ce ne fut qu'un intermède ; la Goutte d'Or ainsi que Stalingrad et la Chapelle, sont redevenus les principaux lieux d'errance et de survie de ces populations avec leur cortège de souffrances et de nuisances qui les accompagnent.

La présence simultanée dans un même territoire -un quartier populaire- de consommateurs et de dealers, génère des conflits et des tensions qui finissent par éclater, d'une façon ou d'une autre, dans les structures de réduction des risques et soins. Ce fait est aggravé par l'exiguïté de nos lieux d'accueil trop étroits pour le nombre de personnes qui les fréquentent.

Malgré cela, notre principal problème n'est pas lié au nombre de personnes mais à l'importance et l'accumulation des difficultés qu'elles présentent, ce qui impose des réponses complexes.

C'est pourquoi nous sommes amenés à poursuivre des orientations déjà prises en 2007 et 2008 : développer des partenariats multiples et transversaux avec d'autres établissements médico-sociaux, sanitaires et sociaux, tout comme avec le Commissariat Central du Quartier de la Goutte d'Or.

Les projets, mis en place aujourd'hui avec les associations Gaïa et Charonne, sont la démonstration de l'intérêt de ces nouvelles démarches. Amplifier les bénéfices (pour les usagers) tout en réduisant les coûts (d'investissements et de fonctionnement), voici les clefs de l'avenir. Nous poursuivrons dans cette voie qui, en 2009, a permis que le projet du Fibroscore voie le jour comme stratégie nouvelle de lutte contre les hépatites.

Si, dans un tel contexte, ces questions ont pu être traitées efficacement c'est grâce à l'implication volontaire et au professionnalisme des salariés d'EGO.

Afin de nous permettre de mieux progresser, l'association a mis en place en 2009, un processus d'évaluation interne au CAARUD, juste après avoir finalisé le processus d'évaluation de l'implantation du CSST.

En 2009, l'association EGO a initié les négociations concernant son avenir : en 2012, EGO devra intégrer l'association Aurore tout en préservant son originalité. Cela exige un temps de travail préalable afin de réussir ce nouveau challenge.

Enfin, trois administrateurs sont arrivés en fin de mandat en 2009, deux représentants du personnel et Monsieur Abdallah Toufik contraint de quitter notre Conseil d'Administration en raison de conflits d'intérêts liés à son nouveau poste au sein de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Deux nouveaux représentants du personnel à savoir : Philippe Ferin et Bastien Guillermin ont été élus et Olivier Doubre a été élu en remplacement d'Abdallah Toufik.

A l'occasion de la dernière réunion du Conseil d'administration, le 9 mars dernier, notre présidente Elisabeth Monnerat nous a transmis sa lettre de démission après deux années d'intense contribution à la vie de l'association. Maurice Goldring a été élu par le CA président par intérim jusqu'à la prochaine Assemblée générale prévue le 21 avril 2010.

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

---

<b>CAARUD</b> .....	<b>page 5</b>
---------------------	---------------

<b>Rapport standardisé ASA-CAARUD</b> .....	<b>page 7</b>
---	---------------

<b>Partie I Rapport d'activité qualitatif</b> .....	<b>page 16</b>
---	----------------

Partie II. Partenariats et travail en réseau .....	page 20
Partie III. Les Missions .....	page 24
Partie IV. Les Ateliers .....	page 42
Partie V. Les activités collectives .....	page 54
Partie VI. Le travail de réflexions collectives autour des pratiques.....	page 58
Partie VII. Tendances et situation émergentes .....	page 63

## AUTRES ACTIVITÉS DÉVELOPPÉES

<b>Les activités de formation, de communication et de prévention autour des addictions</b> .....	<b>page 67</b>
--	----------------

Partie 1. Alter-EGO, Le Journal .....	page 69
Partie 2. Formation sur la réduction des risques associés aux principaux modes de consommations.....	page 73
Partie 3. Formation « addictions et conduites à risques chez les jeunes mieux comprendre pour agir ».....	page 75

<b>CSST</b> .....	<b>page 79</b>
-------------------	----------------

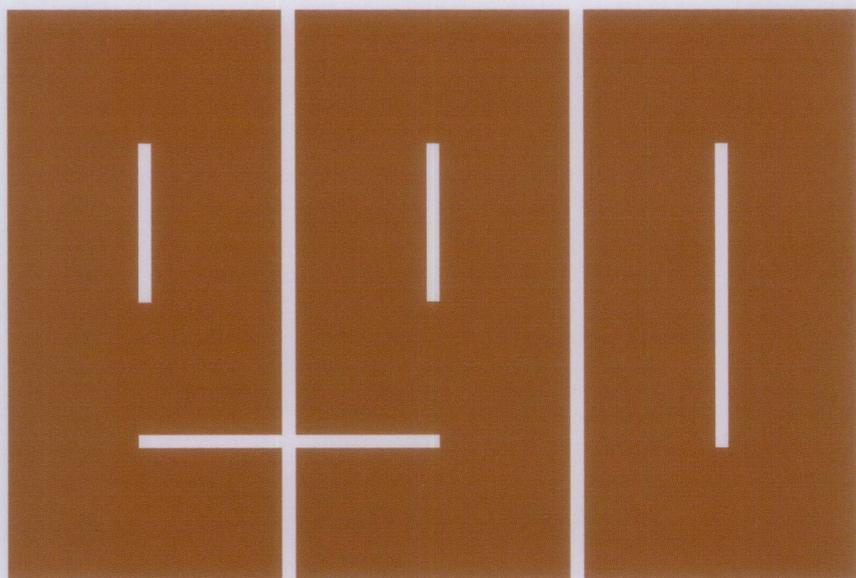
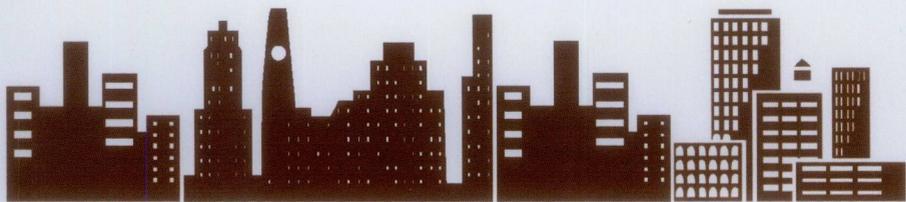
<b>Rapport standardisé DGS 2009</b> .....	<b>page 81</b>
---	----------------

Introduction .....	page 97
Recueil de données 2009.....	page 98
La prise en charge médicale et infirmière.....	page 100
La prise en charge des co-morbidités psychiatriques.....	page 108
Traitements des addictions.....	page 111
La prise en charge sociale et éducative.....	page 119

<b>Autres</b> .....	<b>page 125</b>
---------------------	-----------------

<b>Evaluation interne 2009</b> .....	<b>page 128</b>
--------------------------------------	-----------------



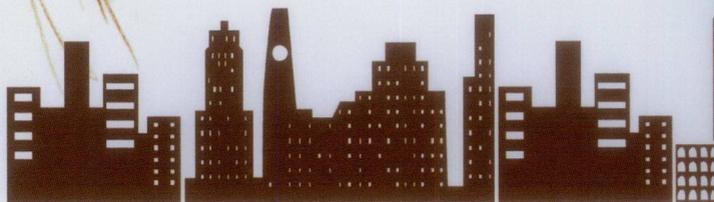


ESPOIR GOUTTE D'OR

RAPPORT D'ACTIVITÉ



Caarud





*rapport d'Activités Standardisé Annuel*  
du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2009

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 :**

<b>Département</b>	<b>Nom du CAARUD</b>	<b>Date d'autorisation CAARUD</b>	<b>Nom de l'association ou de l'établissement de santé gestionnaire du CAARUD</b>
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 type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<b>Intervention en squat</b> <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input checked="" type="checkbox"/> 2 lieux fixes	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<b>PES en pharmacie</b> <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> 3 ou plus	<input type="checkbox"/> 3 au plus	<input type="checkbox"/> 3 au plus	<input type="checkbox"/> 3 au plus	

**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		4		
c. équipe de rue	4			
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 (fixe)	25			
f. Centre d'Accueil (rue)	2			

**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**

Du [ ] au [ ] et Du [ ] au [ ]

## 6. BUDGET (en euros)

Indiquer, à partir du compte administratif, le montant que représentent :

La dotation ONDAM médico-social : 1033625

Les recettes : 2780

Les charges : 1033806

## 7. EQUIPE

Personnel salarié		Bénévoles/volontaires
Nombre équivalent temps plein (format : ##.##, ex : 09,50)		Nombre approximatif d'heures d'investissement mensuel
03.25	Directeur/coordonateur/chef de service	
01.00	Secrétariat et personnel administratif	
	Personnel logistique (entretien, etc.)	
	Médecins	
00.50	Infirmiers	
	Psychologues	
03.00	Educateurs	
07.00	Animateur	
	Assistants sociaux	
	Accueillants	
	Personnes relais issues de la communauté des UD	
	Stagiaires	100
01.10	Autre personnel salarié (préciser) : Assistants juridiques et pharmacien	
<b>TOTAL 15.85</b>		<b>TOTAL 100</b>

## 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
40138	806	400			600

## 9. CARACTÉRISTIQUES DE LA FILE ACTIVE<sup>1</sup> : usagers accueillis du 1<sup>er</sup> 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
5037	571	884	36	20	96	81
% moins de 20 ans	% des 20-24 ans	% des 25-34 ans	% des 35-45 ans	% des plus de 45 ans		
1	4	24	51	21		

## 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 (méusage)	Benzodiazépine	Ecstasy
16	26	72	45	29	3
LSD	Amphétamine	Cannabis	Sulfate de morphine	Autre: lequel : Alcool	Autre: lequel :
3	2	52	27	47	

<sup>1</sup> 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 un 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 :			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> )	8400	32
Risques liés à la sexualité	2700	12
Autre : ANPAA	110	22
Autre :		

## 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	804

<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)	100
Accès à la substitution aux opiacés	39
Suivi psychologique ou psychiatrique	47
Traitement Hépatite C	
Traitement Hépatite B	
Traitement Sida	
Vaccination Hépatite B	
Autre 1, lequel : Alcoologie	34
Autre 2, lequel : Gynécologie	14
Autre3, lequel :	

<i>Incitation au dépistage des infections transmissibles :</i>	Orientation, actes réalisés sur place par convention, accompagnement physique nombre d'actes
Dépistage VIH	137

Dépistage VHC	137
Dépistage VHB	137
Autre 1, lequel :	36

### 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 (demande satisfaite exemple : RMI obtenu, place en appartement thérapeutique obtenue)
- droits sociaux, (minimas sociaux - RMI, AAH, API-, Assedic...)	84	
- santé (CMU, CMU-C, AME, mutuelle...)	178	
- démarches administratives (papiers, domiciliation)	363	
- démarches au regard de la justice (assignation, obligation de soins...)	99	
<i>2 Accès au logement :</i>	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de dossiers aboutis
- hébergement d'urgence	1442	
- hébergement social (CHRS...)	5	
- hébergement thérapeutique (CTR, ATR, ACT, communauté thérapeutique...)	1	
- recherche de logement autonome		
<i>3 Insertion, réinsertion professionnelle :</i>	Nombre de dossiers ouverts	Nombre de dossiers aboutis
- recherche d'un emploi	70	
- recherche d'une formation	7	

## 14. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION

Matériel stérile	Nombre		Nombre
<i>Matériel distribué par automates</i>		Préservatifs femmes	162
- kits+		Préservatifs hommes	38616
- steribox®		<i>Autre matériel :</i>	
- KAP			
<i>Trousses d'injection délivrées par les équipes du CAARUD:</i>		1 – Filtres stériles	dont Stérifilt® 17820 dont autres
- dont Kits +		2- cupules stériles de chauffe et de dilution	dont Stericup® 77156 dont autres
- dont Kap		3- eau PPI (fiOLE plastique 5 ml)	87859
- dont Steribox®		4 – tampons alcoolisés	131609
Seringues distribués à l'unité par les équipes du CAARUD (hors kit d'injection)		5 –pansements:	
dont seringues 1cc	70402	6 – gel lubrifiant	33705
dont seringues 2 cc	33180	7 – éthylotests	
Jetons distribués	8874	8 – Pipe à Crack	13548
Brochures et matériels d'information		9 - Matériel de sniff :	
		- roule ta paille	
		- autre 1 : préciser :	
		- autre 2 : préciser :	
<b>10 - autres matériels de prévention :</b>			
- autre 1 : préciser : Embouts	28611	- autre 2 : préciser : Crèmes apaisantes	33681
<b>Récupération de matériels usagés</b>			
Nombre de seringues souillées récupérées (1 litre = 55 seringues approximativement)	16158	Récupérateurs de seringues mis à disposition	178

## 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 : <b>Le tissu associatif local</b>		
Avec : Riverains	1 <input checked="" type="checkbox"/> oui	2 <input type="checkbox"/> non	Autre 2, lequel : <b>"La Goutte d'Or en fête", festival annuel</b>		

## 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.

2/ Item 4 :

Ce sont les deux lieux fixes qui sont ouverts du lundi au vendredi.

3/ Item 5: Le PES STEP et le Centre d'Accueil sont restés ouverts toute l'année, sauf les deux journées du séminaire annuel, les 17 et 18 septembre.

4/ Item 8 & 9 : Le nombre de passages/contacts et la file active sont en augmentation (+24% et +8,4%). Une partie de cette augmentation est due à la stabilisation du travail de rue et d'antenne mobile commencée les années précédentes. Mais les lieux fixes participent aussi de cette augmentation.

Le pourcentage réel de moins de 20 ans est de 0,4%. Ces cases n'acceptent pas de nombre à virgule, nous avons préféré noter 1 plutôt que 0 afin de ne pas faire disparaître ce public. La pyramide des âges poursuit sa transformation avec la tranche <45 ans qui augmente de +6 points et celle des moins de 25 ans de + 2 points. C'est au détriment de la tranche d'âge 25-45 ans qui diminue de 8 points.

5/ Item 9 & 10 : Le guide de remplissage indique de saisir des pourcentages et non des nombres de consommateurs comme indiqué sur le document à l'item 10. En chiffre absolu nous déclinons ainsi : héroïne 800 U.D., cocaïne 1300 U.D., Free base crack 3600 U.D., buprénorphine 2250 UD, Benzodiazépine 1450 UD, ecstasy 150 UD, LSD 150 UD, amphétamine 100 UD, cannabis 2006 UD, Sulfate de morphine 1350 UD et alcool 2350 UD.

Mode de consommation et produits consommés évoluent peu en pourcentage (variation  $\leq 5\%$ ) sauf « gobeurs » + 10 points et l'alcool et le cannabis – 8 points. Ici le côté licite ou perçu comme tel de ces produits minore le nombre de déclarations. Pour 2009, les questions portant sur le tabac n'ont pas été suffisamment renseignées pour donner des chiffres significatifs.

Il est à noter qu'avec une augmentation de la file active de près d'un dixième (+387 personnes) le nombre absolu de personnes consommant un produit donné est en augmentation.

6/ Item 12 :

"Aide à l'hygiène et accès aux soins de première nécessité" : La petite différence entre les actes accomplis en 2008 (923) et ceux de 2009 (804) s'explique par le mois de décalage entre le départ de l'ancien infirmier et l'arrivée du nouveau.

"Orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun": il est à noter que parmi les patients orientés vers le système de soins spécialisés, 102 l'ont été vers le CSST EGO.

"Incitation au dépistage des infections transmissibles", pour la dernière case ("autre 1, lequel:") il s'agit du Fibroscan.

"Incitation au dépistage des infections sexuellement transmissibles": la baisse enregistrée pour les dépistages VIH, VHB et VHC est due au changement du nombre d'interventions AREMEDIA dans nos murs (24 séances en 2008 à 18 séances en 2009) et à l'annulation au dernier moment de certaines séances pour des raisons de logistique. Par ailleurs, une amélioration notable du processus de dépistage, est liée à la remise sur place des résultats d'examen par les médecins du CSAPA, alors que dans la situation antérieure nombre d'utilisateurs n'allaient pas chercher leurs résultats au CDAG. Sur 137 dépistages réalisés par AREMEDIA, 93 ont été réalisés à STEP et 44 utilisateurs ont récupéré les résultats sur place. Le Centre d'Accueil et le CSAPA ont permis que 44 utilisateurs se fassent dépister dont 27 ont récupéré les résultats de leurs examens sur place.

De ces 137 dépistages réalisés en partenariat avec AREMEDIA, 3 se sont révélés positifs au VIH et 49 positifs au VHC

## 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.**

RAS

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

En 2009, les usagers de drogues partis vers des scènes ouvertes de Seine saint Denis (notamment celle de la ville de Saint Denis) ont amorcé un retour vers Paris intra muros et notamment vers la Goutte d'Or. Ce mouvement, qui a ramené des usagers de drogues autrefois habitués à fréquenter le quartier, a également favorisé la venue d'autres usagers qui ne le fréquentaient pas. Les observations effectuées lors du travail de rue ont permis de suivre et d'accompagner ces changements intervenus dans le secteur Château-Rouge du quartier de la Goutte d'Or. Cependant, l'importante rénovation urbaine a modifié quelque peu le contexte de deal et de consommation: les usagers sont de plus en plus en mouvement et leur visibilité s'en trouve considérablement réduite. La pression policière incessante a nettement influé sur la présence des usagers qui étaient très nombreux à se retrouver au pied des escaliers du métro Barbès. Les alentours des rues Myhra et Léon ne seraient plus les seuls lieux de vente de crack qui s'étendraient à d'autres sites, sur d'autres arrondissements proches du 18<sup>ème</sup>. De plus, le mode de vente par téléphone semblerait se développer. Il est à noter l'augmentation de la vente de médicaments détournés comme le Skénan et de produits de substitution comme le Subutex et la méthadone.

En 2009, une population originaire de l'Europe de l'Est s'installe durablement dans la fréquentation des deux antennes du CAARUD d'EGO, tout comme son CSAPA. Ce nouveau public russophone est majoritairement consommateur d'opiacés; il arrive de Géorgie mais n'en est pas forcément originaire. Très peu d'usagers de ce groupe parlent français ou anglais, ce qui rend la communication difficile. En 2010 diverses actions sont prévues pour tenter d'y remédier, de mieux cerner leur demande en matière de réduction des risques : traduction en Russe d'affiches et de textes simples, appel à des personnes relais susceptibles de les aider à trouver leur place au sein du centre d'accueil et de participer avec les autres usagers au Conseil de la Vie Sociale, aux réunions du collectif, à l'Assemblée Générale.

Nous devons aussi veiller aux tensions liées à l'irruption, parmi les anciens, d'un nouveau public, apparemment soudé et homogène, qui n'a pas eu besoin d'eux pour rejoindre nos antennes. De nouveaux arrivants qui semblent ne pas dépendre des mêmes sources d'approvisionnement des substances psychoactives et qui semblent beaucoup moins désinsérés socialement que ne le sont les anciens crackeurs et polytoxicomanes en errance.

*(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.).*

*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 ?*

RAS

*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 ?*

Cette année 2009, nous avons plus souvent eu à faire face aux troubles psychiatriques de quelques usagers des deux antennes du CAARUD : propos incohérents tournant rapidement à la menace verbale voire physique. De telles manifestations de décompensation psychotique, accompagnées de troubles du comportement exacerbés, semblent amplifiées par la prise isolément ou conjointement, de crack, d'alcool ou de benzodiazépines; elles sont très difficiles à gérer. Dans de telles conditions, assurer la protection du public et des équipes demande une vigilance de tous les instants. Cependant, la présence des médecins ou du psychiatre du CSST dans les locaux, a largement favorisé les interventions sur place ainsi que les hospitalisations d'urgence lorsque cela a été nécessaire. Il convient toutefois de signaler que l'hospitalisation en psychiatrie d'un usager fréquentant EGO, exige des efforts immenses passant par la mobilisation de l'ensemble des équipes d'EGO avec le soutien de ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique) durant des périodes allant de deux à quatre semaines pour chaque hospitalisation. .

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

Dans nos antennes fixes comme dans la rue, notre travail met en évidence la progression de ce que Jean Furtos a décrit comme "l'auto-exclusion". La souffrance psychique largement présente peut créer une coupure avec les institutions. Même le bas seuil des actions développées par les équipes semble trop élevé pour un public qui s'éloigne non seulement des institutions mais aussi de la société tout entière. La précarité grandissante des plus démunis a pour origine l'insécurité sociale que vit un nombre toujours croissant de personnes. Elle pèse sur celles qui vivent dans la rue, largement représentées dans le public que nous accueillons. Si les perspectives d'amélioration s'assombrissent (y compris pour les classes moyennes) la pression psychosociale sur les plus démunis atteint vite des niveaux intolérables.

A ce titre la situation des femmes est particulièrement préoccupante. En 2009, nous déplorons hélas dix décès parmi le public du CAARUD. Sur ces dix personnes sept étaient des femmes âgées de 30 à 40 ans.

**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.*)

La médiatisation des scènes du crack dans le nord-est parisien a généré une stigmatisation accrue d'un public d'usagers de drogues déjà très marginalisé (bien évidemment non géré par les Médias) Ce processus, non géré par les médias, a mis en dangers certains usagers qui ont accepté de témoigner. Ils furent alors victimes de mises à l'index et de menaces. Certains, qui ont accepté de témoigner à visage découvert ont été aussi victimes de menace de mort. Ceci impose des précautions importantes dans tous les contacts avec les Médias. Cela, dans l'intérêt de notre public.

# Rapport d'activités qualitatif

## Partie I. Commentaires sur les données quantitatives

### a) Méthodologie de recueil des données

Les données permettant d'établir la file active du CAARUD d'EGO, sont recueillies quotidiennement par les équipes, sur un outil nommé « fiche de bord ».

Elle est composée d'un identifiant rassemblant les initiales de la personne et sa date de naissance, ainsi que d'autres informations sommaires. Ce procédé permet un recueil fiable des informations tout en préservant l'anonymat de la personne reçue par les deux antennes du CAARUD.

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. Chaque usager est libre de ne pas accepter cette contrainte.

Ce document est proposé systématiquement à chacun 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 permet, d'une, part d'alimenter le rapport d'activité et, d'autre part, d'avoir une très grande réactivité face aux besoins émergents des usagers.

Au cours de l'année 2009, nous avons pu remplir 293 questionnaires de contact. Ces données, tout comme la « fiche de bord », sont renseignées et saisies sur le logiciel nommé « éO Addictions ». Ce (nouveau) logiciel offre le grand avantage de signaler les doublons, ce qui nous permet de rectifier immédiatement la file active.

La file active globale du CAARUD pour 2009, Centre d'Accueil et STEP confondus, s'élève à 5037 U.D partagés ainsi : STEP 3667 différents usagers reçus et Centre d'accueil 1830. Ce chiffre a été établi après soustraction de 9 % d'usagers communs aux deux antennes du CAARUD

## b) évolution de la file active

En 2009, le CAARUD d'EGO accuse une légère augmentation de sa file active (+ 8,4 %). L'importance de cette augmentation est plus marquée chez les femmes (+ 10%) tandis que pour les hommes ont assiste à une légère diminution (-1,9%).

La reprise de la fréquentation s'explique essentiellement par :

- **L'augmentation et la diversification du travail de rue** : les équipes des deux antennes du CAARUD ont augmenté le nombre de sorties et utilisent d'une façon alternée l'antenne mobile et le travail de rue. Un travail très soutenu a été développé auprès des quatre différents squats à savoir : La Villette, La Chapelle, Boucry et le local EDF. Le nombre de nouvelles personnes rencontrées lors de ces sorties a eu une incidence directe sur la file active
- **Les retours amorcés vers Paris intra muros** du public ayant migré en Seine Saint Denis. Ce retour a été accompagné par de nouveaux venus qui ne fréquentaient pas nos structures auparavant.
- **L'augmentation graduelle de la présence d'un public venant d'Europe de l'est**, russophone arrivant de Géorgie d'où il n'est pas forcément originaire (mais des Républiques qui l'entourent). Les difficultés de communication, liées à leur méconnaissance de la langue française, limitent la compréhension de leurs parcours de vie. Plusieurs façons de remédier à cet obstacle sont déjà mises en œuvre.
- **La cocaïne (et ses dérivés) est proportionnellement beaucoup plus consommée par les femmes** que les autres substances illégales. L'offre d'outils de réduction des risques adaptée à la consommation de crack (par voie fumable), ainsi que les ateliers conçût et mis en place spécialement pour les femmes, pourraient expliquer l'augmentation de la fréquentation de notre CAARUD par les femmes. Mais le travail de rue est certainement à l'origine de cette augmentation.

Enfin, la tendance au vieillissement de notre population (certainement liée à la réussite de la politique de réduction des risques) continue de s'accroître pour arriver en 2009 à un âge moyen au alentour de 40 ans.

Voici les tableaux qui accompagnent ces commentaires :

	2007	%	2008	%	2009	%
<b>File active</b>	5318	25,60	4650	-12,60	5037	+8,40
<b>Passage</b>	36730	14,50	33755	-8,10	40138	+18,90
<b>Age moyen des UD</b>	35 ans	moins 1,4 ans	38,7 ans	plus 3,7 ans	40 ans	+ 2,5 ans

	2007	%	2008	%	2009	%
<b>Femmes UD</b>	957	45,90	740	-22,70	884	+19,45
<b>Hommes UD</b>	4361	21,80	3910	-10,30	4153	+6,21
<b>% femmes</b>	18,00%	16,20	15,90%	-11,60	17,50%	+10,06
<b>% hommes</b>	82%	-3	84,10%	2,50	82,50%	-1,90

### c) produits consommés

Nous assistons, en 2009, à une étonnante diminution de la consommation de presque toutes les substances psychoactives (et quelques unes de façon vertigineuse comme les amphétamines) au profit de l'augmentation constante du crack (+6,5 %) et la bonne résistance des usages de la cocaïne et de l'héroïne (+ 1%). La diminution sensible de l'usage de l'alcool, du sulfate de morphine (tous les deux - 9%) et de cannabis (-12 %) méritent d'être suivis de près afin de vérifier s'il s'agit d'une vraie tendance ou d'un épiphénomène.

	2007		% 2007-2006	2008		% 2008-2007	2009		%2009-2008
	file active			file active			file active		
	5318	%		4650	%		5037	%	
Héroïne	532	10%	-6%	792	17%	7%	800	16,00%	1%
Cocaïne	1595	30%	13%	1184	25%	-4,50%	1300	26,00%	1%
Crack	3510	66%	-8%	3380	73%	6,70%	3600	72,00%	6,5%
Buprénorphine	2499	47%	18%	2287	49%	2,20%	2250	45,00%	-1,6%
Benzodiazépine	1968	37%	8%	1445	31%	-5,90%	1450	29,00%	0,3%
Ecstasy	319	6%	2%	180	4%	-2,10%	150	3,00%	-20%
LSD	266	5%	1%	197	4%	-0,80%	150	3,00%	-31%
Amphétamines	266	5%	1%	205	4%	-0,60%	100	2,00%	-105%
Cannabis	2872	54%	-6%	2782	60%	5,80%	2006	52,00%	-12%
Sulfate de morphine	1808	34%	5%	1207	26%	-8%	1350	27,00%	-9%
Alcool	2499	47%	4%	2562	55%	8,10%	2350	47,00%	-9%

## d) situation sociale et administrative

	2008			2009		
	Centre d'accueil	STEP	CAARUD	Centre d'accueil	STEP	CAARUD
Usager sans travail	88%	73%	78%	93%	88%	89 %
Aucunes ressources	49%	31%	37%	37%	29%	31 %
Perçoit le RMI	32%	35%	34%	24%	33%	30%
Perçoit un salaire	6%	21%	16%	7%	13%	11%
Aucun logement	49%	25%	33%	43%	20%	27%
Squat	6%	8%	7%	8%	9%	8%
Logement personnel	21%	37%	31%	21%	41%	35%
Logement précaire	24%	31%	29%	28%	30%	30%
Ayant été en prison	68%	56%	60%	78%	64%	68%
Pas de pièce identité	40%	22%	28%	Non renseigné 2009	Non renseigné en 2009	Non renseigné en 2009
Isolés (célibataire, séparé	79%	70%	73%	74%	72%	73%
Ayant des enfants	48%	38%	42%	52%	47%	49%
Dont séparé de leur	88%	77%	82%	79%	71%	74%
Ayant fait le ge VIH/VHB/VHC en	41%	77%	64%	49%	51%	51%

L'analyse de ces données met en exergue une inscription durable du public du CAARUD dans la grande précarité. Certains chiffres sont alarmants comme le nombre d'usagers sans travail qui augmente de 11 % en 2009, pour arriver au chiffre dramatique de 89 %. Ce chiffre prend tout son sens quand on le met en relation avec le nombre de personnes ayant déjà fait de la prison et qui augmente de 60 à 68 % en une seule année.

## 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 du CAARUD ont pris l'habitude de travailler et de se rencontrer dans le territoire du 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 plus cohérent et efficace autour des usagers, du territoire et des scènes de drogue.

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

Nous avons continué 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), l'association Gaia Paris, Nova Dona, AIDES, ainsi que 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 renforcé notre partenariat avec ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique), avec qui nous développons une riche collaboration depuis des années.

Au delà de ces partenariats qui perdurent depuis des années, EGO s'est joint en 2009 à de nouvelles formes de travail en réseau :

Un 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 dans le quartier 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 d'être très présente dans les 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 associations de quartier (collectif Assos en danger..) :	14
▪ Réunions institutionnelles (Mairie, Préfecture, ..) :	12
▪ Réunions "Fêtes de la goutte d'Or" :	40
▪ Réunions Fonds de Soutien aux Initiatives des Habitants (FSIH) :	5

## **c) L'équipe de liaison psychiatrique de l'hôpital Maison Blanche (ELP) dans l'activité du CAARUD**

A la demande de Madame Lia CAVALCANTI, Directrice de l'association Espoir Goutte d'Or, et de Monsieur Alberto TORRES, responsable de STEP, une collaboration s'est mise en place entre STEP et l'équipe de liaison psychiatrique (ELP) depuis environ fin 2008.

Toutes les deux semaines, en soirée, deux personnes de l'équipe ELP se rendent dans les locaux de STEP de 18h30 à 20h30-21 heures.

Nous rencontrons des usagers qui peuvent, soit nous solliciter spontanément, soit nous être orientés par un membre de l'équipe de STEP, car il les inquiète.

Nous pouvons également intervenir à la demande d'un des membres de l'équipe.

Dans la mesure où l'utilisateur est d'accord, après lui avoir expliqué qui nous sommes, nous le rencontrons, souvent en début d'entretien, en présence d'un référent de STEP.

Un point est fait, puis plusieurs alternatives peuvent être proposées, à savoir :

- ◆ lui laisser simplement nos coordonnées
- ◆ revoir l'utilisateur au sein de STEP
- ◆ le revoir à la Terrasse
- ◆ l'orienter vers un lieu de consultation spécialisée correspondant à sa demande
- ◆ organiser une hospitalisation en service spécialisé de psychiatrie, ou de médecine plus rarement.

Les décisions sont toujours prises en collaboration avec STEP.

Nous résumons ci-dessous deux situations concrètes :

1. En avril 2009, nous sommes sollicités par STEP au sujet de Monsieur X, décrit comme étant très délirant, très inquiétant quand au risque de passage à l'acte sur autrui. Nous avons rencontré Monsieur X dans les locaux de STEP. Il a pu être hospitalisé en service de psychiatrie, puis transféré sur un service médical de l'Assistance Publique à Paris, en raison de problèmes de santé somatiques sérieux. Une collaboration entre les services médicaux et de psychiatrie a fonctionné de manière efficace, permettant ainsi la sortie du patient dans de relatives bonnes conditions. Cette collaboration indispensable entre les unités hospitalières, somatique et psychiatrique a pu porter ses fruits.

2. Fin 2009, un autre usager a été rencontré à la demande de Monsieur Alberto TORRES. Le patient qui avait interrompu un suivi antérieur à la Terrasse, a choisi, suite de cette rencontre, de reprendre son traitement avec l'équipe de La Terrasse.

Des points sur la santé de certains usagers de STEP peuvent également être faits lors de réunions de synthèse EGO - ELP, réalisées toutes les 5 semaines.

#### **d) L'association ANPAA 75, partenaire d'EGO**

Avant l'été 2009, une **convention** a été signée entre l'A.N.P.A.A.75 et EGO afin de formaliser le travail que nous menions ensemble déjà depuis plusieurs années.

Si des interventions régulières sont mises en place depuis au moins trois ans à STEP, nous avons repris un travail soutenu avec le Centre d'Accueil de jour depuis janvier 2009, avec une intervention (2h) par mois.

##### **Faits marquants :**

Nous sommes à présent très **bien repérés** par les usagers, qui nous considèrent comme personnes ressources en ce qui concerne l'alcool. Ils viennent volontiers parler de cela, aussi bien pour eux que pour un proche consommateur.

L'équipe nous a également repérés et des échanges nombreux et riches sont réalisés lors de nos interventions :

- présentation et démonstration du SIMALC
- notions d'alcoologie
- échanges sur les effets et risques des produits ainsi que sur les caractéristiques des usagers
- rencontre de partenaires dans les locaux d'EGO (Solidarité Sida, travailleurs sociaux...)

Les principaux thèmes abordés avec les usagers sont en rapport avec la quantité consommée et les contextes de consommation, l'arrêt ou la réduction des consommations et le maintien dans cette démarche ainsi que la place du produit alcool par rapport aux autres (descente...) et dans notre société (statut légal...). Bien souvent, la problématique alcool n'est pas perçue aux premiers abords comme importante par les usagers (alors que l'équipe la trouve prégnante). Mais lors de nos échanges, nous nous rendons compte que leur niveau de consommation est élevé et nous essayons de leur faire prendre conscience de ceci. Le SIMALC est un bon outil pour cela, il nous sert également à faire passer des messages de réduction des risques (bières normales au lieu de bières fortes, réduction des doses ingérées, consommation d'eau entre chaque boisson alcoolisée...).

En septembre 2009, nous avons créé une **fiche de suivi** des activités auprès des usagers. Nous utilisons cette fiche dans les 3 structures avec lesquelles nous travaillons. Elle permet de garder des éléments écrits pour chaque usager rencontré et donc de suivre l'évolution de leur situation quand nous les recevons en entretien plusieurs fois mais également de mieux nous coordonner en interne et de faire des retours plus complets aux équipes.

Pendant l'année 2009, un nombre total de 20 séances de sensibilisations ont eu lieu dans les deux antennes du CAARUD, touchant un public de 50 différents usagers et usagères de drogues.

### **e) un projet de végétalisation**

Alberto Torres et son antenne du CAARUD STEP de l'association EGO ont pu constater que l'espace public devant le local était régulièrement investi par des dépôts sauvages d'encombrants et d'ordures ménagères. De plus, des attroupements de personnes, (habitants du quartier ou de passage) sont source potentielle de tensions entre l'association, les habitants et les commerçants des immeubles riverains. Tout ceci contribuant à dégrader l'image du quartier.

Du coup, l'équipe a décidé de manière informelle et spontanée d'installer quatre jardinières et un palmier entre les barrières du trottoir et le local de STEP, tout cela pour un coût de 140 euros payés par l'association.

Ainsi, à sa mission première, la prévention et la réduction des risques, l'équipe de STEP ajoute par ce projet son cadre de vie immédiat. En cela, elle vise à responsabiliser les usagers à leur environnement.

Cette initiative a été accueillie avec enthousiasme tant de la part des usagers que des habitants du quartier. Ces derniers apprenant que cette décoration était l'oeuvre de STEP ont décidé à leur tour d'apporter des plantes.

Malheureusement, un jour de juillet, un homme à bord d'un véhicule s'est arrêté pour dérober les plantes. La déception n'a pas dissuadé pour autant tous ceux qui veulent contribuer à rendre le lieu et leur cadre de vie plus agréables. C'est ce qui a conduit l'équipe d'EGO à exprimer au Maire de l'arrondissement le souhait que le service des Espaces verts et la Direction locale de la politique de la ville (DPVI) reprennent à leur compte ce projet. L'équipe de son côté s'engage d'une part, à assurer l'entretien des plantes et, d'autre part, à encourager les liens entre les habitants, les commerçants, les usagers, en leur proposant de s'impliquer dans l'entretien des plantes. L'objectif ? Contribuer à tisser de nouveaux liens dans le quartier et rendre l'environnement...un peu plus doux !

## **Partie III – Les missions**

### **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, sont 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 sa santé et son insertion sociale. L'accueil suppose autant de recevoir des usagers de drogues que de prendre 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 13h à 22h 30 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 2009, nous avons amélioré notre DIPEC pour le rendre encore 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, ateliers) concourent tous à favoriser un meilleur accès aux soins pour les usagers.

#### **a) Les soins infirmiers au Programme d'Echange de Seringues de STEP**

##### **Particularités déterminantes dans les soins prodigués aux usagers de STEP :**

Les trois dimensions physico-psycho-sociale sont fréquemment atteintes et aussi difficilement dissociables l'une de l'autre. En effet, un grand nombre d'utilisateurs sont sans domicile fixe voire dorment à la rue. La menace d'agressions en est majorée et amplifiée quelquefois par la simple raison qu'ils consomment des produits psycho-actifs licites et/ou illicites. Souvent isolés socialement et en rupture avec leur entourage, ils vivent sans soutien. Les conditions d'hygiène des lieux de consommation sont la plupart du temps déplorables, ce qui accroît les risques de complications sanitaires. Ajoutons que de nombreux usagers sont dépourvus de couverture sociale et se retrouvent, de fait, hors du parcours de notre système de soins.

Le travail infirmier à STEP se compose ainsi : 804 actes en 2009 dont 297 correspondent à demandes de soins infirmiers, 430 actes d'éducation à la santé et de conseils de réduction des risques, et 77 actes d'orientation.



- **33 prises de paramètres vitaux (11%)** Tension artérielle, pulsations cardiaques, température corporelle.
- **17 problèmes stomatologiques (6%)** avec principalement des douleurs dentaires.
- **16 problèmes psychologiques (5%)** entraînant des troubles du sommeil (souvent intensifiés par la prise de crack). Les souffrances psychiques (dont des idées suicidaires) dans lesquelles se trouvent certains des usagers, sont parfois extrêmement alarmantes.
- **16 problèmes dermatologiques (5%),** entre autres des gales, divers boutons, des démangeaisons avec ou sans lésions de grattage.
- **14 problèmes respiratoires (5%)** dont des dyspnées associées parfois à de la toux. Rappelons que plus des deux tiers des usagers de STEP sont des consommateurs de crack par voie fumable. De plus, la quasi-totalité fume également du tabac.
- **12 céphalées (4%)** avec ou sans fièvre (agressions physiques notamment).
- **10 problèmes digestifs (3%)** comme des nausées, des vomissements, des diarrhées, des constipations et/ou des crampes abdominales.
- **9 autres (3%)** pour d'autres types de douleurs (Sciatique...), des problèmes ophtalmologiques. Deux vaccins pneumo 23 ont également été effectués chez des personnes qui se l'étaient fait prescrire par leur médecin.
- **7 problèmes gynécologiques (2%)** de type règles douloureuses ou aménorrhées pour lesquelles des tests de grossesse ont été effectués.

### **Actions d'éducation à la santé et conseils de réduction des risques**

Lors des soins, de nombreuses actions sont fréquemment conduites et dirigées vers les risques liés aux différents modes de consommation mais aussi les risques pris lors des rapports sexuels. Ces actions individualisées sont autant informatives qu'éducatives. Le sida et les hépatites B et C sont naturellement abordés lors de ces entretiens.

Ces conseils d'éducation à la santé et de réduction des risques donnés lors des soins, ou de manière plus informelle tout au long de la soirée au comptoir de STEP, représentent 420 actes.

Une intervention au comptoir de STEP concernant les risques liés à la voie fumable fût organisée mi-décembre. Il serait souhaitable que cette intervention ait lieu de façon systématique, programmée mensuellement par exemple et qu'elle se concentre également sur les risques liés à la voie injectable et la voie nasale. Afin de toucher un maximum d'usagers et d'harmoniser la théorie à la pratique (et vice-versa), nous devons considérer un maximum de supports différents possibles (ex : Films, PowerPoint, ateliers pratiques...)

### **Orientations**

#### **Total : 77 orientations**

- 8 orientations vers les urgences de l'hôpital Lariboisière. Par urgence, nous entendons une évaluation médicale de l'état physique de la personne ne pouvant attendre le lendemain matin.
- 29 orientations vers le médecin généraliste de STEP (permanence chaque mercredi soir)
- Autres : *Médicale et paramédicale* (leur médecin traitant, le CSAPA d'EGO pour réaliser un fibroscan ou consulter le médecin du jeudi soir, le casa de Médecins du Monde, l'Espace Solidarité Insertion « La maison dans le jardin », le bus dentaire)
- Psychologique et/ou psychiatrique* (CPOA, Equipe psy de Bociek)
- Sociale* (permanence de l'assistante sociale du CSAPA d'EGO chaque mardi soir, planning familial du Pole Santé Goutte d'Or)

Certaines de ces orientations ont nécessité un accompagnement physique des personnes en raison de leur désorientation spatiale et/ou temporelle.

## **b) Incitation au dépistage des infections transmissibles**

L'année 2009 a vu se poursuivre le programme de dépistage « hors les murs » avec des actions auprès des publics les plus en difficultés et, plus particulièrement, auprès des usagers de produits psycho-actifs reçus dans les différents CAARUD bas seuil du Nord/Est parisien. Ce programme s'est limité à 137 tests (en nette diminution par rapport à 2008) en raison d'une difficulté logistique de l'association AREMEDIA, partenaire de l'opération. Sur ces 137 tests, 3 étaient positifs au VIH et 49 au VHC.

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

- Proposer un dépistage du VIH/VHC/VHB et des IST aux usagers d'EGO
- Effectuer un dépistage et un diagnostic précoce dans le but d'une prise en charge socio-sanitaire dans des meilleurs délais
- Prévenir et réduire les risques de (re)contamination et de transmission
- Favoriser la mise en relation avec un médecin
- Etablir 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 aux usagers de drogue l'intérêt de faire se faire dépister, de bien expliquer en quoi consiste le test et de parler de la remise des résultats et d'un éventuel suivi.

**Au Centre d'accueil** : les dépistages ont lieu tous les deux mois à un rythme régulier, en après-midi de 14h à 17h.

**A STEP** : les dépistages ont lieu à jour fixe et en soirée de 18h à 21h 30, tous les mois

Les résultats des dépistages sont transmis au médecin du CSST d'EGO qui lui-même les remet aux patients. L'objectif est que chaque patient puisse obtenir son résultat plus facilement que s'il devait se rendre à l'hôpital.

### c) Mise à disposition de matériel de prévention

Mise à disposition du matériel de prévention	2007	%	2008	%	2009	%
<b>File active</b>	<b>5318</b>	<b>21</b>	<b>4650</b>	<b>-12,60</b>	<b>5037</b>	<b>8,4</b>
Seringues données	134919	13	107257	-20,60	103582	-3,5
Jetons distribués	10786	3,90	9885	-8,40	8874	-11,4
Brochures et matériels d'information	7056	19,34	4250	-40	3900	-9
stéricups	80343		76752	-0,95	77156	0,5
Eau ppi	99358		93086	-6,40	87859	-5,9
Tampons alcoolisés	145992	12,70	122778	-16	131609	6,7
Préservatifs hommes	34997	-9,40	38503	9,20	38616	0,3
Préservatifs femmes	404	53,7	484	19,73	162	-199
Pipes à crack	12782	8,75	„	-17,80	13548	30
Seringues souillées récupérées	14857	-7,50	7861	-47,10	16158	105
Stérifilts	31115	16,82	17260	-44,53	17820	3,2
Crèmes cicatrisantes	35828	65	25815	-27,95	33681	30,5
Embouts de pipes a crack	25564		22077	-13,65	28611	30
Récupérateurs de seringues mis à disposition	413	-40,75	126	-69,50	178	48

La mise à disposition de matériel de prévention et réduction des risques en 2009 a gardé une certaine stabilité par rapport à l'année précédente. Quelques chiffres cependant présentent une grande différence et méritent quelques commentaires

- **Préservatifs féminins** : ce type de préservatifs, beaucoup plus chers que les masculins, nous sont généralement offerts. Ces dons ne nous sont parvenus qu'à la fin de l'année à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, ce qui a limité sa distribution. Cette difficulté est déjà en cours de résolution par le biais de la réception des préservatifs fournis par la DASS et par l'INPES
- **Crème cicatrisante et pipes à crack** : L'augmentation de la distribution de ces matériels (qui vont de paire) est à mettre en relation avec l'importante augmentation du crack comme produit consommé (+ 6,4 %).
- **Seringues souillées récupérées** : la collecte de ce matériel est en lien étroit avec le nombre de récupérateurs de seringues mis à disposition. Comme en 2009 nous avons reçu 48 % de plus de récupérateurs de seringues (a travers le SMASH, ville de Paris) le nombre de seringues souillées et récupérées a augmenté de 105 %

## **d) Un état dentaire déplorable : l'urgence d'une prise en charge et d'une action de prévention bucco-dentaire.**

A STEP, les éducateurs spécialisés, le médecin et l'infirmière, sont régulièrement sollicités par des usagers pour soulager des douleurs dentaires très importantes.



Face à ces demandes croissantes, nous avons décidé de réaliser une estimation des problèmes dentaires contractés par les usagers en ne nous en tenant, dans un premier temps, qu'à l'aspect le plus visible c'est-à-dire les atteintes sur les dents de devant. Nous constatons alors que plus de 70% des usagers accueillis à STEP développent des problèmes dentaires visibles tels que : dents manquantes, cariées, cassées ou rongées. Ce recensement exclut les problèmes sur les dents du fond car, alors, le pourcentage pourrait grimper à 90% parmi la population que nous accueillons.

Après ce constat alarmant nous décidons de nous renseigner sur le lien entre consommation de produits psycho-actifs et problèmes dentaires. Nous trouvons différents documents dont une thèse pour le diplôme en chirurgie dentaire de Cyril Vidal et une conférence tenue par le Professeur Isabelle Madinier. Tous deux font état des diverses affections que les drogues provoquent sur la dentition. Ils insistent également sur le fait que les conditions de vie sont un phénomène aggravant. Ajoutons à cela les modes de consommations causes également de dommages bucco-dentaires.

Les problèmes dentaires portent non seulement atteinte à la santé générale, car pouvant entraîner des maladies graves, mais constituent un réel handicap dans la vie quotidienne (stigmatisation, élocution).

De ce fait nous souhaitons mener un projet de sensibilisation et d'information sur les problèmes dentaires. Ce projet a débuté par la transmission d'informations importantes aux usagers, par le biais d'un article paru dans le journal de l'association. Il s'est poursuivi par une exposition informative au sein du CAARUD STEP. Nous souhaitons par la suite impulser un partenariat avec des dentistes et écoles dentaires pour permettre l'accompagnement des usagers vers un processus de soin. Nous aimerions également obtenir des subventions pour distribuer du matériel de prévention (brosse à dents, fil dentaire, bain de bouche...) et parfaire le travail de l'image sociale que revêt le sourire avec l'aide de Kostia Petit, photographe, avec



qui est en projet une exposition ayant pour thème « Les moments dans lesquels le sourire peut vous servir dans la vie quotidienne. »

## **e) L'accès à la vaccination contre la grippe A/H1N1**

Dès le 14 décembre 2009, l'équipe de STEP a proposé aux usagers fréquentant le PES et désireux de se faire vacciner contre la grippe A H1N1, de les accompagner au centre de vaccination, installé au gymnase Ronsard (2 rue Ronsard 75018 Paris).

Nous avons, au préalable, appelé le centre afin de connaître les modalités de prise en charge : horaires d'ouverture, obligation ou non du bon de vaccination, d'une couverture sociale, de papiers d'identité, etc...

Dans un premier temps, l'accueil de public en grande précarité (ne présentant aucun papier de Sécurité sociale ou d'identité) n'a été possible que grâce à la bonne volonté du chef de centre de permanence. En effet, tous les chefs de centres de permanence n'ont pas voulu prendre la responsabilité de vacciner ce public. Les directives ministérielles n'étant, semble-t-il, pas claires à cette période, certains professionnels de santé ont préféré attendre les consignes de la tutelle.

L'équipe de STEP a toujours veillé à afficher la finalité de ces accompagnements : faire accéder le public le premier concerné (en grande précarité) au dispositif de vaccination mis en place par l'État. L'objectif était de remobiliser les usagers sur la question de leur santé et les inciter à réinvestir des lieux de droit commun dans lesquels ils ne s'autorisent pas (ou plus) à se rendre.

L'équipe de STEP a été autant que faire se peut à l'écoute des interrogations des usagers à propos de la vaccination : « à quoi ça sert ce vaccin ? c'est pour quoi ? Et vous, vous l'avez fait ? etc... Elle a veillé à bien informer les usagers sur la prise en charge au centre de vaccination, sur les conséquences éventuelles liées au vaccin (légère fièvre et état fébrile possible) et aussi œuvré à déconstruire les croyances ou informations erronées comme « *il y a du poison dans les vaccins pour les rendre plus forts, c'est des faux vaccins juste pour nous fichier, pour qu'on donne nos noms* » etc.

Nous avons également insisté sur la rencontre avec les médecins du centre de vaccination (tenus au secret médical) que les usagers ont pu librement questionner.

L'accueil au centre de vaccination installé au gymnase Ronsard a toujours été et est encore respectueux. Le personnel présent dans ce centre est accessible. Il prend le temps, lors des entretiens préalables à la vaccination, de répondre à toutes les questions posées par les personnes désirant se faire vacciner (question sur l'association du vaccin et de certaines pathologies, de la prise de certains traitement, notamment de substitution, etc.)

Sur une période de quinze jours, l'équipe de STEP a accompagné une vingtaine de personnes et en a orienté cinq au centre de vaccination.

## **f) le fibroscan : un outil favorisant l'accès aux soins**

Cet appareil 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'utilisateur. L'examen est indolore et le résultat immédiat. L'avantage d'un tel outil est qu'il évite une biopsie en première intention. Cet examen représente une vraie opportunité pour nos usagers qui ne fréquentent pas les hôpitaux. Et favorise l'accès aux soins. L'utilisation de cet appareil est possible grâce à un partenariat fécond entre les associations Gaïa, Charonne et Ego. De surcroît, l'embauche d'une médiatrice santé au cours de l'année 2009, Céline Bayac, a grandement dynamisé et favorisé l'accès à cet examen par les usagers de drogues.

### **3. Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits**

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 et que la permanence avancée d'une assistante sociale du CSST à STEP.

L'accès aux droits est une composante essentielle à l'insertion socio-professionnelle et complémentaire à l'accès aux soins mise en place au sein du CSST et CAARUD D'EGO.

#### **a) La permanence juridique:**

**1) les données relatives au travail des assistantes juridiques d'EGO** ont été reportées dans l'ASA CAARUD au chapitre 13

#### **2) un partenariat conventionnel entre l'association A.D.S.P. et le CAARUD d'EGO**

Une permanence juridique est assurée tous les vendredis matin par une juriste de l'association ADSP (Accès aux droits solidarité Paris) avec qui une convention a été signée.

Compte tenu du parcours chaotique 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 permettra 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 essentielle dans la procédure.

Au cours de l'année 2009, 61 entretiens ont été assurés (Attention, pour info : par entretien est compris personnes reçues, suivis de dossiers ou accompagnements à la prefecture ou auprès d'administrations) : 58 hommes, 2 femmes et 1 couple.

Une grande partie des dossiers fait l'objet d'un suivi régulier (53 suivis de dossier en présence ou non de ces personnes reçues). La majorité des cas traités relève du droit des étrangers.

Les différents thèmes abordés au cours de cette année sont donc :

- le droit des étrangers ( Première demande de titre de séjour –pour soins, travail, parent d'enfant français... (48 %) ou de renouvellement de titre (5%), refus de séjour (demande d'aides juridictionnelles ou recours gracieux), obligation de quitter le territoire français, expulsion
- le droit du logement (litiges locatifs, expulsion)
- le droit pénal (plainte ou requête en relèvement d'interdiction du territoire français, demande de casier judiciaire, violence conjugales)
- les amendes contraventionnelles ou dettes (droit de la consommation).

Pour illustrer les situations rencontrées cette année, je prendrai un exemple :

Monsieur X. est entré en France il ya plus de neuf an. Nous avons pu lui obtenir (courant 2008) un titre de séjour sur la base des soins. En effet, atteint d'une maladie grave qui nécessitait des soins en France dont le défaut pourrait avoir de graves conséquences. Sa situation rentrait dans

le cas de régularisation prévues par les textes. Ce titre de séjour, valable un an, lui a permis de mettre en place toutes les démarches d'insertion socio professionnelle que nous avons mis en suspend en attendant la délivrance de cette carte (recherche de travail, demande cotorep, demande de logement stable, demande d'indemnisation suite à une erreur médicale..toutes ces procédures impliquant la régularité de séjour).

Or au moment du renouvellement, le médecin chef s'est refusé à l'octroi d'un nouveau titre en arguant le fait qu'il pouvait être soigné dans son pays d'origine et en lui sommant de quitter le territoire français dans un délai d'un mois. Hospitalisé au moment de la prise de décision, il n'a pu retirer le courrier adressé en Lettre recommandée avec AR perdant ainsi la possibilité de faire un recours dans les délais. J'ai donc fait un premier courrier au préfet pour expliquer la situation et les raisons du non retrait du refus de séjour.

Un rendez vous nous a donc été fixé au 8<sup>ème</sup> bureau (éloignement) avec la possibilité d'y déposer un nouveau certificat médical. J'avais en parallèle pris soin de demander à monsieur X de se munir d'un certificat médical d'un médecin de son pays d'origine précisant les conditions d'accès aux soins dans son pays et l'impossibilité pour monsieur d'y être soigné. Malheureusement, comme une partie des personnes en situation irrégulière et menacées d'éloignement, monsieur X ne s'est pas présenté par peur à ce rendez vous. Il a préféré attendre la fin de l'exécution de la mesure (1 an). Nous sommes donc actuellement en train d'examiner une nouvelle demande sur une autre base juridique (10 ans en France). La délivrance de ce titre étant de plein droit contrairement au titre de séjour pour soins, nous préférons attendre deux mois pour y prétendre.

Parfois il vaut mieux attendre quelques mois et bien préparer son dossier plutôt que de précipiter une demande et tomber par la suite sous le coup d'une mesure d'éloignement souvent difficile à annuler.

Aujourd'hui nous avons pu récupérer son passeport (détenu par la prefecture pour les personnes éloignables) et allons prochainement faire une autre demande qui aboutira à coup sur, compte tenu du fait qu'il possède suffisamment de preuves de sa présence en France.

## **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 est réalisé essentiellement par l'équipe de STEP, sur une base de deux heures bi - hebdomadaires. 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 particuliers : passages et « ambiance » au sein du quartier, présence de traces de consommations, déplacements des scènes ouvertes, ou approbation 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 récupérées les seringues souillées.

### **a) Travail de rue sur le quartier**

Nous sortons à pieds le mardi et le vendredi de 15h à 17h, emportant avec nous des jetons à Distribox et des plaquettes de l'association.

Ces déambulations constituent un aspect important de notre activité. C'est ainsi que nous allons à la rencontre des usagers que nous connaissons pour échanger sur les questions qui les préoccupent (ce qui n'est pas toujours possible dans l'espace exigü de STEP). Nous nous présentons à ceux que nous ne connaissons pas encore et nous les informons sur les services proposés par l'association.

Nous nous informons sur la difficulté des usagers à trouver les produits qu'ils recherchent à certaines périodes (pénuries, forte pression policière...).

Notre travail de rue nous permet de revoir des usagers qui ne fréquentent plus notre structure et parfois, de renouer le contact avec eux.

C'est aussi un temps qui nous a permis cette année de visiter régulièrement un usager hospitalisé quelques mois à l'hôpital Lariboisière.

La distribution du journal « alter ego » à la goutte d'or nous permet d'évaluer la représentation des usagers qu'ont les habitants du quartier et de nous informer sur leurs préoccupations quant à l'évolution de l'environnement.

Les travaux autour de la gare du nord, ainsi que la pression policière, ont changé les lieux de rassemblement, de consommation et de deal. Ainsi, la visibilité des usagers s'en trouve sensiblement réduite. Ils sont toujours en mouvement sur les grands axes: boulevard Barbès, boulevard Magenta et les abords de l'hôpital Lariboisière.

Par ailleurs, les bancs se trouvant boulevard de Denain, devant la BNP, où des usagers se retrouvaient régulièrement, ont été retirés cette année, réduisant considérablement la fréquentation de ce lieu.

La pression policière, incessante, a nettement influé sur la présence des usagers qui étaient très nombreux à se retrouver au pied des escaliers du métro Barbès.

Les parkings souterrains, aux abords de Lariboisière et de la gare, restent des lieux où les usagers vont injecter. Nous visitons les gardiens afin de savoir si les rapports avec les usagers restent cordiaux.

Ce temps de travail de rue est essentiel pour garder un contact avec l'utilisateur dans la rue. La rencontre est d'une nature différente de celle dans les locaux de STEP, nous sommes avec eux dans l'environnement du trafic propre à ce quartier.

## **b) L'antenne mobile**

Voilà plus d'une année que nous intervenons avec notre véhicule le mardi et le vendredi de 20h à 22h 30 sur des sites connus comme étant des lieux de regroupement d'usagers consommateurs de crack.

Avec l'antenne mobile nous allons à la rencontre des usagers les plus isolés, ceux qui ne fréquentent aucune structure, sont exclus de la RdR et partagent encore leur matériel de consommation. Ceux-là sont les plus exposés aux dangers de contamination (IST et problèmes pulmonaires).

Dans un premier temps, nous effectuons un véritable travail de repérage avec le concours des usagers qui nous font confiance et nous signalent des possibles lieux de squat. Puis vient le contact et le lent tissage de liens avec les usagers.

Nous disposons de tout le matériel stérile de réduction des risques disponible à STEP : kits doseur, Stéribox, préservatifs, gels lubrifiants.

Cette distribution de matériel s'accompagne d'informations de prévention (mode de contamination VHC, VHB, VIH et autres IST).

Ce travail de rue constitue une passerelle pour certains usagers vers les structures de droit commun et contribue à leur redonner la motivation pour entreprendre des démarches de soins ou administratives.

Nous proposons aussi du thé et du café aux usagers, un verre chaud est apprécié l'hiver, et cela rend notre venue plus conviviale.

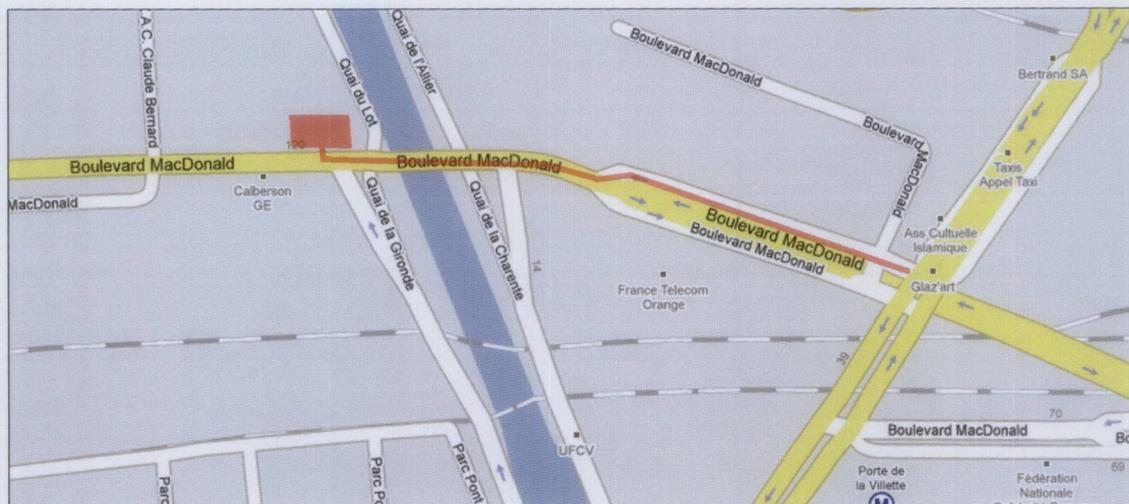
Nous avons choisi de laisser le camion stationné afin de nous déplacer à pieds avec le matériel nécessaire sur le site même au milieu des usagers, dans le respect de leur espace, en perturbant le moins possible leur environnement.

Depuis maintenant trois mois, l'infirmier de STEP sort 1 mardi sur 2 avec l'antenne mobile.

Les différents intervenants de STEP (assistante sociale, médecin, conseillère juridique, stagiaires) ont pu participer à des sorties et se rendre compte de la réalité du quotidien des usagers dans la rue.

Cela permet aussi aux usagers de mettre des visages sur les services qui leur sont proposés.

SITES DE TRAVAIL DE RUE  
MARDI & VENDREDI  
DE 20H00 à 22H30  
LA VILLETTE



Nous intervenons sur ce site depuis décembre 2009. C'est un endroit dont les vieux habitués nous ont dit qu'il était déjà connu dans les années 80 comme lieu de prostitution masculine. On l'appelait alors « le musée de l'homme ».

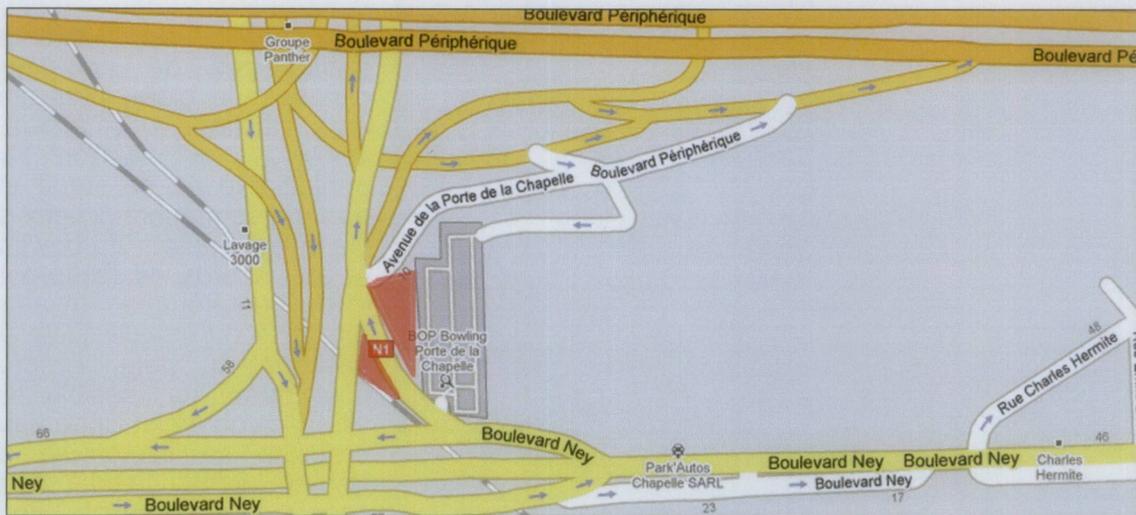
Aujourd'hui, des femmes, usagères de crack principalement, y racolent les automobilistes. Le lien avec elles s'est construit très lentement et, aujourd'hui, elles nous parlent plus facilement de leurs préoccupations, de leurs histoires, de leurs projets ou encore de leur mode de vie. Peu d'entre elles viennent nous visiter à STEP, certaines vont à la Boutique 18.

Au fur et à mesure, nous avons constaté que c'est aussi un lieu de passage entre La Chapelle, Stalingrad, Aubervilliers ou La Courneuve où les usagers vont se fournir en crack. Il nous est souvent arrivé d'y croiser des usagers habitués de STEP accompagnés d'autres que nous ne connaissions pas. Ce qui nous a donné l'occasion de leur présenter l'association. Certains d'entre eux sont, depuis, venus à STEP.

Nous y rencontrons en moyenne une dizaine d'usagères prostituées et usagers « en transit ».



# Intervention sur le Squat de la Porte de la Chapelle



## Actions menées sur le squat :

- Distribution de matériel de consommation
- Orientations vers les structures médico-sociales selon les besoins et demandes des usagers
- Sensibilisation autour de l'hygiène
- Création ou renforcement du lien avec les usagers rencontrés sur le site

## Public rencontré sur le site :

Public principalement composé de personnes d'une quarantaine d'année consommatrices de crack. Il est à noter qu'il y a une présence importante de femmes sur ce lieu.

## Descriptif du site :

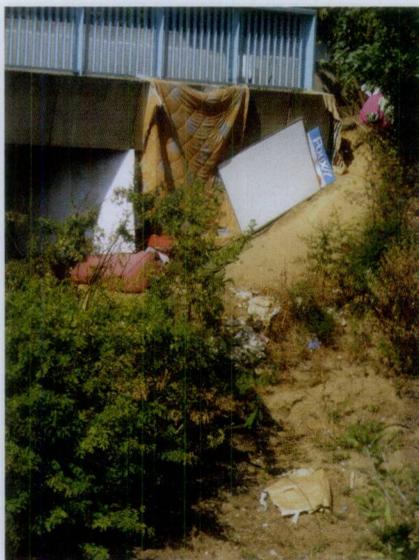
Le squat de la Porte de la Chapelle est situé entre le bowling et l'entrée de l'autoroute A1. Il semblerait que ce squat soit connu de l'ensemble des consommateurs de crack du Nord-Est parisien.

Lors de nos sorties sur ce site nous avons rencontré un nombre important d'usagers, notamment des femmes dont la moitié nous étaient inconnues (sur 3 sorties, environ 12 femmes sont rencontrées chaque soir).

Ces femmes consomment sur le site, se prostituent à proximité et font leurs passes sur le parking de la station essence ou dans le parking du bowling.

Un premier lieu de vie se trouve juste à côté du bowling, c'est le principal lieu de rencontre. Les usagers se sont aménagés un abri de fortune en s'aidant des voûtes du pont du périphérique. L'abri est barricadé par des planches et des couvertures.

Juste à l'extérieur, les usagers ont recréé une sorte de « salon » avec une petite table au centre et des canapés qui l'entourent. Cet aménagement offre un cadre convivial malgré le contexte. Souvent les usagers se retrouvent là, autour de cette table pour consommer et discuter entre eux.



En contrebas nous remarquons, une masse importante de déchets (emballages de nourriture, canettes de bière, bouteilles en plastique, vêtements, vélos rouillés...). La particularité de ce squat est qu'il y a de nombreux lieux de vie éclatés autour du bowling et aux abords de l'autoroute et du périphérique. Un autre usager s'est installé juste en dessous du pont, l'endroit nous paraît inaccessible. Il y vit avec son amie. Entre deux bretelles de l'autoroute se trouve l'abri d'un autre couple. La situation nous semble invraisemblable. Il

s'agit d'un campement en plein milieu de l'autoroute et avec un dénivelé important...

Les réactions des habitants des lieux sont inconcevables : « On est bien ici, c'est confortable à l'intérieur !! ».

Ces conditions de vie sont un véritable danger pour les usagers fréquentant ce site. En effet, ils doivent tout d'abord escalader les barrières de sécurité de l'autoroute et traverser à toute vitesse afin d'éviter de se faire écraser par les voitures qui s'engagent sur les différentes voies.

Le risque à cet endroit est omniprésent pour s'y rendre mais aussi pour y vivre.

Dans un état second (consommation d'alcool et de crack par exemple) le risque est décuplé.

Le parking du bowling sert de :

- Lieu de consommation (sachets en plastique enveloppant la « galette » trouvés à terre, Stéribox vides, débris de verre, briquets etc...)
- Lieu de prostitution (emballages de préservatifs et gels lubrifiants)
- Sanitaires pour les usagers (excréments humains et odeurs nauséabondes).

Nous sommes au mois d'août, et l'endroit manque cruellement de points d'eau; souvent les usagers nous demandent des bouteilles d'eau.

D'autre part les usagers se plaignent de la prolifération des rats.

Suite à ces différents constats, l'équipe de STEP, interpellée par les conditions de vie rudes des usagers, décide d'intervenir exceptionnellement en journée sur le site.

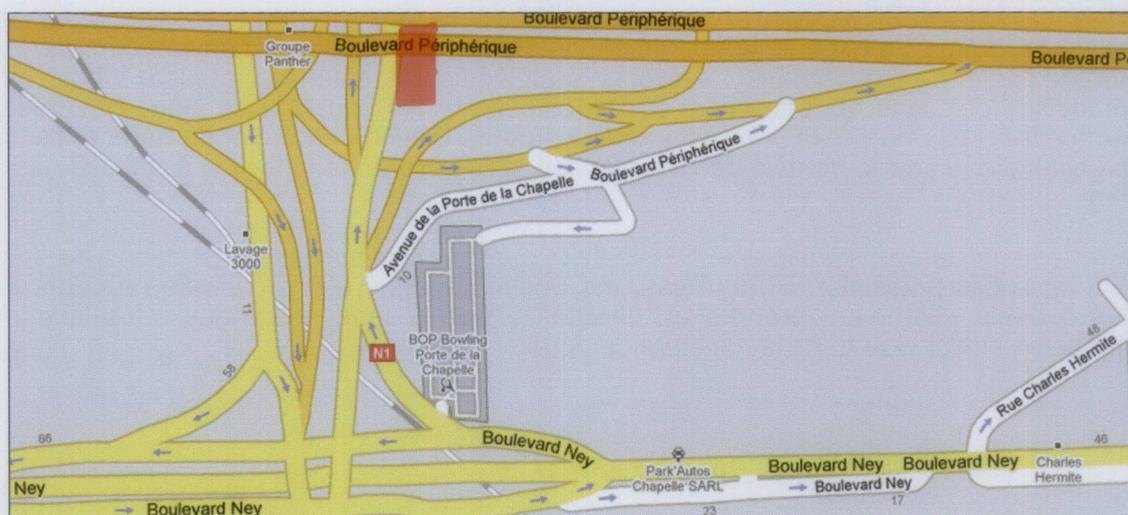
Afin de sensibiliser les usagers de drogue à l'hygiène sur leur lieu de vie nous décidons de débayer les amas de déchets qui entourent les usagers. Nous espérons alors que cette initiative limitera la prolifération des rats, mais aussi garantira un minimum de propreté sur le site à moyen terme.

L'absence de points d'eau et de sanitaires est problématique dans un tel environnement. L'action de l'antenne mobile d'EGO est récente et l'équipe commence tout juste à réfléchir à des modalités d'actions qui pourraient être adoptées sur les squats. Des idées ont émergé et, parmi elles, celle qu'il était primordial dans ce genre d'action en squat de garantir l'accès à des points d'eau (sur le modèle de l'intervention sur la scène de la Briche à Saint-Denis 93 pendant l'été 2008).

Dans un second temps, l'équipe de STEP s'est questionnée sur les propositions de suivis faites à ce public particulier. En tout cas une question risque d'être centrale au cours des années à venir : Comment prendre en charge ce public sans demandes spécifiques de réinsertion et s'inscrivant dans la « culture du squat » ?

Nb : Suite au signalement fait à la DDASS le squat fut évacué à la fin du mois de septembre 2009

SITES DE TRAVAIL DE RUE  
MARDI & VENDREDI  
DE 20H00 à 22H30  
LOCAL EDF



Nous intervenons sur ce site depuis septembre 2009, c'est-à-dire à la suite d'une évacuation des boxes du parking de la rue Boucry par les forces de l'ordre. Avant l'évacuation définitive, un usager nous avait indiqué l'existence de ce squat.

À ce moment-là, deux usagers, un homme et une femme, vivaient dans chacun des deux boxes que contient ce local technique situé avenue de la porte de La Chapelle, sous le périphérique.

Là viennent consommer à l'abri, des usagers que nous connaissons depuis le squat ouvert près du bowling de la porte de La Chapelle.

Puis sont venus les usagers du parking de la rue Boucry. Après l'évacuation définitive.

Nous y voyons environ une dizaine d'usagers à chaque passage dont au moins trois femmes. L'accueil est chaleureux, les usagers ont aménagé un « espace salon » avec des tables et canapés récupérés dans la rue, ceux vivant là maintiennent un cadre de vie propre.

Nous allons entamer un travail avec les usagers résidents pour appuyer leur désir de maintenir cet un endroit propre, mais le site a été condamné le 09 mars 2010.

Encore une fois les condamnations de squats conduisent à un éclatement du groupe des usagers. Il devient, par la suite, très difficile de les retrouver. Souvent ils s'isolent alors dans des endroits difficilement accessibles et inconnus de la plupart des autres usagers.

Le minimum de suivi engagé s'interrompt alors brutalement.

**SITES DE TRAVAIL DE RUE**  
**MARDI & VENDREDI**  
**DE 20H00 à 22H30**  
**STALINGRAD**



La Rotonde de la place de la Bataille de Stalingrad est une scène qui existe depuis les années quatre-vingt-dix.

Souvent évacuée par les forces de l'ordre, les usagers y reviennent toujours.

En effet, c'est sûrement le lieu, à Paris « intra- muros », le plus connu, pour sa disponibilité en crack quasi 24h/24h.

En hiver, c'est au bord du canal, sous les arcades, juste en face d'un café ouvert depuis deux ans, que les usagers consomment ouvertement.

Le public y est très varié : en dehors des quelques usagers qui vivent là, entre deux et cinq personnes, s'y retrouvent des consommateurs réguliers de crack, des rabatteurs, des dealers et tout un public bien inséré, étudiants ou salariés, qui restent quelques heures fumer une galette ou peuvent rester toute la nuit...

L'été, avec la proximité de « Paris plage », les usagers sont repoussés vers les hauteurs du petit parc de la place.

Il est arrivé à plusieurs reprises que nous proposons des soins infirmiers (changement de pansements ou soins de plaies ouvertes) ou encore des soins des pieds à STEP. Nous emmenons alors les usagers en véhicule jusqu'à nos locaux avant de continuer notre tournée.

Parfois, cet accompagnement vers l'équipe de soins amorce un début d'accroche dans un suivi médical plus poussé. De la même manière nous répondons de façon réactive lorsque certains usagers nous sollicitent pour les accompagner aux urgences de l'hôpital.

Nous y voyons entre dix et trente usagers à chaque passage.

## **Partie IV – Ateliers**

### **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 drogues 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<sup>ème</sup>.

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 son 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 au Centre d'accueil, animé par Les Commun'Arts**

Dans ce projet, la démarche est aussi importante que le résultat. Cette démarche d'accompagnement des participants privilégie, avant tout, le processus de création comme autant de façons de se percevoir, de concevoir le monde et d'interagir avec les autres, avec les idées, avec la matière. Les productions qui en résultent sont alors le reflet de l'expression de chaque individu et le témoignage des interactions qui ont lieu dans la dynamique du groupe.

#### **1 / Les principes de l'atelier d'arts plastiques :**

- Accueil libre et inconditionnel.
- Apprentissages, conseils techniques et approfondissement des savoir-faire et méthodologies artistiques: dessin d'après modèles, dessin d'imagination, expérimentations sur la matière picturale, et la couleur, travail sur le volume
- Production d'œuvres abouties dans le but de les exposer

#### **2 / L'intérêt de l'atelier d'arts plastiques pour les participants :**

Il s'agit d'offrir la possibilité de vivre des moments d'échange et de partage. Les participants aux ateliers d'arts plastiques sont souvent des personnes prêtes à tout pour s'en sortir. Toutes considèrent ces ateliers comme un complément à leurs parcours de ré-insertion et de normalisation de leurs vies. Chaque œuvre est majeure pour celui qui l'a produite. Elle dévoile l'intensité d'un sentiment, un cri, un souffle, une recherche au fond de soi de la mémoire des temps perdus, des paysages et des sensations « d'avant ».

Ils y retrouvent joie de vivre et bonne humeur dans une ambiance conviviale axée sur la (re)socialisation à travers la vie de groupe et la création collective.

- Les situations d'extrême détresse que vivent les participants mettent à jour une très forte détermination, un besoin aigu de reconnaissance personnelle et une nécessité d'expression très consciente et développée.

- Le fait de se poser, d'entrer dans un processus créatif et d'arrêter pour un moment la lutte pour la survie, est très important. Cela leur permet de sortir de la temporalité de l'urgence et d'entrer dans une temporalité longue.
- Lors des ateliers et des sorties culturelles ils et elles ont la possibilité de se mettre dans une posture de producteurs et / ou de spectateurs plutôt que de demandeurs, d'enfin donner un peu d'eux-mêmes. Ils peuvent exprimer leur sensibilité propre et prendre du recul par rapport à leur problématique.
- Les participants à ces ateliers ont une capacité surprenante à entrer dans un processus créatif, à s'exprimer autant dans la figuration que dans l'abstraction et l'expérimentation artistique et à vouloir se prouver et prouver au groupe qu'ils sont encore capables de créer du beau et de le faire apprécier

**Les résultats, améliorations et bénéfiques constatés sont donc :**

- découverte ou redécouverte des capacités créatives
- reprise de confiance et amélioration de l'image de soi
- développement de processus d'expression personnelle
- enrichissement des expressions culturelles et accès à la culture
- amélioration des compétences psychosociales et de communicabilité
- stimulation des capacités d'apprentissage
- dynamisation des aptitudes à l'expression orale et à la pratique du français
- ré apprentissage des règles de vie de base en collectif (ponctualité, régularité, suivi et finalisation du travail, soutien aux autres participants, expression des idées et besoins personnels et collectifs, ...)

**3 / La méthodologie d'accompagnement :**

**Un accueil ouvert et convivial associé à la stimulation des compétences psychosociales**

Notre mode d'intervention a pour objectif de favoriser le cheminement des personnes vers la mise à contribution de leurs capacités à résoudre leurs difficultés et à modifier leurs conditions de vie. L'intervention communautaire encourage les personnes à se prendre en charge et à assurer leur propre développement dans un processus d'empowerment. Nous misons sur les forces, talents et habilités des personnes et des groupes, et non sur leurs insuffisances.

- Savoir résoudre les problèmes - savoir prendre des décisions.
- Avoir une pensée créatrice - avoir une pensée critique.
- Savoir communiquer efficacement - être habile dans les relations interpersonnelles.
- Avoir conscience de soi - avoir de l'empathie pour les autres.
- Savoir gérer son stress - savoir gérer ses émotions

**Les valeurs mises en œuvre dans la méthodologie d'accompagnement :**

- écoute, empathie, acceptation, disponibilité, respect mutuel, semi directivité, liberté d'expression, ouverture d'esprit, humour, encouragement, valorisation, recherche, expérimentation, prises de risques

#### **4 / Les sorties culturelles :**

##### **L'accès à la culture *un droit enfin reconnu par la loi* :**

Ce que nous visons c'est partir toujours de l'acte créatif, de la pratique, pour faciliter la construction de passerelles entre la culture active et la culture de connaissance ; cela renforce les liens entre l'individu et la société dans laquelle il vit.

C'est pourquoi, en 2009 nous avons organisé 3 sorties culturelles

Le 6 avril visite au Musée du Louvre

Le 8 juin une visite et séance d'atelier à la galerie « Ecomusée de la Goutte d'Or », nous y avons travaillé sur le thème de l'exposition consacré à l'art Haïtien et au vaudou.

Le 16 octobre visite à la Fondation Cartier pour l'exposition sur le mouvement graffiti « Né dans la rue »

##### **Fréquentation :**

L'atelier d'arts plastiques à l'accueil d'EGO a eu lieu tous les lundis de 15 h à 17 h 30. Il a tenu 40 séances, avec une moyenne de 5 participants par séance, la moitié d'entre eux ont été assez assidus, les autres ont participé entre 1 et 4 fois. Il y a eu un total de 35 participants différents.

#### **b) L'atelier musique : davantage de concerts cette année**

Voilà maintenant quatre ans que l'atelier musique existe. Cette année 32 usagers de l'association se sont engagés dans la musique. Dix habitants de la Goutte d'Or, bénévoles, sont venus nous accompagner. Une dizaine d'éducateurs, d'animateurs et de stagiaires de l'association ont participé à l'encadrement, aux accompagnements et à l'organisation des concerts. En moyenne, une douzaine de participants à chaque atelier, bénéficient de l'expérience de sept à huit musiciens qui assurent la permanence de ce travail.

Le nombre grandissant de musiciens nous a permis de diversifier les styles de musique abordés. Nous proposons toujours à chaque nouvel arrivant de choisir deux morceaux qu'il souhaiterait jouer. En échange de quoi, il joue les morceaux proposés par d'autres membres de l'atelier. Alors qu'au début du projet la plupart des musiciens étaient chanteurs, percussionnistes ou guitaristes, nous disposons aujourd'hui d'une plus grande diversité d'instruments : des saxophonistes, des clarinettes et un joueur de piano sont venus nous rejoindre en 2009.

Le niveau musical de l'atelier ayant progressé, nous avons pu, cette année, donner davantage de concerts. Ces progrès donnent aux participants conscience de l'évolution de l'orchestre dus à leurs efforts et à leur travail. Plus confiants en eux-mêmes ils accueillent d'éventuels nouveaux avec plus de bienveillance et d'humour.

Nous avons été invités par le centre Barbara/Fleury Goutte d'Or, où nous répétons tous les jeudis, à venir inaugurer une convention de petits éditeurs indépendants de fanzines et d'ouvrages graphiques « underground ». Au même endroit l'ANPAA, association spécialisée en alcoologie, nous a demandé de jouer pour fêter ses trente ans d'existence.

Le 21 juin nous avons fêté la musique au « Saraaba », un restaurant culturel, rue de la Goutte d'Or. Beaucoup d'habitants sont venus nous soutenir et danser dans la rue.

Nous avons participé à une soirée organisée au Bois Dormoy, la friche du quartier de La Chapelle. Cela a été l'occasion de rencontrer des habitants du quartier de La Chapelle et de la Goutte d'Or. Certains habitants ont pu, à la suite de cette prestation, revoir le jugement qu'ils portaient sur les usagers de drogues.

Le concert le plus mémorable a été celui que nous avons fait pour les 60 ans de l'association Emmaüs à Esteville (Normandie). Ce concert clôturait une course en vélo et à pieds à laquelle participaient plus de 200 précaires et sans domicile fixe, des éducateurs qui les

accompagnait. C'était notre première représentation en province qui s'est terminée par un repas partagé avec les coureurs et des gens d'Emmaüs.

Nous avons aussi joué dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le sida, le 1<sup>er</sup> décembre à la Salle St Bruno. Disposant dorénavant d'une sono complète et d'éclairages ainsi que d'enceintes et d'amplis gracieusement prêtés, nous sommes en capacité de jouer dans toutes sortes de structures. Micros, amplis et sono sont installés en un temps record!

Les répétitions au centre musical Barbara permettent à certains musiciens de répondre à des propositions d'audition. L'atelier est là pour « remettre en forme » ceux qui n'ont pas joué depuis longtemps. Le directeur du centre nous a demandé de préparer une soirée « prévention et réduction des risques » en direction des habitants (jeunes et moins jeunes) du quartier. Pour l'année prochaine, nous espérons monter une comédie musicale et essayer de répondre à cette demande.

#### **Des hauts et des bas**

*Nous avons été cette année confrontés aux situations difficiles pour certains, heureuses pour d'autres. Trois membres de l'atelier ont été incarcérés, heureusement pour des peines légères. Nous avons écrit à l'un de ces musiciens qui nous avait contactés. Nous préparons sa sortie au niveau social et son futur hébergement ainsi que son retour au sein de l'atelier. Nous avons composé des musiques sur des textes qu'il a écrits en prison. Nouvelle heureuse : un des musiciens s'est marié. Il s'agit d'un des plus anciens participants du groupe qui était dans une situation d'addiction importante et qui a réduit, si ce n'est arrêté la consommation de drogues dites dures.*

### **C) L'atelier théâtre**

L'atelier théâtre, créé en 2000 à l'initiative du comité des usagers, est animé par Sylvie Haggai, metteur en scène de la Compagnie GABY SOURIRE (basée dans le quartier de la Goutte d'Or depuis 2004) qui est aussi habitante du quartier depuis une vingtaine d'années.

*« Mon parcours de vie et professionnel me font concevoir l'acte artistique comme partie prenante d'un engagement dans la cité, vecteur d'expression et de réveil des richesses qui sommeillent en chacun.*

*(...) » Sylvie Haggai*

Cet atelier est le plus ancien de l'association et déjà plusieurs représentations ont eu lieu notamment lors de la Fête de la Goutte d'Or et au moment du 1<sup>er</sup> décembre (journée mondiale de lutte contre le sida).

En 2009, 30 ateliers ont eu lieu et cette activité a donné lieu à 47 participations.

10 usagers ont régulièrement pris part aux séances.

Chaque atelier est l'occasion pour chaque usager de « marquer une pause » et de pouvoir penser à autre chose.

C'est toujours un moment très privilégié pour l'utilisateur qui peut à ce moment là se détendre et participer à un projet collectif.

#### **Dans l'atelier théâtre, il est proposé très régulièrement :**

- de la relaxation, de la dynamisation, des exercices de maîtrise du corps et de la voix
- des improvisations
- de sensibiliser le public aux risques de contraction de maladies infectieuses induits par l'usage de drogues et de leurs perceptions.
- de découvrir des auteurs de théâtre et de travailler à partir de textes
- de réaliser un spectacle
- d'aller voir des spectacles

En 2009, il y a eu à certains moments des difficultés à créer une dynamique de groupe. Malgré la régularité de certains usagers, la réalisation d'un spectacle comme les années précédentes n'a pas été la priorité cette année. Les usagers présents à l'atelier vivaient, pour la plupart, dans une très grande précarité et présentaient des signes de problèmes importants de santé.

Ceci étant dit nous avons pu mobiliser plusieurs usagers sur la représentation du 1<sup>er</sup> décembre. Les autres ateliers (arts plastiques, slam et musique avec les Bolchéviks Anonymes) ont, eux aussi, participé à cette soirée.

Dans l'atelier théâtre, les usagers avaient proposé plusieurs scénarios qui ont été proposés en thème d'improvisation lors de la soirée.

La soirée du 1<sup>er</sup> décembre a été très conviviale et festive. Les usagers de l'atelier théâtre étaient présents et certains ont accepté de participer aux improvisations.

Aussi, la solidarité a été, ce soir là, mise à l'honneur.

#### **d) L'atelier SLAM**

Cet atelier a lieu une fois par semaine au Centre d'Accueil et est animé par une intervenante extérieure, Shein B.

Le SLAM est un mouvement artistique, culturel et social célébrant la rencontre et la synergie de talents oratoires (multiplicité des origines, milieux et générations réunis). Poètes de toutes souches, conteurs, rappers a capella, auteurs, interprètes, publics viennent lire, chuchoter, scander, crier ou improviser leurs textes. Il s'agit de se réapproprier la parole et de recréer des lieux d'échanges, au cours de scènes ouvertes où chacun écoute et est vivement invité à participer.

#### **L'idée, la démarche**

Chaque être a des idées, des émotions, une richesse à partager et ses mots pour le dire quels que soient ses origines culturelles ou artistiques, son âge, son niveau scolaire. Un atelier Slam est un travail et une expression individuels qui s'ouvrent au partage par la lecture, l'interprétation, la scène ouverte. Il s'agit de valoriser la personne, son histoire singulière, ses capacités et ses connaissances, l'aider à les développer, puis de l'inscrire dans une dynamique de socialisation. En s'adaptant à chaque public, un travail sur la qualité artistique de l'expression (richesse de la langue, sonorité, rythme...) et de l'interprétation est mené.

#### **Valorisation et autonomie :**

Valoriser les potentiels de chacun et en faire découvrir de nouveaux (maîtrise de la langue française, structuration des idées, interprétation...) afin de donner confiance en soi et du sens à ses émotions, ses pensées.

Donner le goût et les moyens ainsi que les opportunités pour s'exprimer et agir par soi-même.

#### **Socialisation :**

Favoriser la mixité, les rencontres et le dialogue entre filles et garçons, entre générations, entre personnes issues de milieux socioculturels, ethniques différents grâce aux scènes ouvertes.

Développer le respect par le biais du sens de l'écoute et de ce que les autres peuvent apporter (sur des sujets de société ou des sentiments personnels sublimés par l'expression...).

Acquérir également le respect des règles régissant la vie commune.

D'une façon générale il s'agit de bien s'amuser et de partager un bon moment ensemble : Un atelier et une scène Slam sont des instants festifs et chaleureux, riches d'échanges et de partages.

### **e) L'atelier informatique à STEP**

Cet atelier a lieu les mardi et jeudi de 18h à 20h, il est animé par deux accueillants, l'un le mardi, l'autre le jeudi, chacun avec ses « compétences logicielles » différentes.

Depuis cette année, les cinq postes disponibles sont tous reliés à Internet et chaque poste peut être relié à un casque d'écoute individuelle.

Environ 80 usagers ont participé à l'atelier en 2009. Leurs motivations ont été très diverses : les usagers ont, en effet, comme tout le monde, de plus en plus recours aux nouvelles technologies. Le téléphone portable vient bien sûr en tête avec ses multiples fonctionnalités.

De nombreux usagers nous ont sollicités pour transférer de la musique sur leur téléphone ou lecteur mp3. C'est l'occasion d'échanger sur nos goûts musicaux et toutes les périodes de notre vie auxquelles la musique peut nous renvoyer. Beaucoup viennent regarder et écouter des clips musicaux, des séries télévisées...

Nous accueillons de plus en plus de personnes des pays de l'Est qui viennent prendre, via internet, des nouvelles de leur région d'origine ou encore communiquer dans la langue avec leur famille et amis là-bas.

Nous aidons aussi à diverses démarches administratives ou d'accès à l'emploi : rédaction de CV, création d'adresses mail, actualisation de situation ASSEDIC, CAF...

Une dizaine d'usagers qui vivent à l'hôtel ou en foyer d'hébergement et possédant un ordinateur portable nous demandent conseil régulièrement. Ainsi un usager nous a demandé si on pouvait l'aider à retrouver les coordonnées de sa fille qu'il avait laissée en Espagne, alors âgée de un an, il y a de cela 25 ans. Il n'avait plus du tout de contact ni avec la mère ni avec sa fille. Par le biais d'internet et de facebook, il a réussi à retrouver sa fille et a repris contact avec elle, il est question qu'il aille bientôt la rencontrer là-bas.

Cet atelier est vraiment un moyen pour beaucoup de rester en contact avec le monde en s'évadant de la consommation des produits.

## **2- Ateliers et activités favorisant l'hygiène, la promotion et l'éducation à la santé**

### **a) Atelier Sport**

L'année 2009 a vu naître un atelier sport au Centre d'Accueil. Grâce à un partenariat avec l'association ADOS (Association pour le Dialogue et l'Orientation Scolaire), il a été possible d'obtenir un créneau le lundi de 18h à 20h au Gymnase de la goutte d'or. Deux éducateurs du

Centre d'Accueil ainsi qu'une stagiaire Monitrice Educatrice (joueuse de basket de haut niveau) ont animé, entre janvier et juin, cet atelier dans lequel les usagers pouvaient s'adonner à deux types de sport collectif : le football et le basket-ball. Les valeurs véhiculées par le sport collectif (Cadre, respect des règles, respect de l'adversaire ainsi que la solidarité) nous ont paru essentielles dans la création de cet espace.

Travailler sur une activité physique avec un public dans une situation de grande précarité sanitaire a été une question primordiale dans l'élaboration de ce projet. C'est pour cela que l'aspect ludique des sports de ballon a été privilégié au détriment de la performance. L'arrêt de la disponibilité du gymnase a mis fin à cette expérience concluante qui a vu une moyenne de participation de 4 usagers par séance.

### **b) L'atelier bien-être homme**

L'atelier « Bien-être homme » a lieu tout les mardis de 15h30 à 17h30 dans la salle d'activités depuis le mois d'avril 2009. Il est encadré par un Accueillant avec l'aide, quand cela est possible, d'un stagiaire du Centre d'Accueil. C'est avant tout un atelier coiffure. L'estime de soi, pour un public en situation d'extrême précarité est une valeur primordiale.

Cet atelier (qui a vu le jour à la demande d'usagers) est une parenthèse bénéfique et positive puisqu'elle permet à l'utilisateur, en plus de bénéficier d'une coupe de cheveux, de se réapproprier son image, souvent dégradée. La vie d'errance, la violence de la rue et la nécessaire stratégie de survie laissent, en effet, peu de place et peu de temps pour s'occuper de soi, de son corps.

Cet espace est aussi un moyen de créer du lien entre le professionnel et l'utilisateur. Cette proximité induite par la coupe de cheveux ainsi que la configuration de l'Atelier, à l'écart de la salle principale, est un moment privilégié. Ainsi, il n'est pas rare que ce moment débouche sur des orientations vers le soin puisque ici le corps est au centre de l'attention. En outre, ce moment, propice au dialogue, demeure un excellent moyen de promouvoir la Réduction des Risques.

L'Atelier a accueilli en moyenne 5 usagers par séance, soit 100 personnes au cours de l'année.

### **c) L'atelier de bien être des femmes**

Mis en place au cours de l'année 2007, cet atelier a tout de suite connu un vif succès auprès des femmes que nous accueillons.

En effet, la vie d'errance engendre rapidement une dégradation physique provoquée par les difficultés à se maintenir en bon état d'hygiène tous les jours. Généralement nous accueillons peu de femmes dans le CAARUD, car elles nous disent parfois préférer éviter de rencontrer les mêmes hommes qui, souvent, les malmènent à l'extérieur (intimidations, racket, relations sexuelles imposées, passages à tabac...).

Malgré cela, nous avons pu observer une légère augmentation du nombre de femmes le jour de l'atelier (une moyenne de 12% au lieu de 8 à 9% habituellement dans le Centre d'Accueil lieu de l'atelier) ce qui prouve qu'elles se sentent en sécurité durant cette instance.

Il est interdit aux hommes (malgré leur insistance à toujours vouloir y entrer!), mais nous avons une tolérance pour les personnes dont l'identité sexuelle est clairement définie en tant que « femme » (comme les travestis ou les transsexuels).

En 2009, nous avons animé 28 ateliers, avec une fréquentation moyenne de 4 femmes par atelier. Un groupe de 3 à 5 d'entre elles reviennent régulièrement.

Chaque séance se déroule le mardi, de 14h à 15h30, et est animée par une accueillante référente ainsi que par des stagiaires (femmes), du CAARUD ou d'autres services.

Nous proposons principalement les soins cosmétiques suivants :

- Manucure
- Gommages mains et visage ; masques à base d'argile, lotions visage
- Epilation des sourcils et du duvet
- Petit maquillage
- Massage de la tête avec appareil à ondulations vibratoires
- Massage du visage ou des épaules

Les participantes peuvent s'occuper d'elles-mêmes si elles le souhaitent, voire s'occuper d'autres filles (une accueillante et une stagiaire ne pouvant pas répondre à toutes les demandes simultanément, cette option procure souvent de « l'empowerment » et de la reconnaissance pour celles qui la choisissent).

Tout ceci crée une ambiance de franche camaraderie, propice aux confidences et aux discussions les plus inattendues : cela va du ragot le plus gratiné aux échanges sur les effets primaires et secondaires de tel ou tel traitement, en passant par les histoires familiales ou les discussions sur l'actualité (il n'est pas rare qu'une demande de prise en charge sociale ou médicale émane de ces échanges).

Les soins de beauté et de bien être prodigués lors de cet atelier, ainsi que l'espace de parole qui y est réservé, apportent un réconfort visible et une détente significative aux filles qui le fréquentent.

Le regard qu'elles portent sur elles se modifie, et les font se réconcilier avec une image souvent oubliées : elles retrouvent le plaisir de plaire et de se plaire, ce qui leur redonne confiance en elles et en leur pouvoir de changement.

La manière d'aborder les usagères au cours de ce moment privilégié est une façon détournée de créer du lien, permettant d'approcher des personnes parfois très introverties et qui ne se livreraient pas dans d'autres conditions. C'est un vrai point d'appui au travail social.

#### **d) Atelier d'information sur l'injection à moindre risque**

Depuis de nombreuses années les programmes d'échanges de seringues distribuent du matériel d'injection aux usagers de drogues, distribution souvent accompagnée de messages de prévention et de distribution de brochures, magazines, flyers, etc.

Néanmoins, les questions sur la pratique de l'injection, l'utilisation du matériel et les spécificités propres à chaque produit injecté sont trop rarement abordées. Plus précisément, cette absence, même partielle, de questionnement autour de l'injection, de l'utilisation du matériel et des spécificités liées aux produits amène à une méconnaissance des bonnes pratiques d'injection et à une persistance des pratiques à risque et de leurs complications infectieuses.

#### **Un bras en silicone comme support éducatif**

Plusieurs raisons expliquant cette situation peuvent être invoquées : locaux inadaptés, manque de formation des intervenants, questionnement sur une pratique jugée trop intime, absence de support de médiation pertinent, etc. Afin d'accompagner la délivrance de matériel au plus près de la pratique des usagers et pour permettre de donner des messages de réduction des risques

adaptés à chacun, l'équipe de STEP, intégrant le dispositif de réduction des risques de l'association EGO, a mis en place un atelier d'information sur l'injection à moindre risque. Il s'agit, à l'aide d'un bras en silicone d'entraînement à l'injection, de mettre l'utilisateur en situation réelle d'injection.

Cette mise en situation se fait accompagnée de 2 intervenants spécialisés sur l'usage de drogues par voie intraveineuse et susceptibles de pouvoir intervenir à tout moment pour informer l'utilisateur sur les risques qu'il peut prendre et améliorer sa pratique dans un objectif de réduction des risques. Réalisée dans un espace dédié et voulu le plus intime possible, cette intervention novatrice a rapidement démontré sa pertinence et son adéquation face à des besoins souvent non exprimés des usagers sur les risques infectieux propres à chaque étape de la préparation de l'injection ou sur le but et la bonne utilisation des outils distribués.

L'objectif, ici, n'est donc pas de faire un cours sur l'injection à moindre risque, mais de partir de la pratique de chaque usager pour la faire évoluer vers une pratique moins à risque. Cette démarche se fait avec l'utilisateur en intégrant ses propres contraintes et impératifs afin de faire coïncider son « projet personnel » avec les objectifs de prévention et de santé publique de la structure.

Plus largement, l'information délivrée de façon individuelle et personnalisée, dans un véritable processus de santé communautaire, ouvre une nouvelle page de la réduction des risques. En abordant la technique d'injection dans ses détails et en s'intéressant à l'utilisateur et à sa propre expertise, apparaissent de nouvelles demandes : celle des soins, celle de la place de l'injection dans la vie quotidienne, celle de l'accompagnement.

Ces nouvelles demandes nécessitent une formation spécifique des intervenants sur l'injection à moindre risque, une méthodologie d'intervention validée par l'équipe et une connaissance des réseaux de soins et de prévention afin de pouvoir répondre, informer et orienter correctement les usagers demandeurs. Ce sont ces thématiques sur lesquelles l'équipe de STEP travaille dorénavant afin de pouvoir exporter cet atelier et à son tour former les équipes demandeuses.

#### *Remerciements :*

*Alberto Torres, Nordine Karkache, Mélodie Rotovo, Maïwen XXX et toute l'équipe de STEP , la DRASSIF et le GRSP-IdF pour son soutien et le financement du bras en silicone*

#### d) L'atelier Pieds/Mains une réponse à la vie avec le crack

*Dans le cadre de son travail auprès des personnes usagères de crack dans le nord-est parisien, Alberto Torres Ramirez, nous raconte comment l'idée d'un atelier d'hygiène pieds et mains lui est venue. Lui, qui crie haut et fort qu'aucune drogue n'est plus insupportable et destructrice que l'exclusion sociale, nous explique son action...*

Travailler avec des personnes consommatrices de crack en errance requiert humilité et respect, car derrière l'image de « gros durs », se cachent souvent des personnes à vif qui tentent de masquer, par des excès, un corps et un cœur maltraités et en souffrance. Mon travail auprès de ces personnes à toujours été basé par des intuitions chanceuses et une observation minutieuse. Cette dernière surtout, m'a été la plus nécessaire et m'a permis de comprendre les impératifs que ces personnes rencontraient dans leur quotidien, conséquence de l'exclusion sociale dans laquelle ils vivaient. C'est ainsi qu'après plusieurs années passées à leurs côtés, j'ai compris une infime partie des conditions de vie qu'il leur fallait supporter : c'était leur corps qui m'en parlait. Je rencontrais des femmes et des hommes aux colonnes courbées, aux épaules voûtées, les chaussures à demi enfilées avaient peine à cacher des pieds nus, sales et douloureux, même en hiver certains préféraient porter des sandales. Leurs mains, quand je les serrais, étaient écorchées, calleuses et rougeaudes, semblables au contact d'une lime.



Il faut tenter de comprendre ici les raisons pour lesquelles les usagers de crack ont ces problèmes. Les pathologies des pieds correspondent au mode de vie de ces personnes : elles passent jours et nuits dans les rues, n'ayant souvent plus de domicile propre, elles sont toujours à la recherche du « caillou », les marches sont longues, incessantes et les conditions d'hygiène mauvaises. Se laver, se changer ne sont pas choses quotidiennes. En fin de compte, leurs pieds sont abîmés, couverts de corne, de mycoses et de crevasses. Les pathologies des mains, elles, sont dues au mode de consommation du crack. Pour réaliser un « kiff » il

faut faire un filtre en fil électrique qui servira de foyer. Pour cela, il faut dénuder ce fil puis l'enrouler pour en faire une boule et l'aplatir. Ce filtre ainsi réalisé, est embouti dans un des orifices d'un doseur à pastis servant de pipe à crack. Le caillou de crack découpé au cutter est déposé sur le filtre, puis fumé en l'allumant avec un briquet en tirant la fumée par l'autre orifice du doseur. Toutes ces étapes (fabrication du filtre, découpe du caillou au cutter, allumage répété avec le briquet) sont autant d'occasion de se blesser les mains, véritables portes d'entrées aux contaminations virales et bactériennes en tout genre et aboutissant, en cas extrême, à des amputations.

Il faut ajouter à ce tableau que les consommateurs de crack sont souvent très désocialisés et le peu de cas qu'ils font de leur santé n'incombe pas à eux seuls. Si il est vrai que la consommation de crack et autre psychotropes n'aide guère à se soucier de sa douleur, le réseau de santé commun est peu ouvert aux usagers de drogues en général. De plus, soigner un petit bobo quand on vit dans la rue n'est pas chose aisée et peut vite se transformer en un grave problème de santé.



Au moment où j'ai fait ces constations sur l'état sanitaire des usagers de crack en errance (c'est-à-dire à la fin des années 90), les offres de soins proposées ne concernaient que les consommateurs d'opiacés et ne se résument qu'en cures et post-cures, répondant ainsi aux seuls problèmes de dépendance. Le crack n'ayant pas de produit de substitution, ses consommateurs étaient abandonnés à eux-mêmes. Leurs problèmes étaient considérés comme des inconvénients contingents à sa consommation, ne trouvant donc aucune

attention particulière et spécifique. En outre, les « crackers » étaient considérés comme des êtres violents et incapables de respecter un cadre, leur vie ne tournant qu'autour du produit. On pensait ne rien pouvoir construire avec eux, ni en terme d'éducation à la santé, ni en terme de réinsertion sociale ; encore moins un atelier de podologie, qui semblait aux yeux des propres protagonistes comme un luxe inaccessible.



usagers de drogues).

Pourtant, j'ai pensé que l'on pouvait et devait faire quelque chose. Ainsi sont nés les ateliers d'hygiène des pieds et des mains. Je n'ai pas voulu m'interroger sur la finalité du projet, seulement répondre aux besoins de ces personnes qui n'avaient nul part où soigner ces maux, pas même un lieu pour en parler. Les enjeux étaient très concrets, d'ailleurs les premiers ateliers réalisés l'étaient d'une manière très empirique sans un lieu reconnu à cette activité. Il a fallu de nombreuses années avant qu'un tel atelier ne soit reconnu comme une réponse possible afin de remplir la mission d'accès aux soins incombant à un CAARUD (Centre d'accueil, d'accompagnement et de réduction des risques aux

Aujourd'hui, il paraît clair à tous que l'atelier d'hygiène des pieds et mains est un espace de santé que les usagers de crack en errance peuvent investir et qui constitue un premier pas vers le soin (qu'il soit sanitaire ou social d'ailleurs). Si ces personnes se retrouvent dans cette proposition, c'est qu'elle répond à un vrai besoin. D'ailleurs, l'atelier est réalisé par une personne de confiance avec laquelle un lien a été tissé, il ne porte pas la blouse d'un médecin et n'en a pas la distante politesse qui peut mettre parfois si mal à l'aise. Car il est difficile de livrer une part de son intimité quand on sait que l'on ne s'est pas lavé depuis longtemps, que ce corps ainsi offert au regard de l'autre, est si mal traité par soi-même. Comment avouer tout cela si on n'a pas confiance ? Comment retrouver les gestes qui font du bien sans cet environnement où l'on se sent accepté tel que l'on est ? De là, l'idée qu'il puisse constituer un premier pas vers le soin, car se soucier de soigner ses pieds et ses mains quand ils sont blessés, c'est voir son corps qui souffre et reconnaître son propre besoin à la santé. C'est être aussi reconnu par l'autre dans cette démarche positive qui peut ainsi constituer un point d'appui pour sortir de l'urgence à laquelle mènent la consommation et la vie dans la rue. C'est une parenthèse destinée à s'étendre, dans une vie morcelée faite de chaos d'où l'écoulement du temps s'est absenté. C'est peut-être penser un autre avenir.

### **Des messages, de l'info sur écran à STEP**

Depuis un an nous avons installé, près du comptoir où nous distribuons le matériel, un écran relié à un ordinateur. Nous avons conçu un diaporama sur Power Point que nous pouvons modifier régulièrement en y ajoutant des annonces sur les dépistages réguliers que nous organisons avec AREMEDIA, sur la journée mondiale de lutte contre le sida le 1<sup>er</sup> décembre... Nous pouvons inclure de petites présentations sur le virus de l'hépatite C, sur la prévention de l'épidémie de grippe et sur les modalités pour se faire vacciner.

L'écran est un moyen de communiquer de manière plus efficace en direction de notre public jeune et en errance dans la rue. Cet outil de communication vient en complément des plaquettes, du journal de l'association, du site que nous sommes en train de réactualiser.

Devant la venue de plus en plus importante de personnes étrangères nous pensons traduire certaines de ces pages en russe, en arabe, en anglais ou en espagnol.

Même dans les moments de grande affluence, les personnes qui attendent leur tour peuvent s'informer, grâce à la présence de cet écran, sur les consultations médicales, juridiques ou sur les ateliers que nous proposons.

## **Partie V - Les activités collectives**

### **1. L'Assemblée Publique**

L'un des symboles de l'Association EGO est la réunion du Mercredi soir. Depuis sa création, cette réunion n'a connu aucune interruption. Elle s'inscrit dans une philosophie de démocratie participative, pilier fondateur de l'association. Chaque Mercredi à 18h, usagers, professionnels, habitants du quartier, responsables politiques, sont invités à échanger sur des sujets variés qui touchent l'Association de près ou de loin. Cette Agora est aussi source de propositions, de rencontres fortes qui font évoluer l'institution. Le Conseil de La Vie Sociale y invite, un Mercredi par mois, des personnalités politiques, des musiciens, des scientifiques.

Cet espace incarne l'accès à la citoyenneté, valeur fondamentale de l'association.

### **2. Le Conseil de la vie sociale (CVS)**

Cette instance, obligatoire depuis la loi de 2002.2 prend une place importante au sein de l'association, d'autant qu'elle existe depuis 1999 sous le nom de « Comité des Usagers ». Un président et son suppléant y sont élus démocratiquement pour une durée de trois ans et sont chargés de représenter l'ensemble des usagers.

Le Conseil de la vie sociale est un espace de participation mais aussi un contre pouvoir qui favorise l'inscription des usagers dans le projet du CAARUD. En effet, c'est dans cette instance qu'ils questionnent le fonctionnement de l'établissement et qu'ils sont sources de propositions. Le CVS est aussi le lieu où ils s'investissent pour organiser et participer à des activités culturelles. Cette instance est représentative de la singularité de l'association et s'inscrit dans une philosophie de démocratie participative où les usagers ont une place prépondérante dans le fonctionnement d'EGO. Ici, la parole de chacun est entendue à sa juste valeur.

Le conseil est animé chaque mercredi de 15h à 17h par le représentant élu des usagers et/ou son suppléant, et un animateur du Centre d'Accueil. Celui-ci a pour fonction d'accompagner le débat, et aussi d'intervenir en médiateur, entre les usagers et entre les usagers et l'association. Il s'agit, pour lui, de reformuler les attentes des usagers et de les mettre en perspective avec « les possibles » de l'association. L'assemblée publique du mercredi soir est souvent le lieu où les usagers communiquent leurs initiatives et rendent compte de leur travail.

### **3- Le 1<sup>er</sup> décembre, un temps et un espace consacrés à la lutte contre le sida**

A l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida, nous avons organisé, cette année, une semaine d'actions consacrée au VIH et aux hépatites, notamment par la présentation d'un PowerPoint réalisé conjointement par les équipes du CSAPA, STEP et le Centre d'Accueil.

Ces initiatives ont eu lieu grâce au soutien financier du GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) ainsi qu'à l'implication des bénévoles, stagiaires, salariés et usagers de drogues de l'association.

Au CAARUD Centre d'Accueil, des intervenants ont effectué des démonstrations interactives sur l'utilisation des préservatifs masculins et féminins.

Lors de cette journée un stand de prévention a été installé devant les locaux du Centre d'Accueil afin de créer une dynamique impliquant notre public et la population du quartier.

Un chamboule tout a été créé avec l'aide des usagers. Des images représentant le virus ainsi que les différents modes de contaminations étaient dessinées sur des boîtes de conserve. La boule qui permettait de les détruire était fabriquée avec des préservatifs. Chaque usager qui participait à cette activité gagnait un ruban rouge. Ce jeu a connu un fort succès.

Une quarantaine usagers sont intervenus sous la tente, ce qui a permis des échanges ludiques sur les risques de transmissions du VIH encourus lors de leurs épisodes de consommation.

Pour la soirée du 1<sup>er</sup> décembre, organisée à la Salle Saint-Bruno, une représentation théâtrale, basée sur des improvisations sur le thème du VIH jouées par usagers de drogues, a été organisée. Cette mise en scène a pu voir le jour grâce au travail mis en place tout au long de l'année par Sylvie Haggai lors des ateliers de théâtre et au soutien financier de la Mission de Prévention des Toxicomanies, de la DASES, ville de Paris.

Le C.V.S (Conseil de la Vie Sociale) avait préparé un jeu de questions/ réponses avec les usagers et les professionnels d'EGO. Chaque réponse était accompagnée d'un complément d'informations dispensé par un médecin du CSAPA.

La soirée s'est poursuivie par un concert des Bolchevicks Anonymes (groupe de musique des usagers animé par STEP), et a pris fin autour d'un grand repas convivial

#### **4- Action du 2 décembre**

L'Atelier Santé Ville du 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris (ASV 18) a, quant à lui, coordonné un rallye avec les associations. Cette journée organisée de 15h à 21h a pris la forme d'un parcours avec diverses haltes animées par les associations participantes. Ce parcours citoyen avait pour objectif de sensibiliser les habitants à la prévention du VIH-SIDA.

Notre association s'est investie sur plusieurs actions ce même jour. Tout d'abord, un stand fut installé pour la journée devant les locaux du Centre d'Accueil avec la logistique utilisée pour notre action du 1<sup>er</sup> décembre : tente, table, enceintes. Un accueillant était chargé de l'information, de la distribution de plaquettes et de préservatifs. Pendant ce temps, une autre accueillante était sur le stand de l'antenne jeune Brisson en partenariat avec l'ANPAA. Il était prévu une diffusion du DVD créé par le CRIPS intitulé : « 3000 scénarios contre le virus », suivie d'un débat avec les jeunes. Malheureusement, le succès n'a pas été au rendez-vous.

Enfin, à 19h, une soirée était organisée au Petit Ney avec l'association Arc-en-ciel, sous la forme d'un théâtre forum, sur divers scénarios autour de la thématique du SIDA.

Une évaluation de la journée réalisée par l'ASV 18 rend compte, malheureusement, d'une faible participation générale. Cependant, cette journée a permis une visibilité de nos actions avec les habitants du quartier et un bon travail de partenariat avec les diverses associations impliquées dans ce projet.

## **5- Les expositions à STEP**

Depuis plusieurs années, l'équipe propose que les murs de STEP servent de lieu d'expressions pour les artistes fréquentant le programme (dans ce cas de figure se trouvent des usagers de drogue, des habitants du quartier et autres personnes sensibilisées par l'action de STEP).

Cette initiative a pour but premier de montrer le talent des personnes vivant dans la précarité, mais aussi de faire accéder les usagers les plus isolés à la « culture des loisirs », qu'ils s'interdisent en règle générale. En plus de susciter le « plaisir des yeux », les expositions offrent un cadre chaleureux et vivant aux usagers et au personnel travaillant dans le local.

De surcroît, ces expositions, permettent à l'équipe et aux usagers de l'association de rencontrer les habitants du quartier et les partenaires qui s'approprient cet espace le temps d'un vernissage.

### **Les expositions, carrefour de la Goutte d'Or**

STEP est aussi reconnue à l'échelle locale comme un lieu où il est possible d'exposer ses œuvres, ce qui permet un brassage entre les différentes populations du quartier (habitants, usagers de drogues, commerçants, partenaires).

Certains passants, « émerveillés » par les tableaux, poussent spontanément la porte de STEP et nous questionnent ainsi sur les actions que nous menons.

Durant ces moments privilégiés, nous constatons l'investissement des usagers dans le projet. Certains d'entre eux s'approprient l'espace en présentant STEP à celles et ceux qui ne connaissent pas le PES et l'association.

Quelques habitants du quartier nous sollicitent afin de savoir quelles sont les conditions pour exposer à STEP, ce qui semble témoigner d'une évidente reconnaissance de notre projet dans le tissu social local.

## **6 - « Jingle Bells » ou un réveillon de Noël à STEP**

Nous sommes le 24 Décembre 2009, il est 17h30 et STEP ouvre ses portes pour la soirée de Noël. Une douce effervescence circule dans nos têtes dès l'arrivée des premiers usagers. Tout doit être prêt : thé, café, mais aussi foie gras toasté, boissons fraîches, tapenade sur canapé et samossas épicés. Le repas sera indien ! Curry de poulet ou curry de veau, de quoi exciter les papilles les plus timides.

Les Bolcheviks Anonymes envoient les premières notes et l'ambiance monte joyeusement. Ils nous entraîneront toute la soirée sur des rythmes effrénés ; STEP bouillonne et réchauffe tous ceux qui sont là.

Surgit alors sur la passerelle la Mère-Noël, les bras chargés de cadeaux : bonnets, gants, écharpes et livres.

La petite boutique de réduction des risques accueillera ce soir là plus de 130 usagers de drogue. Noël est généralement couvert de souvenirs, bons ou mauvais, laissant souvent une certaine amertume quand il y a précarité ou solitude.

En gardant la porte ouverte le soir de Noël, STEP redonne la possibilité à bon nombre de personnes d'avoir quelque chose de prévu pour le réveillon.

Ne pas faire comme si c'était un soir comme les autres et permettre aux usagers de faire aussi la fête.

Toute la soirée, usagers de drogue, travailleurs sociaux, habitants du quartier, musiciens, ont profité ensemble de ce moment peu commun. Noël est une fête familiale, chaleureuse, lumineuse. Des termes rares quand la majorité des usagers de drogue venant à STEP n'ont pas de logement stable, vivent à la rue et ont des relations compliquées avec leur entourage familial.

Au-delà de l'importance symbolique de cette soirée, l'ouverture de STEP le 24 décembre jusqu'à 23h30 est une action ancrée dans la continuité du travail quotidien de réduction des risques. Etre présents dans les moments importants, accueillir les personnes pour autre chose que pour la distribution de matériel, se retrouver dans un lieu de détente, d'évasion, d'écoute, et en se voulant disponibles, et cela le soir de Noël, c'est aussi cela STEP.

## **7- Une fête de fin d'année au centre d'accueil**

Chaque année, à l'occasion des fêtes de fin d'année, nous organisons une fête dans chacune des deux antennes du CAARUD. En effet, nombre d'usagers n'ont pas l'occasion de célébrer ces fêtes avec leur entourage. C'est donc l'occasion pour eux d'un retour au droit commun. Afin de ne donner aucune connotation religieuse à cet événement, la date est choisie entre le 25 décembre et le 31 décembre. Cette année, ce fut le mercredi 30 décembre pour ce qui concerne le centre d'accueil.

Pour impliquer au mieux les usagers dans l'organisation, les détails sont étudiés au sein du C.V.S (Conseil de la vie sociale) de l'association. Ainsi lors de ces réunions du mercredi après-midi, les usagers ont formulé leurs envies pour le repas, la décoration de la salle, ainsi que des idées pour les cadeaux qui seraient faits.

Le repas choisi fut donc toasts, poulets pommes de terre/haricots verts, buches pâtisseries ; chocolats et boissons sans alcool. Ce repas fut élaboré en collaboration avec l'équipe du Centre d'accueil (salariés et stagiaires), du CSAPA, et des quelques usagers venus tôt le matin pour cette occasion.

Au niveau de la décoration, l'une des demandes des usagers au C.V.S, fut d'avoir cette année un vrai sapin de Noël dans le lieu d'accueil. Celui-ci fut installé dès mi-décembre ainsi que des guirlandes au plafond et les décorations sur les fenêtres. Ce 30 décembre, la disposition des tables et chaises fut modifiée en une grande table unique au milieu ornée d'une nappe pour renforcer l'aspect convivial de la journée. Le service des plats était assuré en salle par l'équipe et les usagers bénévoles. Traditionnellement, la journée fut ponctuée par des chants, danses et musique.

La demande du CVS sur les cadeaux était une trousse de toilette garnie, mais pour une question de budget, il nous fut impossible de répondre à cette demande. C'est pourquoi, au vu des conditions climatiques, nous avons opté pour des écharpes gants et bonnets. Dans l'après-midi, nous les avons offerts à chaque usager, en fonction de ses besoins.

Enfin, nous avons installé au fond de l'accueil, un mur d'expression symbolisé par une grande banderole blanche sur laquelle les usagers ont pu tout au long de la journée s'exprimer.

## Partie VI – Le travail de réflexions collectives autour des pratiques

### 1- Le séminaire « CAJARC » 17 ET 18 septembre 2009

Chaque année, depuis 1999, l'association EGO propose à ses salariés de se réunir deux jours durant dans le cadre d'un séminaire de travail. Cette initiative, permet aux 3 équipes (STEP, Centre d'Accueil et CSST) ainsi qu'à la direction, de réfléchir collectivement à leurs pratiques professionnelles hors du cadre habituel.

Traditionnellement, un représentant des usagers ainsi qu'un membre du Conseil d'Administration y participent afin d'enrichir la réflexion par des débats parfois contradictoires. Une fois de plus les piliers fondateurs d'EGO se mettent ensemble pour rebâtir une histoire commune : des usagers, des habitants et des professionnels.

Le programme du séminaire proposé en 2009, a été basé sur plusieurs axes essentiels:

- Un premier temps fut consacré à la présentation du projet d'établissement du CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie). Dans le cadre d'une réforme, les établissements CSST sont devenus CSAPA.

L'articulation entre le CAARUD et le CSAPA s'est également retrouvée au centre des débats. Des ateliers collectifs ont été mis en place afin d'améliorer la mutualisation des moyens entre les deux services.

- Dans un deuxième temps, les échanges se sont concentrés sur une réflexion autour de l'évaluation interne du CAARUD en prenant appui sur l'expérience de l'évaluation du CSST.

- Enfin, un dernier temps a permis d'examiner des propositions collectives d'amélioration des services dans un futur proche, dans le but de reconstruire collectivement l'histoire d'EGO.

Le moment de ce séminaire est vital pour la dynamique de l'association. A la fois bilan du travail réalisé et projections sur l'avenir, il permet à chacun d'être acteur du changement et d'offrir ainsi aux usagers de meilleures prestations. Que chacun soit source de proposition et dispose de ce temps pour échanger et réfléchir est un atout précieux. Il s'inscrit une fois de plus dans cette philosophie de démocratie participative, valeur fondamentale d'EGO.

**Les 17 et 18 septembre 2009**

**Programme du séminaire interne de travail de l'association EGO**

**« Le défi posé par l'articulation et la complémentarité entre réduction des risques et soins dans le champs des addictions. »**

<b>Jeudi 17 septembre</b>	<b>Vendredi 18 septembre</b>
<p><b>9h00-9h15</b> : Ouverture du Séminaire</p> <p><i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i></p> <p><b>9h15 – 10h30</b> : Présentation et réflexions autour du projet d'établissement du CSAPA</p> <p><i>Intervenant : Léon GOMBEROFF</i></p>	<p><b>9h00 -10h30</b> : Réflexions critiques sur le développement des missions du CAARUD dans la pratique quotidienne d'EGO</p> <p><i>Intervenant : Jean – François BOWEN</i></p>
<b>10h30 -10h45</b> : Pause	<b>10h30 – 10h45</b> : Pause
<p><b>10h45 – 12h30</b> : Réactions et débat</p> <p><i>Intervenant : Ramon NEIRA</i></p>	<p><b>10h45 -12h30</b> : « A partir de cette réflexion et de l'expérience d'évaluation au CSST, comment envisager l'évaluation interne du CAARUD ? »</p> <p><i>Intervenant : Jean – François BOWEN</i></p>
<b>12h30 – 14h30</b> : Repas	<b>12h30 – 14h30</b> : Repas
<p><b>14h30 – 18h00</b> : Travail en ateliers par groupe de 6 à 8 participants sur : « Comment améliorer l'articulation et la mutualisation des moyens entre le CAARUD et le CSAPA ? »</p> <p><i>Intervenant : Ramon Neira et Jean – François BOWEN</i></p>	<p><b>14h30 – 16h30</b> : Les nouveaux défis pour EGO : « Quels sont les projets à améliorer ou à développer dans un avenir proche ? »</p> <p><i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i></p> <p><i>Observations : Cette réflexion doit intégrer Alter EGO et les actions de formation développées par l'association</i></p>
<b>16h00 – 16h15</b> : Pause	<b>16h30 – 16h45</b> : Pause
<p><b>16h15 – 18h00</b> : Restitution des ateliers et synthèse des propositions</p>	<p><b>16h45 – 17h15</b> : Synthèse et conclusion par Lia CAVALCANTI</p>
	<p><b>17h15 – 18h00</b> : Goûter convivial et retour à Paris</p>

## 2. Les différentes formations internes et externes

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 en interne comme en externe.

### a) les formations individuelles du personnel du CCARUD

<b>Responsable</b>	D.E.S.U. CARP (Conduites à risques et précarisation) Université Paris 8
<b>Animateur socio-éducatif</b>	.A.E. Educateur spécialisé (CF PES-CEMEA IDF)
<b>Animatrice</b>	V.A.E. Moniteur Educateur (IRS-Paris IDF)
<b>Animateurs</b>	
<b>Assistante juridique</b>	RdR associée aux différents modes de consommation (EGO -4 jours)
<b>Infirmier</b>	
<b>Animatrice</b>	Formation sur les addictions et conduites à risques (EGO-6 jours)

### b) Les formations collectives de l'équipe du CAARUD réalisées sur site

- Séminaire interne : « Le défi posé par l'articulation et la complémentarité entre réduction des risques et soins dans le champs des addictions. »
- Les gestes d'urgence – Association Urgences et prévention
- Prise en charge des arrêts cardiaques - Association Urgences et prévention
- Grossesses et addictions – Pr Claude Lejeune
- Les protocoles de sevrages cocaïne/crack – Dr Laurent Karila
- Le fonctionnement de la justice – M Benoît Descoubes, Magistrat
- Les substances illicites – Dr Pierre Demoor
- L'alcool : le produit et les traitements – Dr Philippe Coeuru, Psychiatre
- Le tabac : le produit et les traitements – Dr Philippe Coeuru, Psychiatre
- Les principaux médicaments psychotropes détournés de leur usage – Dr Nicolas Bonnet, Pharmacien
- Utilisation du Fibroscan (1 journée)

### c) Participation à des colloques, conférences, séminaires, journées....

- Conférence Latine de Réduction des Risques du 1<sup>er</sup> au 4 juillet 2009 (5 personnes – 4 jours)
- Les Rencontres nationales de la réduction des risques liée à l'usage de drogues (AFR) (2 personnes – 2 jours)
- Les Journées addictologie A.P.H.P. (1 personne -1 journée)

#### **d) Activités de formation et d'enseignement assurées par des membres de l'équipe CAARUD EGO**

- Cité André JACOMET
- Ecole service social CRAMIF
- Mission Départementale de Préventions des conduites à risques de la Seine Saint Denis – IREMA
- EMMAUS
- ANPAA

#### **e) Accueil des stagiaires**

- Kane HACHEMY, éducateur spécialisé
- Laure DEJEAN, éducatrice spécialisée
- Maïvenne BALEINE, éducatrice spécialisée
- Emilie BOUTTEN, travail social
- Sarah AUTIER, travail social
- Marceline BARAMBA, éducatrice spécialisée
- Maria LEON PEREZ, travail social
- Walid BEN-FATMA, éducateur spécialisé
- Mélodie RATOVO, éducatrice spécialisée
- Mme Sylvia TEDESCO – Psychologue et Pédagogue

#### **f) Les réunions publiques**

- Réunion du Collectif Inter associatif de la Goutte d'Or
- Réunion du Conseil de quartier Goutte d'Or – Château Rouge
- DRASSIF (groupes de travail de la Commission Régionale Addiction)
- DASS de Paris (Copils RdR)
- DRASSIF (Réunions relatives au plan crack pour le nord-est parisien et au schéma régional de la RdR)
- DASS de la Seine Saint Denis (réunions concernant la scène ouverte de la ville de Saint Denis)
- O.R.S (Observatoire Régional de la Santé)

#### **g) Les réunions et rencontres régulières avec les partenaires**

- Réunions autour du projet « Kit-Base »
- AREMEDIA
- Charonne – Gaia (Projet Kit Base)
- Coordination Toxicomanie
- ECIMUD Bichat

- ELP
- Fernand Widal – Espace Murger
- GAIA
- LE PEYRY

#### **h) Visites des délégations internationales ou équipes extérieures**

- CDP Blenheim Project (Londres)
- LAOS (Vice ministre de la santé) ainsi qu'une délégation de l'ambassade du LAOS en France accompagnés par le Dr Willy Rozenbaum Président du Conseil National au Sida

## VII- Tendances et situations émergentes

### 1- Un vent d'Est sur EGO

Depuis quelques années, nous soulignons la présence d'une population issue de l'Europe de l'Est au CAARUD d'EGO.

Jusqu'à présent ce public, toujours courtois envers les équipes, s'est toujours tenu à distance. La communication se résumait au seul besoin de matériel. Ce manque de communication révèle une certaine méfiance : certains d'entre eux hésitent à nous donner leurs simples initiales et dates de naissance. La plupart sont originaires de Tchétchénie, de Géorgie, d'Ukraine ou encore de Russie.

Cette année, un nouveau groupe de personnes est apparu à STEP (quinze hommes environ), des personnes plus jeunes (25-30 ans) que les personnes rencontrées au cours des dernières années et originaires de Géorgie. Ils montrent moins d'hostilité et la barrière de la langue semble poser moins de problème. Certains jeunes parlant anglais ou espagnol, le contact s'en trouve facilité. Tout de suite, nous les avons invités à venir à STEP sans craindre des représailles policières et à bénéficier de nos services dont l'offre est tout à fait légale.

A partir de ce moment nous avons réussi à tisser des liens avec ce public particulier d'abord méfiant et sur la défensive. Au fil des jours, il semble que « quelque chose » se soit réellement produit : un réel investissement de ce public au programme est constaté.

Ce groupe nous sollicite de plus en plus afin de répondre à des besoins d'orientations sociales ou d'ouvertures de droits tel que l'Aide médicale d'Etat (AME). Certains d'entre eux ont pris contact avec une conseillère juridique en vue de régulariser leur situation. D'autres participent aux actions de dépistages au sein de STEP. Une fois par mois, une équipe hospitalière (AREMEDIA) se détache de l'hôpital afin d'intervenir dans les lieux bas seuil tel que STEP et le Centre d'Accueil et d'y effectuer des tests de dépistage du VIH et hépatites.

Ce public est arrivé à EGO avec de nouveaux modes de consommation et de pratiques telle que l'injection de la méthadone sirop. Dans l'hypothèse où ce mode de consommation peut entraîner des risques sanitaires différents, l'équipe cherche à rapprocher ce groupe du système de soins. Aujourd'hui, 6 usagers issus de cette population sont suivis au C.S.A.P.A. de EGO. Cette inclusion dans un protocole de soins a été facilitée par les permanences de l'infirmier (3 jours par semaine) et du médecin (1 jour par semaine) à STEP.

Le rôle de l'infirmier a été déterminant dans cette orientation car il a permis un travail transversal entre le C.S.A.P.A. et le Programme d'échange de seringues. De plus, le contact avec un infirmier a contribué à faire reculer la méfiance à l'égard des équipes soignantes, jusqu'alors inconnues de ce public.

## **2- Articulation entre le CSST et le CAARUD - Centre d'Accueil** *(Ou du continuum du travail entre la réduction des risques et les soins)*

Au 13 rue Saint Luc, se côtoient deux services distincts : le CSST et le Centre d'Accueil du CAARUD. Cette mitoyenneté entre deux espaces, n'est pas le fruit du hasard. Elle répond clairement au projet de l'association de créer un « continuum » entre la Réduction des Risques et le soin. L'heure est venue d'analyser la plus-value mutuelle apportée par ces deux établissements.

Le soin et la réduction des risques sont deux entités complémentaires. En effet, dans un lieu d'accueil bas seuil tel le Centre d'Accueil CAARUD d'EGO, le privilège de disposer d'un pôle de professionnels, médecins, psychologues ou travailleurs sociaux à proximité permet une fluidification du travail ainsi qu'une nette amélioration de la prise en charge globale des usagers.

Cette complémentarité, nécessite une organisation précise afin que l'articulation soit la plus claire et la plus limpide possible, tant pour l'équipe que pour les usagers. Ceci, afin de préserver la singularité des deux services tout en optimisant de manière significative leur intérêt à fonctionner ensemble. Voici une liste d'exemples, non exhaustive, des avantages liés à ce travail en commun :

- De fait, le CSST et le Centre d'Accueil CAARUD ne peuvent fonctionner l'un sans l'autre, les patients du CSST traversant forcément le Centre d'Accueil pour se rendre à leur consultation. Les professionnels du Centre d'Accueil font office d'intermédiaire en prévenant les praticiens de l'arrivée de leurs patients, ou en orientant les usagers désirant des soins sans rendez-vous. Le travail éducatif des accueillants prend alors tout son sens quand il faut gérer l'attente de ceux qui ont rendez-vous, ou l'accompagnement vers le soin, parfois si difficile, d'une population en situation de grande précarité.
- Des situations d'urgences, somatiques ou psychiatriques peuvent avoir lieu au Centre d'Accueil. Plusieurs fois, au cours de l'année 2009, l'apport d'un médecin ou d'un infirmier du CSST a permis une excellente gestion de ces événements tant au niveau du relais fait auprès des services hospitaliers et des pompiers qu'au niveau de l'accompagnement vers les structures psychiatriques.
- Dans le cadre des opérations de dépistage « hors les murs » des hépatites et du VIH réalisées en collaboration avec l'association AREMEDIA tout au long de l'année, les usagers souhaitant faire le test sont alors orientés par les professionnels du Centre d'Accueil. Ces dépistages ont lieu au sein même du CSST et le premier entretien dans le Centre d'Accueil. Un médecin du CSST est chargé de leur remettre les résultats, les patients n'étant pas obligatoirement suivis au Centre de Soins mais uniquement usagers du CAARUD.

Il en est de même pour les analyses d'élasticité du foie, réalisées à l'aide du Fibroscan récemment acquis dans le cadre d'un partenariat avec les Associations Gaïa et Charonne. Tout usager désirant effectuer cet examen peut en faire la demande à un membre du Centre

d'Accueil sans avoir de suivi préalable au CSST. Le rendu des résultats par un médecin du CSST pourra alors déboucher sur une orientation ou un suivi.

La complémentarité entre le sanitaire et le social, véritable atout dans la prise en charge globale d'usagers de drogues est parfaitement symbolisée par l'interaction entre les deux services au sein de l'association EGO. Que ce soit dans le cas d'urgences somatiques, de premiers soins ou dans la demande d'entrée dans un protocole de substitution, il est indéniable que cette proximité est un « plus ». La Réduction des risques peut alors devenir une passerelle vers le Soins. Certes, ce n'est pas une finalité ou un passage obligatoire, mais la mutualisation de ces deux pôles de ressources singuliers, a optimisé la qualité de prise en charge des usagers.

### **3- Le Processus d'évaluation interne du CAARUD : récit d'un parcours en construction**

Depuis la fin du mois d'octobre 2009, le CAARUD de l'association EGO s'est engagé dans une démarche d'évaluation interne, comme l'exige l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Lors des réunions hebdomadaires des équipes des deux antennes du CAARUD, le Centre d'Accueil et STEP, une heure environ est consacrée à l'évaluation. A chaque séance, une des missions définies dans le projet d'établissement est reprise et discutée en équipe. Ces séances de travail n'ont pas été structurées autour d'un référentiel précis, afin de ne pas enfermer les débats dans un cadre déjà préétabli, et de laisser émerger toutes les pistes de questionnements possibles.

Malgré cette structure souple, le travail est resté centré autour des principaux objectifs de l'auto évaluation : description concrète des pratiques par lesquelles les objectifs sont réalisés, retour sur les choix et les raisons de cette organisation, questionnement sur la pertinence des missions et leur adéquation aux besoins des usagers, formalisation des compétences et savoir-faire mis en œuvre dans l'exercice du travail et enfin, suggestions d'améliorations. Par la suite, chaque mission a fait l'objet d'une synthèse, formalisée à partir du travail réalisé en réunion.

Ces séances ont permis de dégager des problématiques transversales aux différents objectifs, et d'établir des axes prioritaires pour l'auto-évaluation. Ces points principaux, croisés aux recommandations officielles et aux données en cours d'élaboration, serviront de base à l'élaboration d'un référentiel qui devra être utilisé dès 2010.

### **4- Une importante mortalité liée à la cocaïne**

Fait nouveau observé en 2009 : une importante mortalité liée à la consommation de cocaïne. Cette mortalité touche particulièrement les femmes (7 sur 10). Ce qui confirme la plus grande vulnérabilité des femmes usagères de drogues. Ces disparitions précoces sont des moments particulièrement éprouvants tant pour les usagers que pour les équipes. Le témoignage que nous publions ci-dessous vient le confirmer.

## L'ADIEU A SAMIRA

*L'annonce du décès de Samira a été éprouvante. Pour les usagers comme pour les membres de l'équipe.*

*Nous nous sommes informés auprès de l'Eglise où se tenait la cérémonie pour savoir si notre présence dérangerait. Il nous a été répondu qu'aucune demande particulière n'avait été émise par les organisateurs des obsèques.*

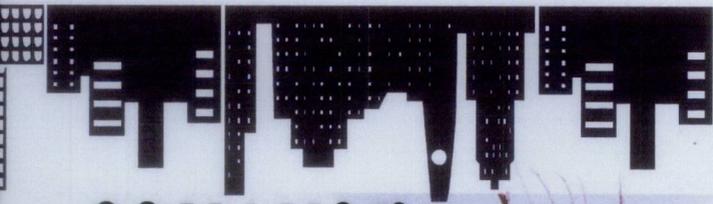
*Nous avons donc pris rendez-vous avec les usagers à STEP afin de nous rendre ensemble à la cérémonie en véhicule. Il y alors cinq usagers et quatre accueillants.*

*A l'église nous croisons de nombreux visages familiers (usagers, professionnels de la Réductions des Risques). Des usagers nous questionnent : « Ou est son corps ? Peut-on la voir une dernière fois ? Peut-on touché le cercueil ? » Etc.... Leila reste à nos côtés, elle semble très éprouvée par cette perte, tout comme Raphaël qui se tient plutôt à l'écart. La tristesse se lit sur leurs visages.*

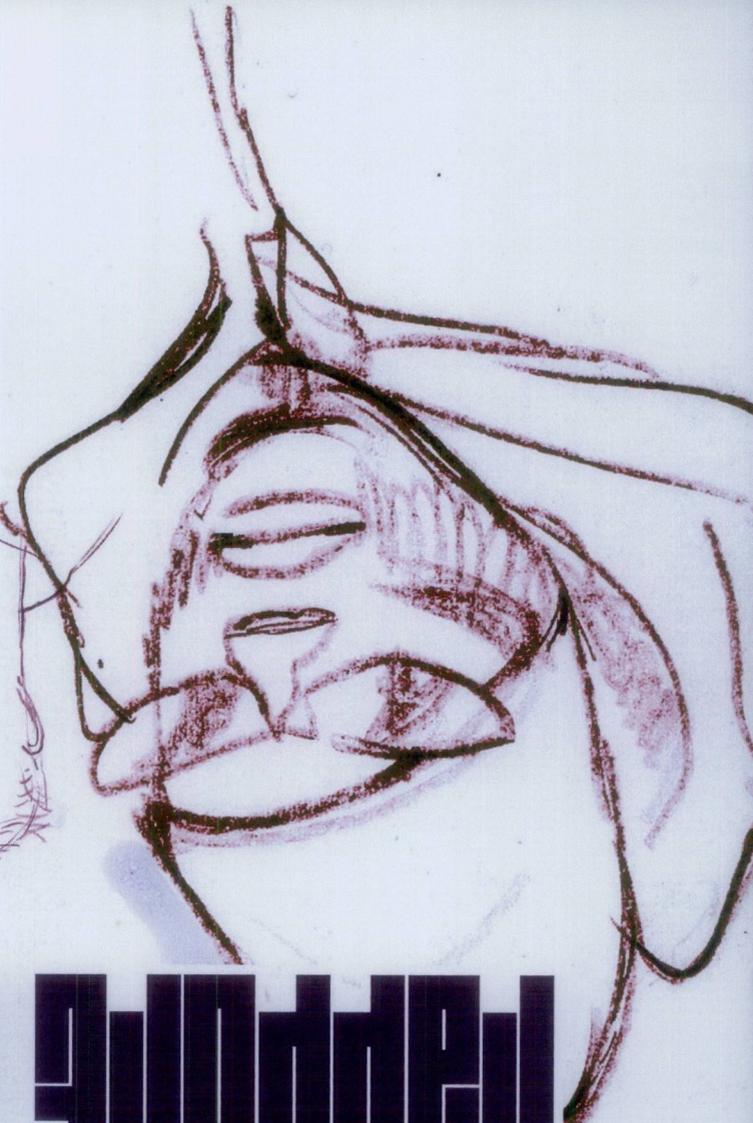
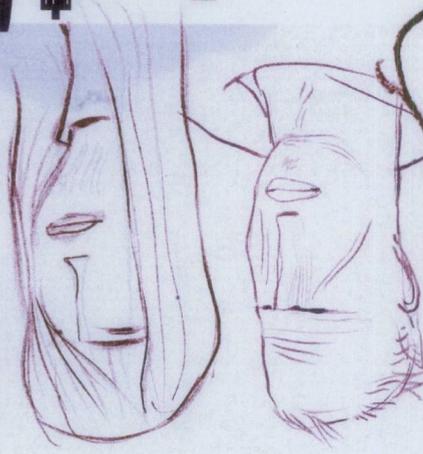
*La cérémonie est très émouvante. Le conjoint de Samira fait un discours qui évoque Samira et nous croyons la voir, telle qu'elle était.*

*Le fils de Samira âgé d'environ 1 an est présent avec sa famille d'accueil. Les usagers manifestent beaucoup de tendresse à son endroit. Nous nous rendons ensuite au cimetière où nous saluons les nombreux usagers venus accompagner Samira à sa dernière demeure.*

*Sur le chemin du retour, l'ambiance s'étant apaisée, les sourires et les plaisanteries ont repris leurs droits. Comme pour conjurer la tristesse et le malheur.*

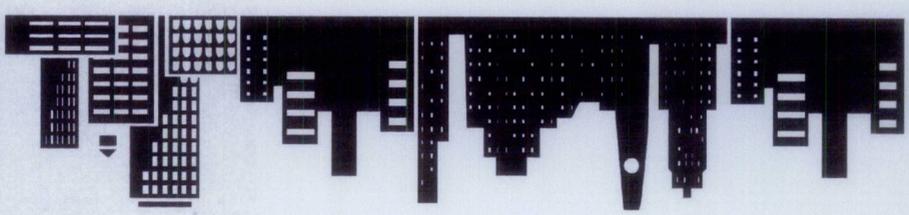
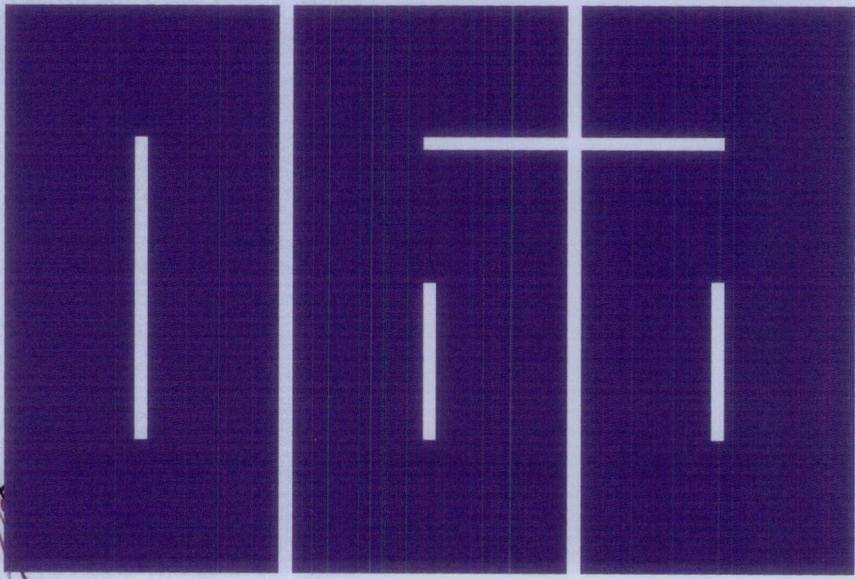


**Autres,  
activités**



**ESPOIR GOUTTE P'OR**

**ESPOIR GOUTTE P'OR**





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

## 1- « Alter – Ego, le journal » : de l'info et du lien social

Alter Ego, le journal, s'adresse autant à un public de professionnels travaillant dans le champ des addictions, qu'au « grand public », constitué par des citoyens intéressés par les questions liées aux drogues.

Son lectorat est ainsi constitué au niveau local par les habitants du quartier de la Goutte d'Or et au niveau national et international par des professionnels de toutes sortes intéressés ou travaillant dans les champs des addictions. Ce travail est possible grâce au soutien de la **Région (Mission Démocratie Régionale et jeunesse) et la Mairie de Paris (DASES, Mission Prévention des Toxicomanies)**

Trois préoccupations centrales ont orienté le travail développé en 2009, à savoir :

- la question des addictions,
- la volonté d'impliquer les habitants comme auteurs d'Alter ego,
- et le désir de maintenir la dynamique d'implication des usagers de drogues dans l'élaboration de la revue



*Voici l'essentiel des contenus traités dans les numéros parus pendant cette année*

### **N° 61 : Femmes et Addictions**

Large sujet dont les ambitions dépassent le contenu de notre journal ! Nous nous sommes attaché à présenter des associations uniquement ouvertes aux femmes : « Espace Femme » de l'association Charonne et la « Boutik » de l'association « Réduire les risques ». Nous avons aussi interrogé le Professeur Lejeune sur le travail développé par son équipe de l'Hôpital Louis Mourier pour accompagner les femmes usagères de drogues pendant leur grossesse. La mise en place, par cette équipe, d'un accueil spécifique et d'accompagnement à la substitution a permis de renforcer le lien entre la mère et l'enfant. Ce numéro aborde aussi les conséquences de la consommation de produits psychoactifs sur la santé des mères ainsi que sur celle des enfants à naître. Enfin, ce dossier se clôt sur un article relatif au projet européen « Démocratie, Villes et Drogues », dans son volet consacré à la question des femmes usagères.

Un hommage à l'éminent Professeur Claude Olivenstein, récemment disparu, a été l'occasion d'éclairer un pan important de l'histoire de la réduction des risques en France.

En ce qui concerne le quartier de la Goutte d'Or, nous avons rencontré Bernard Taglang, une figure du quartier de la Goutte d'Or, militant associatif largement investi dans l'amélioration de la qualité de vie des habitants du quartier, qui a accepté de nous parler de son vécu à la Goutte d'Or.

Et c'est avec une grande tristesse que nous avons rendu hommage à Dominique Tardivel, qui fût président de notre association pendant plus de vingt ans et qui nous a quittés en ce printemps 2009.

### **N°62 : Politiques et usages de drogues**

Nous avons choisi de consacrer ce numéro 62 à la question des politiques publiques en matière de drogues ; plusieurs modèles de législation y sont présentés.

A propos de la récente « votation » suisse, une correspondante helvète nous parle de cette politique dite « des quatre piliers » (prévention, thérapie, réduction des risques, répression) qui, grâce à l'investissement politique des professionnels, a été encore une fois approuvée par la population.

Au niveau européen, nous nous sommes intéressés au « Forum européen de la société civile en matière de drogues » mis en place en 2007 par la commission européenne afin d'harmoniser et coordonner les politiques nationales dans ce domaine. Cette instance réunit des associations de toute l'Europe qui a pour objectif d'élaborer et d'évaluer stratégies et plans d'actions européens. De fait, le dialogue entre acteurs de différents milieux est essentiel pour faire avancer la question des drogues au niveau politique. Ce sont les partenariats établis entre différents intervenants (usagers, structures de prévention, représentants des forces de l'ordre ou de la société civile) qui favorisent l'émergence de solutions. Le projet français « Fêtez Clairs » pour les espaces festifs est, de ce point de vue, un exemple de partenariat réussi.

Nous rendons compte d'un article paru dans « Courrier International » du mois d'avril/mai 2009 intitulé « Prohibition : le début de la fin ? ». Dans un dossier bien documenté, ce texte constate l'échec de la répression dans la lutte contre le trafic de drogue dans le monde.

Nous continuons à nous intéresser à des dispositifs spécifiques aux femmes usagères : la maternité de « Cochin-Port Royal/Saint Vincent de Paul » et l'association « Horizons » qui accueille des parents usagers avec leurs enfants.

A la Goutte d'Or, nous saluons l'action de « l'Arbre Bleu », lieu de rencontre entre parents et enfants de moins de quatre ans, professionnels et psychologues spécialistes de la petite enfance.

Un habitant du quartier nous fait part de sa honte d'être satisfait de ne plus être importuné par

tant de commerces illicites quand il sait que rien n'est réglé mais qu'ils ont simplement été repoussés ailleurs.

### **N 63 : Spécial numéro spécial sur la Conférence Latine de Réduction des Risques (CLAT 5) 2009**

Ce numéro présente les moments forts de la cinquième édition de la Conférence Latine de Réduction des Risques (RdR).

Nous reprenons l'essentiel de quelques exposés : celui de Jean-Luc. Romero, président fondateur d'ELCS (Elus Locaux Contre le Sida), intitulé « Droits de l'homme et Réduction des Risques », dans lequel il défend les droits fondamentaux des usagers de drogues ; celui d'Élisabeth Avril, médecin généraliste français à la tête de l'association GAIA, qui analyse avec rigueur et pertinence la situation des personnes usagères de drogues cumulant les problématiques de pauvreté et d'exclusion ; l'intervention critiquée de Loïc Wacquant sur le rôle de l'État dans les politiques de RdR.

Nous parlons d'actions de prévention innovantes : Atelier d'information de l'injection à moindre risques, Actions de prévention en milieu festif.

Avec la transcription du « Manifeste de dix juges internationaux pour un changement du cadre légal », nous évoquons le moment le plus émouvant de cette conférence.

Nous présentons deux sujets auxquels notre association est particulièrement attentive : la santé bucco-dentaire des usagers et la prévention de la rechute, phénomène récurrent dans le traitement des addictions.

Nous terminons, en beauté, sur le projet artistique et photographique d'une habitante du quartier, Hortense Soichet, sur les intérieurs d'appartements de la Goutte d'Or.

### **N 64 : Les habitants auteurs d'Alter Ego**

Ce numéro et les trois suivants ont pour thématique « Les habitants, auteurs d'Alter Ego »

Simone Viguié, habitante du quartier depuis les années soixante, militante de la première heure de la cause des « premiers » sans papiers, nous raconte l'histoire de la création des « Enfants de la Goutte d'Or » et, en filigrane, celle d'autres luttes locales pour la citoyenneté et l'égalité des droits.

Pour évoquer de nouveaux acteurs qui agissent au jour le jour dans le quartier, Fabienne Cossin nous parle des professionnels investis dans l'Observatoire de la Vie Locale.

Nous faisons le portrait d'une habitante active la Goutte d'Or, Shein B. qui combat, la rime Slam au poing, contre la méfiance des uns envers les autres. Chacune à sa façon, bien différente, Séverine Bourguignon et Yvonne nous disent ce qui les attache à ce quartier. Et nous ne manquons pas de citer la mobilisation du quartier autour du 1<sup>er</sup> décembre.

La chronique d'un habitant publie une réflexion sur « la Goutte d'Or quartier Monde » et nous présente « Trompe la Mort » un essai qui parle de la rencontre entre EGO et un français du quartier

En matière de Réduction des Risques, Nicolas Bonnet, directeur scientifique du Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des addictions (RESPADD), nous parle des liens ambigus entre médicaments et drogues ; et nous publions la lettre que Jean-Luc Roméro a adressée à Etienne Apaïre, président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)

### **Participation à Alter Ego**

Cette année, nous avons compté sur la participation de certains bénévoles, particulièrement actifs et sans lesquels la revue ne serait pas ce qu'elle est. Ils ont régulièrement produit des

articles et se sont intéressés à toutes les étapes de la fabrication de la revue.

Les usagers, et tout particulièrement le président du Conseil de la Vie Sociale, se sont beaucoup investis. Ils tiennent une rubrique régulièrement alimentée et construite par le quotidien des usagers de drogues fréquentant l'association EGO.

Enfin, cette année, la revue s'est considérablement enrichie grâce à l'apport des nouveaux auteurs qui ont contribué à la richesse des réflexions et ont amélioré sa qualité.

### **Les lecteurs**

Le lectorat d'Alter Ego le Journal est très varié. Il est composé de professionnels de la réduction des risques intervenant dans le champ médico-social, en France et dans le monde, d'autres professionnels d'associations qui interviennent dans différents champs de l'action sociale, de personnalités politiques, et de membres de la société civile que notre revue intéresse. L'abondant courrier qui nous est adressé par ces différents profils de notre lectorat en est la preuve.

### **La distribution**

Le fait que les salariés d'EGO se chargent de la distribution de la revue à l'échelle locale, permet de faire connaître l'association, de créer des échanges et de renforcer notre implantation dans la vie sociale du quartier.

## **2. Formation sur la Réduction des Risques associés aux principaux modes de consommation**

Mise en place en 2008 à titre expérimental, cette formation a été portée à quatre jours en 2009, sur la base du travail d'évaluation critique réalisé par les stagiaires de la première année.

Cette action, qui a vu le jour grâce au **soutien financier du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)**, a pour objectif d'apporter un éclairage théorique et de soutenir dans leur pratique les intervenants en Réduction des Risques travaillant dans la région d'Ile de France. Pour un travail autour de l'éducation à l'injection, nous avons utilisé un bras et une main de ponction veineuse Un travail sur la voie nasale (le snif) a permis de réaliser le mode d'emploi pour un kit. Des films anglais de réduction des risques ont été projetés pour le volet correspondant à la voie fumable.

Dix sept professionnels ont participé à cette formation, quatorze d'entre eux se sont déclarés particulièrement satisfaits de l'expérience. Leur profil professionnel se décline ainsi :

Animateur	Infirmier	Educateur Spécialisé	Moniteur éducateur	Accueillant	Médiateur	Chargé de Mission MILDT	Juriste
2	1	6	1	2	3	1	1

**Leurs attentes** étaient : « délivrer des messages de prévention adaptés », « enrichir mes connaissances pour nourrir ma pratique », « perfectionner mes connaissances, apprendre et échanger », « être plus à même d'exercer en réduction des risques », « être mieux outillé sur le terrain », « découvrir, développer mes connaissances sur les produits », « chercher des réponses face à l'injection et les différents produits par les usagers de drogues », « découvrir, apprendre, connaître, se nourrir », « meilleure connaissance des outils et des produits », « des outils pratiques pour intervenir en toxicomanie, tour d'horizon sur la RDR en 2009, mieux connaître les modes de consommation pour mieux intervenir auprès des UD

L'expression adoptée par la majorité des stagiaires présents, pour signifier leur engagement dans la formation, a été « travaillons ensemble ».

**Les points forts** de la formation ont été : la synthèse, l'injection, les modules, le travail en atelier, la qualité des intervenants, la bonne articulation théorie/pratique, le partage de l'expérience, la prise de conscience des risques, les bras, les outils, les intervenants, la densité des infos, la réflexion collective faite dans les ateliers et les intervenants Nicolas Bonnet et Pascal Perez, l'injection et les principaux produits, la complémentarité des intervenants et la pédagogie de la transmission des savoirs, les échanges et rencontres avec d'autres partenaires, la très grande compétence et connaissances des intervenants, la manipulation du bras, les intervenants, leur dynamisme, leur envie de partager, leur disponibilité ... on se sent à l'aise, beaucoup d'informations directement utiles à notre pratique professionnelle

Un questionnaire d'évaluation a été spécifiquement construit et utilisé en fin de formation. Au-delà de l'identification des stagiaires et du recueil de leurs attentes, cette évaluation comportait trois principaux aspects : le fond, la forme et l'intérêt pour la pratique.

Lundi 21/09/09	Mardi 22/09/09
9h30 – 10h00	9h30 – 10h45
Présentation des participants et recueil des attentes des stagiaires	Intervenant : Docteur Pierre DEMOOR Médecin Généraliste au Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Bichat « Les risques associés aux consommations par voie nasale (sniff) »
10h00 – 11h15	10h45 – 11h00
Intervenant : Nicolas BONNET Pharmacien de santé Publique, intervenant dans l'équipe Addictologie à l'Hôpital de la Pitié - Salpêtrière « Risques associés aux consommations par voie injectable : éclairage théorique »	Pause
11h15 – 11h30	11h00 – 12h30
Pause	Suite de l'intervention et échanges avec/entre stagiaires
11h30 – 12h30	12h30 – 14H00
Suite de l'intervention et échanges avec/entre stagiaires	Repas
12h30 – 14H00	14h00 – 15h30
Repas	Ateliers par petits groupes Consigne : comment élaborer un mode d'emploi à insérer dans un kit de prévention pour usages de drogues par voie nasale
14h00 – 15h15	15h30 – 15h45
Intervenant : Pascal PEREZ Membre de l'équipe CAARUD Sid - a-Paroles et intervenant Médecins du Monde en milieu festif - 06.60.83.75.63 « Risques associés aux consommations par voie injectable : éclairage pratique »	Pause
15h15 – 15h30	15h45 – 16h30
Pause	Restitution du groupe
15h30 – 16h30	16h30 – 17h00
Suite de l'intervention et échanges avec/entre stagiaires	Evaluation du module
16h30 – 17h00	
Evaluation de la journée	

Lundi 28/09/09	Mardi 29/09/09
9h30 – 11h00	9h30 – 11h00
Intervenant : Bertrand LEBEAU Médecin Généraliste et Praticien Hospitalier à l'Hôpital St Antoine et Paul Brousse « Les risques associés à la consommation par voie fumable »	Intervenant : Docteur Pierre DEMOOR Médecin Généraliste au Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Bichat « Les principaux produits consommés par les usagers de drogues et leurs effets »
11h15 – 11h30	11h00 – 11h15
Pause	Pause
11h15 – 12h30	11h00 – 12h30
Suite de l'intervention et échanges avec/entre stagiaires	Suite de l'intervention et échanges avec/entre stagiaires
12h30 – 14H00	12h30 – 14H 00
Repas	Repas
14h00 – 15h30	14h00 – 15h30
Présentation d'un film et de prototypes d'outils de RdR pour consommateurs par voie fumable Intervenant : Alberto TORRES	Evaluation finale de la formation au travers d'un questionnaire
15h30 – 15h45	15h30 – 15h45
Pause	Pause
15h45 – 16h30	15h45 – 17h00
Discussion et débat	Suite et fin
16h30 – 17h00	
Evaluation de la journée	

### **3. Formation « Addictions et conduites à risques chez les jeunes : mieux comprendre pour agir »**

Les 9 et 10 février – 9 et 10 mars – 6 et 7 avril 2009

#### **Description de l'action**

Cette formation, réalisée grâce au soutien financier de la Ville de Paris (Mission de Prévention des Toxicomanies – D.A.S.E.S.) comporte 3 modules de 2 jours chacun : 2 modules sont prédéfinis ; 1 module libre est construit avec les stagiaires en fonction de leurs demandes et de leurs besoins (cf. programme en annexe). Des stages pratiques courts sont proposés en intercession, tandis que des stages longs sont proposés en fin de formation. Cette offre est très appréciée par les stagiaires dont 90 % en 2009 l'ont évalué comme « très pertinente ».

#### **Objectifs**

- Objectif général : Promouvoir la prévention des conduites à risques chez les jeunes, par la formation des professionnels sociatifs en contact quotidien avec ce public.
- Objectifs spécifiques : \* Développer des stratégies d'information et d'orientation spécifiques en direction des jeunes consommateurs de cannabis. \* Travailler, par des exercices pratiques, des formes d'écoutes spécifiques, avec les parents des jeunes consommateurs de cannabis. \* Mettre en place un espace de rencontres et d'échanges entre acteurs de terrain en contact avec un public de jeunes aux conduites à risques. \* Contribuer à la mise en réseau des professionnels sociatifs impliqués dans le champ des conduites à risques visant l'amélioration de la prévention.

Résultats attendus : Contribuer au changement des représentations et des pratiques en matière d'addictions et des conduites à risques. Il s'agit de potentialiser les moyens d'intervention et le rôle de relais de chaque participant.

#### **Les indicateurs**

Les indicateurs retenus pour l'évaluation (réalisée sous forme écrite et orale) de cette formation ont été classés en quatre grandes catégories : la forme, l'intérêt pour la pratique. Le degré de satisfaction générale, pour l'ensemble du processus, a également été évalué. Sur 14 stagiaires, 9 ont évalués l'ensemble de l'action comme très satisfaisante et 5 comme satisfaisante, ce qui donne à ce parcours un haut niveau de « satisfecit ».

#### **Le profil professionnel des stagiaires**

Travailleuse sociale	Infirmier	Educateur Spécialisé	Secrétaire Administrative	Militant Associatif	Médiatrice socio-éducative	Animateur
1	1	5	2	1	1	3

## Stages

Sur 14 stagiaires, 7 ont bénéficiés des stages courts et 3 ont pu réalisés des stages longs. Cette opportunité améliore, sans doute, les compétences et les capacités d'interventions du public bénéficiaire.

PRÉVENTION DES ADDICTIONS ET CONDUITES A RISQUES CHEZ LES JEUNES <i>Mieux comprendre pour agir</i> Premier module	
Lundi 9 février 2009	Mardi 10 février 2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9h30 – 10h00</b> Accueil des stagiaires et recueil des attentes</li> <li>• <b>10h00 – 11h00</b> La construction sociale des toxicomanies : brève histoire des drogues : de l'abstinence à la réduction des risques <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI, psychosociologue</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9h30 – 9h45</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>9h45 – 11h00</b> Pathologies et usage de drogues <i>Intervenant : Dr Pierre DEMOOR, médecin attaché au service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat</i></li> </ul>
<b>11h00 – 11h15 : Pause</b>	<b>11h00 – 11h15 : Pause</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>11h15 – 12h30</b> Brève histoire des drogues (suite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>11h15 – 12h30</b> Pathologies mentales et usage de drogues (suite)</li> </ul>
<b>12h30 – 14h00 : Repas</b>	<b>12h30 – 14h00 : Repas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>14h00 – 15h30</b> : Addictions et conduites à risques chez les jeunes <i>Intervenant : Ramon NEIRA, psychologue clinicien</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>14h00 – 14h15</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>14h15 – 15h30</b> : Atelier en petits groupes : « <i>Quels liens entre toxicomanie, addictions et conduites à risque ?</i> »</li> </ul>
<b>15h30 – 15h45 : Pause</b>	<b>15h30 – 15h45 : Pause</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15h45 – 16h45</b> Addictions et conduites à risques chez les jeunes (suite)</li> <li>• <b>16h45 – 17h00</b> Proposition de la grille de présentation des stagiaires et structures présents à la formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15h45 – 16h45</b> Restitution en grand groupe du travail d'atelier <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i></li> <li>• <b>16h45 – 17h00</b> Evaluation du 1<sup>er</sup> module et proposition de stage à EGO</li> </ul>

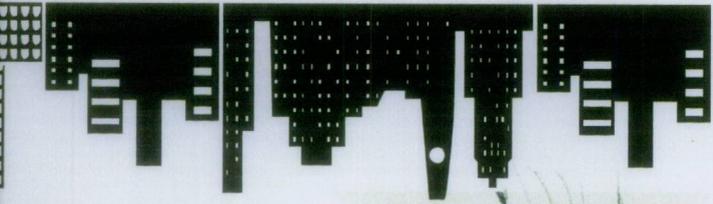
**PRÉVENTION DES ADDICTIONS ET CONDUITES  
A RISQUES CHEZ LES JEUNES**  
*Mieux comprendre pour agir*  
**Deuxième module**

Lundi 9 mars 2009	Mardi 10 mars 2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9h30 – 9h45</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>9h45 – 11h00</b> Comment prévenir les addictions et les conduites à risques chez les jeunes ? Repères théoriques et outils pratiques <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i></li> </ul> <p align="center"><b>11h00 – 11h15 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>11h15 – 12h00</b> Comment prévenir les... (suite)</li> <li>• <b>12h00 – 12h30</b> Cassette illustrant une démarche de prévention centrée sur l'estime de soi</li> </ul> <p align="center"><b>12h30 – 14h00 : Repas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>14h00 – 14h15</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>14h15 – 15h30</b> Atelier en petits groupes : « <i>Elaboration d'une action de prévention en intégrant les apports des précédentes interventions</i> »</li> </ul> <p align="center"><b>15h30 – 15h45 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15h45 – 16h30</b> Restitution en grand groupe du travail d'atelier <i>Intervenant : Lia CAVALCANTI</i></li> <li>• <b>16h30 – 17h00</b> Préparation des thématiques du 3<sup>ème</sup> module</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9h30 – 9h45</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>9h45 – 11h00</b> Les enjeux de santé publique liés aux addictions <i>Intervenant : Dr Pierre DEMOOR</i></li> </ul> <p align="center"><b>11h00 – 11h15 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>11h15 – 12h30</b> Les enjeux de... (suite)</li> </ul> <p align="center"><b>12h30 – 14h00 : Repas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>14h00 – 14h15</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>14h15 – 15h15</b> Les principaux produits psycho-actifs et leurs effets <i>Intervenant : Jean-Marc PRIEZ, Vice-Président de l'A.F.R. (Association Française de Réduction des Risques)</i></li> </ul> <p align="center"><b>15h30 – 15h45 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15h45 – 16h30</b> Les principaux produits... (suite)</li> <li>▪ <b>16h30 – 17h00</b> Evaluation du 2<sup>ème</sup> module et proposition de stage à EGO</li> </ul>

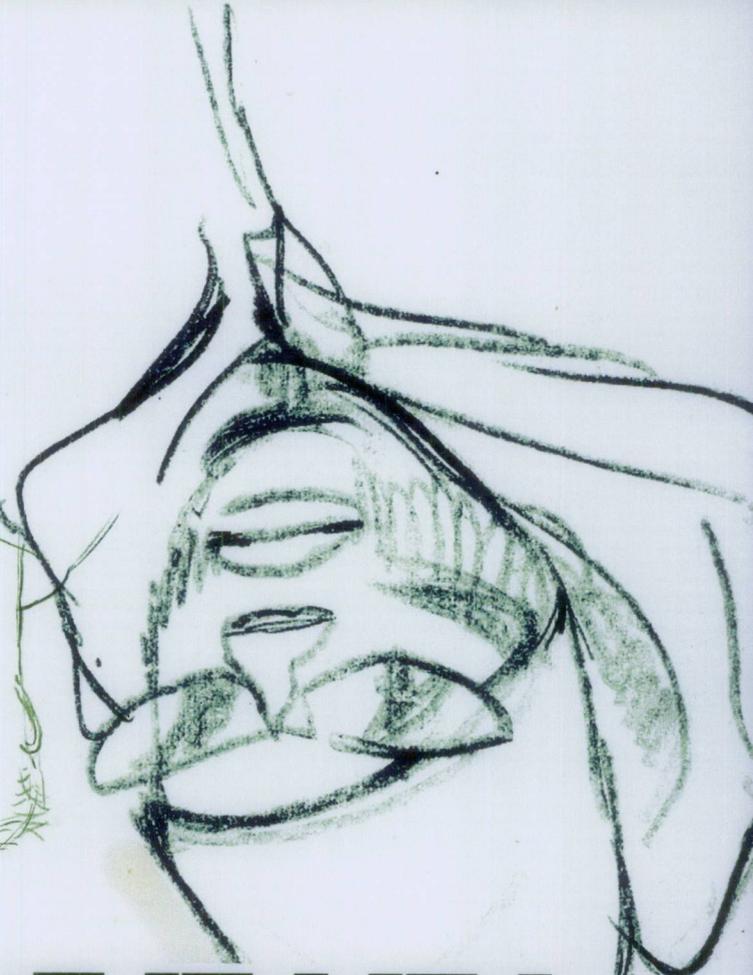
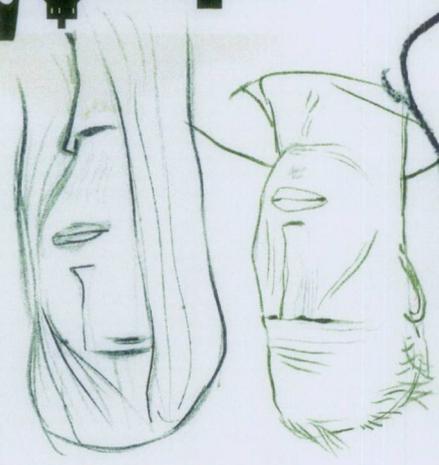
**PRÉVENTION DES ADDICTIONS  
ET CONDUITES A RISQUES CHEZ LES JEUNES**  
*Mieux comprendre pour agir*  
**Troisième module**

Lundi 6 avril 2009	Mardi 7 avril 2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9h30 – 10h00</b> Retour sur les deux premiers modules</li> <li>• <b>10h00 – 11h00</b> Pourquoi se drogue-t-on ? <i>Intervenant : à déterminer</i></li> </ul> <p align="center"><b>11h00 – 11h15 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>11h15 – 12h30</b> Suite Pourquoi se drogue-t-on ?</li> </ul> <p align="center"><b>12h30 – 14h00 : Repas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>14h00 – 14h15</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>14h15 – 15h30</b> Atelier : comment intégrer la notion de plaisir dans nos pratiques</li> </ul> <p align="center"><b>15h30 – 15h45 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15h45 – 17h00</b> Suite : Atelier : comment intégrer la notion de plaisir dans nos pratiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>9h30 – 9h45</b> Présentation de quatre participants (3 minutes chacun)</li> <li>• <b>9h45 – 11h00</b> Le dispositif français de prévention, de réduction des risques et de soins dans le domaine des addictions : historique et principales caractéristiques <i>Intervenant : à déterminer</i></li> </ul> <p align="center"><b>11h00 – 11h15 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>11h15 – 12h30</b> Le dispositif français de prévention, de réduction des risques et de soins dans le domaine des addictions : historique et principales caractéristiques</li> </ul> <p align="center"><b>12h30 – 14h00 : Repas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>14h00 – 15h30</b> Evaluation de l'ensemble de la formation</li> </ul> <p align="center"><b>15h30 – 15h45 : Pause</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15h45 – 17h00</b> 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></li> </ul>



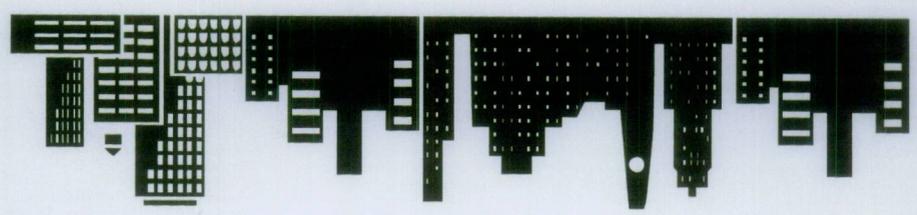
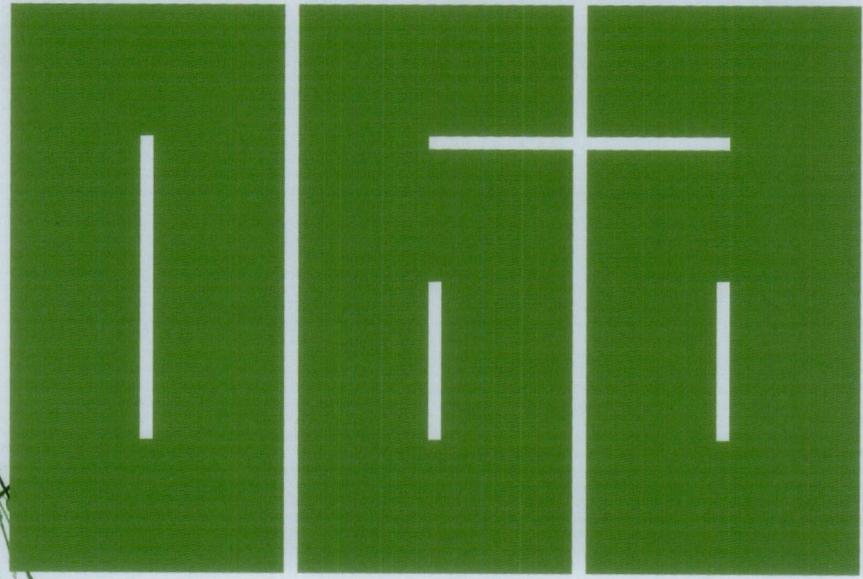


CSST



ESPOIR GOUTTE P'OR

ESPOIR GOUTTE P'OR





# MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

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

Département

PARIS

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AMBULATOIRES<sup>1 2</sup>

ANNEE 2009

## I LA STRUCTURE

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 ego@ego.asso.fr

### 2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom : ASSOCIATION ESPOIR GOUTTE D'OR

Numéro Finess : 75 083 220 6

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

<sup>1</sup>Ce 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)

<sup>2</sup>Un 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="checkbox"/> Non	Avec appartements thérapeut. Relais <sup>3</sup>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non	Avec réseau de familles d'accueil <sup>3</sup>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non	Avec hébergement d'urgence et de transition <sup>3</sup>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Non	Avec nuits d'hôtel <sup>3</sup>	<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) :

- Non Alcool
- Non Tabac
- Oui Substances illicites
- Oui Médicaments détournés de leur usage thérapeutique
- Non 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  Oui

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

Oui/Non  Non

<sup>3</sup> 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 <sup>4</sup> 397

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

9. Nombre de patients vus au moins une fois <sup>5</sup> 389

dont nombre de patients vus une seule fois 123

dont nombre de nouveaux patients 229

-----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 <sup>6</sup> ; pour les nouveaux patients ou les patients revus après interruption du suivi <sup>7</sup>, prendre en compte la situation lors de la (re)prise de contact <sup>8</sup>. 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	308	79,2
Nombre de femmes	81	20,8
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	
Total (hors Ne sait pas)	389	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	4	1,0
dont moins de 18 ans	1	0,3
entre 20 et 24 ans	13	3,3
entre 25 et 29 ans	30	7,7
entre 30 et 39 ans	143	36,8
entre 40 et 49 ans	141	36,2
entre 50 et 59 ans	48	12,3
60 ans et plus	10	2,6
ne sait pas (ou non renseigné)	0	
Total (Hors ne sait pas)	389	100,0

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

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

<sup>5</sup> 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).

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

<sup>7</sup> 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)

<sup>8</sup> 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	300	83,1
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)	56	15,5
Nombre de patients en provenance d'autres rég.	5	1,4
Ne sait pas (ou non renseigné)	28	
Total (hors Ne sait pas)	361	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	107	31,0
Provisoire (ou précaire)	79	22,9
SDF	159	46,1
Ne sait pas (ou non renseigné)	44	
Total (hors Ne sait pas)	345	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.)	30	9,1
Assedic	14	4,2
RMI/RSA	107	32,4
AAH	34	10,3
Autres prestations sociales	3	0,9
Ressources provenant d'un tiers	7	2,1
Autres ressources (y compris sans revenus)	135	40,9
Ne sait pas (ou non renseigné)	59	
Total (hors Ne sait pas)	330	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

### 15. Origine de la demande de consultation

%

Initiative du patient ou des proches	165	48,1
Médecin de ville	1	0,3
Autre struct spécialisée ( CCAA / CSST / Autre)	146	42,6
Equipe de liaison addictologie	1	0,3
Autre hôpital / autre sanitaire	2	0,6
Institutions et services sociaux	4	1,2
Justice, obligations de soins	3	0,9
Justice, injonction thérapeutique	18	5,2
Justice, classement avec orientation	0	0,0
Autres mesures administratives ou judiciaires	2	0,6
Milieu scolaire/universitaire	0	0,0
Autre	1	0,3
Ne sait pas (ou non renseigné)	46	
<b>Total (hors Ne sait pas)</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

### 16. Répartition des patients suivant les produits/addictions les plus dommageables<sup>9</sup> 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	29	8,0
Tabac	2	0,6
Cannabis	6	1,7
Opiacés (hors substitution détournée)	42	11,6
Cocaïne et crack	213	58,7
Amphétamines, ecstasy, ...	0	0,0
Médicaments psychotropes détournés	11	3,0
Traitement de substitution détournés	59	16,3
Addictions sans substances	1	0,3
Autres	0	0,0
<b>Total produits 1</b>	<b>363</b>	<b>100,0</b>
Non renseigné	26	
<b>Total (=100% de la file active)</b>	<b>389</b>	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

<sup>9</sup> 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	21	8,2
Tabac	7	2,7
Cannabis	34	13,3
Opiacés (hors substitution détournée )	44	17,2
Cocaïne et crack	43	16,8
Amphétamines, ecstasy, ...	0	0,0
Médicaments psychotropes détournés	40	15,6
Traitement de substitution détournés	64	25,0
Addictions sans substances	2	0,8
Autres	1	0,4
Total produits 2	256	100,0
Pas de deuxième produit consommé	10	
Non renseigné	123	
Total (=100% de la file active)	389	

Nombre et % de patients sans réponse 0 0,0

	Produit N°3	%
Alcool	25	9,8
Tabac	12	4,7
Cannabis	25	9,8
Opiacés (hors substitution détournée )	7	2,7
Cocaïne et crack	14	5,5
Amphétamines, ecstasy, ...	2	0,8
Médicaments psychotropes détournés	21	8,2
Traitement de substitution détournés	10	3,9
Addictions sans substances	1	0,4
Autres	1	0,4
Total produits 3	118	100,0
Pas de troisième produit consommé	11	
Non renseigné	260	
Total (=100% de la file active)	389	

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	9	2,7
en usage	25	7,4
en usage nocif <sup>10</sup>	37	10,9
en dépendance <sup>10</sup>	268	79,1
ne sait pas	48	
Total (hors Ne sait pas)	339	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	63	22,8
utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	73	26,4
jamais utilisé la voie intraveineuse	140	50,7
Ne sait pas (ou non renseigné)	113	
Total (hors Ne sait pas)	276	100,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

<sup>10</sup> 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	4
Dont nombre de décès par surdose aux opiacés	2

### III. LES ACTES

#### 19. Nombre d'actes (consultations) avec les patients <sup>11</sup>

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	890	237
Psychiatres	228	97
Infirmiers	3354	195
Psychologues	817	212
Assistants sociaux	897	158
Educateurs spécialisés et animateurs	355	76
Autres :		
Précisez:		

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

#### 20. Activités de groupe thérapeutique <sup>13</sup>

Nombre de groupes se réunissant régulièrement sur une thématique spécifique

Nombre de réunions pour l'ensemble des groupes

Nombre total de patients concernés

#### 21. Sevrages

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

dont sevrage en ambulatoire assuré par le centre

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

dont sevrage avec hospitalisation suivi par le centre

<sup>11</sup> 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

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

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

#### 21Bis. Vaccinations contre l'hépatite B

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

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

## 22. Traitements de substitution

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

### 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

Méthadone	BHD
68	104
41	21
28	8
4	

### 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
40	19
0	2
1	0

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

390915

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 nicotiniques

2

## 23. Les activités de prévention collective

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
<b>Milieu scolaire</b>						
Primaire et secondaire						
Formation et insertion						
<b>Milieu spécifique</b>						
Social						
Santé						
<b>Milieu entreprise</b>						
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	953 789
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.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	35 507
<b>Total</b>	<b>989 296</b>

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.) :

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

Les recettes :	€	989 296,0
Les charges :	€	1 026 456,0

## V L'ÉQUIPE

(consultation jeunes consommateurs comprise)

### 28. Les membres de l'équipe

		Salariés <sup>14</sup> (en nombre d'ETP) <sup>16</sup>	MIS à disposition <sup>15</sup> (en nombre d'ETP) <sup>16</sup>	Total (en nombre d'ETP) <sup>16</sup>
Médecin généraliste		1,13		1,13
Psychiatre		0,5		0,5
Autre médecin spécialiste	précisez: <span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	0		0
Psychologue		1,5		1,5
Infirmier		1,5		1,5
Aide-soignant		0		0
Autre paramédical		0		0
Assistant de service social		2		2
Educateur spécialisé		1		1
Animateur / Moniteur		0		0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction		1,5		1,5
Secrétaire / comptable/ agent administratif		1		1
Documentaliste		0		0
Agent d'entretien		1		1
Autres, précisez:	Pharmacien <span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	0,1		0,1
Autres, précisez:	<span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	0		0
Autres, précisez:	<span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	0		0
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>11,23</b>	<b>0</b>	<b>11,23</b>
Bénévoles et volontaires				
Emplois aidés				
Stagiaires				6

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)



## Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs <sup>1</sup>

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 consultation <sup>2</sup>  
(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'entourage <sup>3</sup>  
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 groupe <sup>4</sup> organisées pour des consommateurs

6. Nombre total de séances de groupe <sup>5</sup> organisées pour l'entourage  
(sans consommateurs)

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> personnes vues dans les locaux de la consultation

<sup>3</sup> 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.

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

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

## LES PRODUITS

### 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	0	
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 0 0,0

	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
Total produits 2	0	0,0
Non renseigné		
Pas de produit n°2		
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses 0 0,0

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

Total (hors ne sait pas)



<sup>6</sup> hors CSST/CCAA/CMP/CMPP

<sup>7</sup> la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Item 19Bis : Les consultations avec les 8 membres de l'entourage ont été réalisées avec des conjoints et/ou des parents des usagers (n'étant pas eux-mêmes usagers). Un travail important et indispensable est réalisé avec les membres de l'entourage des patients qui consiste en des consultations sur place, entretiens téléphoniques, des courriers,, Cependant, lorsqu'il s'agit d'interventions auprès des conjoints il arrive fréquemment que ceux-ci soient aussi des usagers de drogues.

Item 20: Cette année il n'y a pas eu de groupes thérapeutiques se réunissant régulièrement. En lien avec le CAARUD EGO quatre groupes autour de la réduction de risques et de l'éducation à la santé ont eu lieu : deux groupes de parole et d'information sur les maladies infectieuses, un sur les risques liés à l'injection et un autre sur les risques liés à la consommation de crack. Quatre réunions du Conseil de la Vie Sociale de l'association EGO consacrées au fonctionnement du CSST, notamment au nouveau projet CSAPA ont également eu lieu.

Item 21: Le nombre de patients ayant bénéficié d'un sevrage ambulatoire correspond aux demandes explicites de sevrage avec la mise en place d'une prise en charge thérapeutique spécifique.

Item 21Bis: Les dépistages de l'hépatite B correspondent aux dépistages hors les murs réalisés par l'association AREMEDIA au CAARUD EGO. Sur un total de 139 dépistages effectués nous comptabilisons ici uniquement les patients pour qui les résultats ont été rendus par un médecin du CSST.(68)

Item 22: On observe en 2009 une augmentation importante de la délivrance de méthadone et de BHD. L'année précédente nous avons inclus dans le programme de substitution uniquement les usagers du crack dépendants aux opiacés. Au cours de l'année 2009 nous avons ouvert ce programme aux patients dépendants aux opiacés en tant que premier produit consommé. Il faut signaler que le programme TSO au CSST EGO comprend dans tous les cas une délivrance quotidienne

## Introduction

Le CSST EGO a été créé en 2007 avec, pour mission spécifique, l'expérimentation des nouvelles modalités de soins et de prise en charge adaptées aux usagers de crack et aux poly-toxicomanes en errance dans le nord-est parisien. Au bout de trois années de fonctionnement, l'activité du centre de soins, étroitement articulée avec le fonctionnement des deux antennes du CAARUD EGO, s'est développée comme une charnière indispensable pour l'accès aux soins des usagers de drogues en situation de grande précarité. Ce mode original de soins et de traitement des addictions est conçu dans une dynamique de proximité et de réduction de risques.

La réorganisation générale de notre secteur en 2009, avec notamment la transformation des CSST et CCAA en CSAPA (Centres de soins, d'accueil, d'accompagnement et de prévention en addictologie) a été l'occasion pour l'équipe d'adapter son projet thérapeutique et de son organisation. La prise en charge des patients, le plus souvent poly-toxicomanes prenant autant de drogues licites qu'illicites, la « conversion » de quelques uns de nos patients du crack à l'alcool, et notre expérience acquise au cours des trois années dans le traitement des addictions, nous a amenés à devenir CSAPA généraliste.

L'expérience des premières années de fonctionnement et les consensus trouvés dans l'élaboration du nouveau projet d'établissement -s'inscrivant dans la perspective plus large des missions d'un CSAPA ambulatoire et généraliste- nous amena, dès le deuxième semestre 2009, à modifier l'organisation des soins et à mettre en oeuvre les nouvelles orientations. Ces modifications ont eu un impact sur certains indicateurs d'activité, par exemple, les inclusions dans le programme de traitements de substitution, auparavant réservés uniquement aux patients co-dépendants des opiacés et de la cocaïne/crack, furent élargies aux autres patients. Une des conséquences immédiates de cette mesure fut l'augmentation de la file active du programme TSO (Traitement de substitution aux opiacés) (15,2 % en 2009 contre 5,3 % en 2008) et l'arrivée de nouveaux publics

Pour mieux organiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients, nous avons introduit, après un premier accueil (effectué le plus souvent en « interaction » avec le CAARUD), un nouvel entretien d'évaluation réalisé par deux professionnels de disciplines différentes. Chaque nouveau patient se voit attribuer un référent clinique et un référent social qui vont l'aider à élaborer son parcours de soins. Cette nouvelle organisation modifie la proportion et la distribution des actes réalisés par les différentes catégories de professionnels comme le montrent les données et analyses qui suivent.

## L'activité 2009

### File active

Patients	2008	%	2009	%
File active	302	+ 9	389	+ 21,8
Dont nouveaux	166	55	229	58,9
Vus une seule fois	67	22,2	123	31,6
Total personne reçue y compris famille et entourage	312		397	

L'augmentation de la file active s'est poursuivie en 2009 pour arriver à 389 patients et s'est accentuée par rapport à l'année précédente soit 21,8% de plus. Il est à noter que le nombre d'actes réalisés par les différents professionnels, augmente dans la même proportion à savoir 21,8% en plus ce qui signifie que le nombre moyen d'actes par patient reste stable (17 en moyenne).

	2008				2009			
	Nb actes et %	Nb Patients	% file active	Nb Actes par Patient	Nb actes et %	Nb Patients	% file active	Nb Actes par Patient
Médecins généralistes	440 (8,6 %)	168	55,6	2,61	890 (13,6 %)	237	60,9	3,75
Psychiatres	100 (2 %)	41	13,6	2,43	228 (3,5 %)	97	25	2,35
Infirmiers	2518 (49,2 %)	179	59,3	14,06	3354 (51,3 %)	195	50,1	17,2
Psychologues	625 (12,2 %)	109	36,1	5,73	817 (12,5 %)	212	54,5	3,85
Assistants sociaux	1002 (19,6 %)	254	84,1	3,94	897 (13,7 %)	158	40,6	5,67
Educateur spécialisé	432 (8,4 %)	104	34,4	4,15	355 (5,4 %)	76	19,5	4,67
Total actes	5117 (100 %)	302		16,94	6541 (100 %)	389		16,81

## Les produits les plus souvent consommés

	1 <sup>er</sup> produit le plus dommageable		2 <sup>eme</sup> produit le plus dommageable		3 <sup>eme</sup> produit le plus dommageable	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Cocaïne et crack	178 (71,2%)	213 (58,7%)	32 (18,5 %)	43 (16,8 %)	6 (6,7 %)	14 (11,9 %)
Opiacés	26 (10,4 %)	42 (11,6 %)	27 (15,6 %)	44 (17,2 %)	5 (5,6 %)	7 (5,9 %)
Traitement de substitution détournée	20 (8 %)	59 (16,3 %)	44 (25,4 %)	64 (25 %)	8 (8,4 %)	10 (8,5 %)
Alcool	11 (4,4 %)	29 (8 %)	18 (10,4 %)	21 (8,2 %)	16 (18 %)	25 (21,2 %)
Cannabis	7 (2,8 %)	6 (1,7 %)	22 (12,7 %)	34 (13,3 %)	21 (23,6 %)	25 (21,2 %)
Méd. Psychotropes détournés	6 (2,4 %)	11 (3 %)	25 (14,5 %)	40 (15,6 %)	22 (24,7 %)	21 (17,8 %)

Le nombre de patients pour lesquels la cocaïne-crack est le premier motif de consultation augmente (178 en 2008 contre 213 en 2009), mais il diminue en pourcentage de la file active (71,2% en 2008 contre 58,6% en 2009). Le nombre de patients pour lesquels les produits associés comme premier motif de consultation ont pour origine les traitements de substitution détournés et les opiacés sont en nette augmentation. Dans cette catégorie nous avons reçu un nombre croissant de patients originaires des pays de l'ex URSS.

### Origine de la demande

Détail des orientations effectuées par les CCAA, CSST et CAARUD :

	2008 (n)	2008 (%)	2009 (n)	2009 (%)
CSST ou service addictologie	8	3,2	13	3,8
Structure RdR CAARUD	25	10,1	32	9,3
Centre d'accueil d'EGO	48	19,4	63	18,4
STEP	32	12,9	39	11,4

Comme l'année précédente, les patients qui s'adressent au CSST EGO le font, soit de leur propre initiative (48%), soit sur orientation des CAARUD (39,2%). Mais, la grande majorité des patients qui s'adressent au CSST de leur propre initiative fréquentent également les antennes du Centre d'Accueil d'EGO. Ainsi le CSST se situe pour la majorité de ces patients comme un premier recours aux soins spécialisés et comme le début d'un parcours de soins faisant appel à un nombre croissant de partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

## **La prise en charge médicale et infirmière**

### **Les soins médicaux**

Les soins médicaux sont une partie fondamentale de l'activité clinique du CSST EGO. En effet, la population reçue est constituée principalement par des usagers de drogues en grande précarité sociale et très fragilisée en terme de santé physique et mentale. Chaque jour, un médecin et un infirmier sont présents dans le service, facilitant ainsi l'accès aux soins de ces patients.

Les motifs de consultation, parfois 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. 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. Les patients demandent du soin sans nécessairement associer leurs difficultés à la consommation de produits.

Passé le contexte d'urgence, chaque patient reçu est évalué et se voit attribuer un référent chargé de coordonner son parcours de soins.

Le suivi médical nécessite un important travail de partenariat. Nous faisons régulièrement appel à des consultations extérieures. Nous privilégions alors le lien entre l'utilisateur et le système de santé par courriers, appels téléphoniques et accompagnements physiques.

### **Les hospitalisations**

Un élément important de l'accès aux soins des usagers de drogues est l'accès aux hospitalisations. Elles peuvent être faites en urgence ou programmées.

Dans le cadre de l'urgence, l'équipe du CSST met en place les premiers soins médicaux en attendant l'arrivée des équipes mobiles d'urgence. Les motifs d'hospitalisation sont les suivants : décompensation psychiatrique, overdose, urgence somatique. Pour certains patients, l'urgence peut être le premier lien avec le soin et le début d'une prise en charge médicale au sein du centre.

Les hospitalisations programmées constituent un cadre complètement différent. Les motifs d'hospitalisation sont les suivants : somatique, sevrage et psychiatrique. Deux difficultés majeures émergent alors : la rupture non volontaire de la consommation de crack et la contrainte de l'enfermement. La prise en compte de ces deux éléments est essentielle à la réussite de ces séjours hospitaliers. Elles supposent un lien en amont avec le service d'hospitalisation et la proposition systématique d'un accompagnement du patient.

<b>Hospitalisations dans le cadre d'une urgence</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Décompensation psychiatrique	6	4
Surdose médicaments	8	4
Urgence médicale	9	3
<b>Total hospitalisation urgence</b>	<b>23</b>	<b>11</b>

<b>Hospitalisations programmées</b>		
Hospitalisations somatiques	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Maladies infectieuses	6	3
Traumatologie et orthopédie	1	3
Médecine interne	0	2
Maternité	0	1
Cardiologie	1	0
<b>Total somatique</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Hospitalisations sevrage	10	13
Hospitalisations psychiatrique	6	8
<b>Total hospitalisation programmées</b>	<b>24</b>	<b>30</b>

## Prise en charge des maladies infectieuses

Les maladies infectieuses constituent une des problématiques principales des usagers de drogues. La consommation des produits par voie nasale et/ou injectable favorise la contamination par certaines maladies infectieuses (VIH, hépatite B et C notamment). De plus, la consommation de substances psychoactives favorise la prise de risques sexuels (rapports sexuels non protégés et multipartenariat) à l'origine de contaminations par les infections sexuellement transmissibles (IST). Les stratégies de réduction de risques ont eu comme effet la diminution de la contamination par le VIH parmi les usagers de drogue [1]. Cependant, une haute prévalence des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) est encore observée chez les usagers de drogues (59,8% dans les grandes villes de France [2]).

Afin d'aller au-delà des actions de prévention, de dépistage et de suivis réalisées en 2009, une consultation in situ par un médecin référent hépatologue sera mise en place dès le début 2010, à une fréquence mensuelle. Cette initiative si nécessaire pour le traitement des maladies infectieuses ne verra le jour que grâce au soutien financier des laboratoires Roche. L'initiation du traitement antiviral (VHC), le suivi quotidien et la surveillance de l'efficacité du traitement pourront ainsi être effectués sur place.

## Vaccinations

Etant donné le mode de vie et les risques auxquels sont exposés les usagers de drogues, leur vaccination est essentielle. Cependant, le pourcentage de patients protégés est faible. Afin d'améliorer la couverture vaccinale des usagers, il a été mis en place un programme de vaccination sur place. Plusieurs outils ont dû être mis en place : un registre, la mise à disposition de carnets de vaccination aux patients et un réfrigérateur avec thermomètre permettant la conservation des différents vaccins.

Différentes vaccinations sont proposées : hépatite B, antipneumocoque, DTPolio.

### Hépatite B

Après vérification du statut sérologique négatif des patients, une vaccination est proposée. En 2009, 8 personnes ont débuté le schéma vaccinal.

### Pneumo 23

Ce vaccin protège contre les infections pulmonaires à pneumocoque, bactérie particulièrement agressive chez les usagers souvent immunodéprimés. 18 vaccins ont été effectués en 2009.

### H1 N1

Le CSST a participé à la campagne de prévention de la grippe H1N1. Nous avons, en collaboration avec l'équipe du CAARUD, orienté nos patients vers les centres de vaccination alentours. A ce jour, aucun chiffre concernant le nombre de patients ayant été effectivement vaccinés n'est disponible.

---

<sup>1</sup> Institut de veille sanitaire. *Lutte contre le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007, p. 6, [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans\\_vih/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html).

<sup>2</sup> Jauffret-Roustide, M. et al. « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 33 (2006), p. 245.

## Dépistages et bilans

Les patients usagers de drogues ont des comorbidités infectieuses majeures. Cependant, l'accès au dépistage et au bilan complémentaire est très difficile. Les patients mettant en avant un certain nombre de problèmes : l'abord veineux impossible, le regard des soignants extérieurs, les horaires, etc. Il nous semblait pourtant primordial d'optimiser le dépistage auprès de nos patients et en cas de dépistage positif de compléter le bilan biologique. Nous avons alors établi un partenariat privilégié avec un laboratoire d'analyses médicales privé, situé à deux pas du CSST. Les prélèvements sanguins sont réalisés sur place par notre équipe d'infirmiers D.E. et acheminés par nos soins au laboratoire. Le matériel de prélèvement et de transport nécessaires sont remis gracieusement par le laboratoire.

Un partenariat entre l'association AREMEDIA et l'association EGO a permis la mise en place de séances régulières de dépistage (Hépatite C, B, VIH et syphilis) ; elles ont lieu dans les locaux du CAARUD et du CSST d'EGO. Les résultats sont remis sur place par les médecins du CSST. Après consultation médicale avec un professionnel de l'association AREMEDIA, les prises de sang sont réalisées par un infirmier d'EGO. Cette organisation optimise le dépistage des patients fréquentant le CAARUD d'EGO.

Pour l'année 2009, 12 séances de dépistages ont été réalisées.

Ainsi, 139 patients ont effectué un dépistage, 77 patients sont venus chercher leurs résultats (dont 68 à EGO et 9 au CDAG Fernand Widal).

Le taux de positivité met en évidence la problématique de l'hépatite C parmi les usagers de drogues en particulier parmi ceux qui fréquentent STEP.

Positivité	Centre d'accueil et CSST	STEP
VIH	1	2
VHB	1	1
VHC	9	40
Syphilis	5	0

Lors de la découverte d'une positivité, les médecins qui rendent les résultats informent les usagers de la nécessité d'un suivi par un spécialiste (infectiologue et/ou hépatologue) et leur proposent des examens complémentaires : bilans sanguins, fibroscan. Nous essayons, au cas par cas, de résoudre les situations particulières des patients qui ne possèdent pas de couverture sociale.

### Le fibroscan

Dans le cadre d'un projet inter associatif, les associations EGO, CHARONNE et GAIA mettent à tour de rôle, à la disposition des usagers de drogues, un fibroscan dans leurs locaux. C'est un outil non invasif de mesure de la dureté du foie par élastométrie. L'examen est rapide et totalement indolore. Le Fibroscan ne se substitue pas à la biopsie du foie qui est un geste invasif réalisable uniquement à l'hôpital, difficulté majeure pour un usager de drogues en situation de grande précarité sociale.

L'appareil est présent dans les trois associations par période de 2 mois. Cette mise à disposition du fibroscan dans différents endroits géographiques du nord-est parisien permet la réalisation de l'examen chez un plus grand nombre de patients.

A l'association EGO, l'examen est réalisé par le personnel médical et paramédical du CSST. Le compte rendu des résultats est fait par un médecin de l'équipe et adressé, le cas échéant, au médecin de la structure extérieure adressant le patient.

Ainsi le CSST EGO a eu dans ses locaux le fibroscan pendant les mois de novembre et décembre 2009. 41 examens ont été réalisés pendant cette période, dont 35 provenant de l'association EGO et 6 patients adressés par d'autres structures (1 CSST Pierre Nicole ; 1 CSST Horizon ; 1 Boutique Charonne ; 1 Espace Murger ; 2, CSST 110 les Halles).

## **Les soins infirmiers**

### *Les soins primaires*

L'infirmier est souvent amené à prodiguer des « petits soins » (antisepsie, pansement, ablation de suture...) car les patients ont des brûlures, des petites plaies, voire des abcès liés à l'usage de crack ou d'opiacés. Ces interventions permettent de connaître les pratiques de consommations utilisées par les usagers et de les sensibiliser aux soins.

Des soins d'hygiène sont également réalisés si nécessaire : bain de pieds, coupe des ongles, bain de bouche...

### *Les accompagnements*

En cas de difficultés, nous proposons systématiquement un accompagnement physique à nos patients lors de consultations à l'extérieur, de départs en postcure ou d'hospitalisation en soins généraux, en psychiatrie ou pour sevrage. Ces difficultés peuvent être liées à la nécessité de respecter un horaire de rendez-vous mais aussi à un besoin de soutien à un moment clef de leur prise en charge thérapeutique.

### *La collaboration avec le CAARRUD d'EGO*

La présence d'une infirmière au sein du Centre d'Accueil et de STEP permet de favoriser l'accès aux soins de certains usagers en grande précarité et de ce fait à l'écart du système de santé.

Par le biais de « petits soins » ou de médiation par rapport à la prévention des IST ou des maladies infectieuses, certains usagers sont sensibilisés et sont demandeurs d'une prise en charge par le CSST.

Des entretiens de Premier Accueil au CSST ont pu ainsi être réalisés dans l'antenne STEP du CAARRUD.

### *La délivrance de traitement de substitution aux opiacés (TSO)*

En 2009, 59 patients contre 20 en 2008, ont été admis au CSST pour une délivrance de TSO (40 pour la méthadone et 19 pour la BHD), qui s'effectue du lundi au vendredi de 10h00 à 17h40, sans rendez-vous et dans l'ordre d'arrivée des patients.

Au cours de la mise en place, puis lors du suivi du traitement, l'infirmier évalue quotidiennement les éventuels signes physiques de manque sur le patient. Ensuite, il est particulièrement attentif aux symptômes cliniques subjectifs exprimés dans les plaintes et le ressenti du patient.

Une attention particulière est apportée auprès des patients ayant des facteurs spécifiques influençant la posologie de méthadone. Ainsi, on dénombre en 2009, 11 patients ayant une co-morbidité psychiatrique ; 8 patients déclarant une consommation régulière d'alcool ; 30 patients déclarant une consommation de benzodiazépines ; 15 patients ayant une infection par le VHC ; et une patiente enceinte.

D'autres facteurs peuvent aussi considérablement accélérer le métabolisme de la méthadone, notamment la prescription d'antirétroviraux. Six de ces patients furent concernés en 2009 et ont, pour certains, nécessité un passage d'une prise unique à une prise biquotidienne.

En conséquence, et ceci afin d'optimiser certaines situations cliniques, nous envisageons d'accentuer la pratique de méthadonémies résiduelles (soit 24h après la prise de la méthadone) l'année prochaine. Celles-ci seront d'ordinaire couplées avec une méthadonémie au pic (3 à 4 heures après la prise) pour apprécier la pente d'élimination.

Nous soumettons nos patients à des analyses urinaires au minimum une fois par mois. En 2009, nous en avons effectué 216

Quatre patients inclus depuis plus d'un an dans le protocole méthadone du CSST EGO ont ainsi pu passer à la délivrance de méthadone gélule courant 2009.

Etant donné la complexité des situations, nous n'avons effectué que très peu de relais en médecine de ville.

#### *La délivrance d'autres traitements*

La quasi-totalité de nos patients n'ont pas de médecin traitant. Ils nous sollicitent de ce fait pour leur pathologie chronique mais aussi lors d'affection ponctuelle.

L'infirmier gère et délivre également ces traitements. Du fait des conditions de vie de nos patients qui sont pour la plupart en grande précarité, ils ne peuvent ni stocker leur traitement (en l'absence d'un chez-soi) ni gérer eux-mêmes leur prise quotidienne. Certains patients ne peuvent pas toujours se faire délivrer leur traitement en pharmacie de ville car ils ne sont pas à jour au niveau de leur couverture médicale.

34 personnes suivies au CSAPA ont ainsi bénéficié d'une aide à l'observance de leur traitement permanent (psychotropes, cardiaque, trithérapie) et/ou ponctuel (antibiotiques, psychotropes, vaccins). Nous avons aussi délivré des traitements médicamenteux à 6 personnes dans le cadre du protocole crack.

#### *L'éducation à la santé*

L'éducation à la santé est aussi importante dans le travail infirmier. Ces entretiens sont le moment privilégié pour échanger sur :

-l'hygiène corporelle : les soins des dents, mains, pieds sont abordés et le patient peut bénéficier d'une douche ;

-les infections sexuellement transmissibles, avec mise à disposition de préservatifs et gels ;

-la prévention des maladies infectieuses : bilan et suivi sérologique, vaccination, fibroscan et autres examens complémentaires ;

-les règles d'asepsie et d'hygiène à respecter lors d'une injection intra veineuse

## **La pharmacie**

Les patients du CSST peuvent bénéficier d'une délivrance de traitement de substitution mais aussi d'autres traitements en rapport avec des pathologies infectieuses et/ou psychiatriques. De plus, notre infirmerie dispose d'un stock d'antibiotiques, d'antalgiques et d'antiseptiques que nous délivrons après avis médical aux patients sans couverture sociale. La gestion de tous ces médicaments était donc une tâche essentielle. Il était aussi important pour nous de nous assurer de la conformité de notre infirmerie.

Une pharmacienne engagée par le CSST fin 2009, a réalisé l'inventaire de tous les médicaments disponibles et les a intégrés dans le logiciel de gestion de stock. Elle a vérifié que les normes d'usage étaient respectées : un réfrigérateur équipé d'un thermomètre extérieur assurant la stabilité de la température interne et fermant à clef ; la tenue d'un registre de stocks des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) ; la conformité du protocole en cas d'accident d'exposition au sang avec affichage et vérification mensuelle du matériel nécessaire. Elle a également mis en place : un cahier de délivrance de traitement quotidien stipulant les entrées et sorties des médicaments, leur posologie, la date de péremption ; le rangement systématisé des traitements dans une armoire réservée à cet effet, selon leur appartenance à la liste 1 et 2 (la liste 1 regroupe les médicaments uniquement sur prescription médicale, la liste 2 comprend les médicaments en vente libre en pharmacie).

## **Nouveaux patients, nouvelles stratégies**

Au CSST EGO nous sommes habitués à recevoir des patients de nationalités et de cultures différentes. Dans la file active de cette année, 33 nationalités sont représentées. En règle générale, nous recevons tous les usagers avec un entretien de premier d'accueil suivi d'un rendez-vous d'évaluation avec un psychologue clinicien et un travailleur social. Cela nous permet d'établir un projet de soin en cohérence avec la demande du patient et les possibilités du centre.

Etablir le projet de soin est une démarche importante car il s'agit de donner du sens à la prise en charge, de créer, développer et maintenir la relation entre le patient et le soignant. Pour permettre un tel projet il est essentiel de pouvoir communiquer avec le patient de manière fluide. Les patients du CSST EGO se composent en majorité d'usagers maîtrisant à des degrés divers la langue française. Cette année des patients originaires des pays de l'ex URSS, russophones, ont été inclus dans un programme de soins au CSST, patients avec lesquels la communication s'avère très difficile.

Notons cependant que ce public fréquentait déjà depuis quelques années les deux antennes du CAARUD (notamment STEP) sans pour autant s'inscrire dans une démarche de soins.

Les questionnements sur la prise en charge en centre de soins des patients usagers de drogues originaires des pays de l'Est, ont été évoqués par Elisabeth Avril et Karine Elias à partir de l'an 2000 (<http://www.pistes.fr/swaps/42.htm>). Ces auteurs décrivent un groupe majoritairement de sexe masculin, originaire de Géorgie, âgé en moyenne de 28 ans et généralement usagers d'opiacés par injection. C'est ce même profil que nous retrouvons aujourd'hui au CSST EGO.

Cette année nous avons eu dans la file active du CSST 14 patients originaires des pays de l'ex URSS, dont un seul était déjà présent en 2008, les autres sont de nouveaux usagers fréquentant le CSST depuis mai 2009. Plus de 50% d'entre eux déclarent avoir la nationalité géorgienne. Cependant, en explorant un peu plus nous découvrons que quelques uns proviennent d'autres Etats (Ossétie du sud ou encore Abkhazie).

Âgés en moyenne de 31 ans, ils sont principalement consommateurs de méthadone (détournée de son usage thérapeutique) et d'héroïne. Ils ont tous été injecteurs d'héroïne par le passé. Parmi eux, un seul est consommateur régulier de crack. Il est intéressant de remarquer la haute prévalence du VHC sur cette population : 8 sur 14 (données déclaratives).

Patient	Nationalité	Age	Produit à l'origine de la prise en charge	Prise en charge TSO	Langage de communication	VHC	VIH
a	géorgienne	36	Crack	EGO	Français rudimentaire	+	-
b	moldave	28	méthadone	Gaïa	Français rudimentaire	+	?
c	ukrainienne	40	méthadone	EGO	Français rudimentaire	-	-
d	arménienne	51	méthadone	Gaïa	Français rudimentaire	?	?
e	géorgienne	35	méthadone	EGO	Anglais	+	-
f	roumaine	20	méthadone	Perdu de vue	aucune	?	?
g	russe	27	héroïne et méthadone	Perdu de vue	aucune	+	-
h	géorgienne	20	méthadone	EGO	aucune	-	-
i	géorgienne	29	méthadone	EGO	anglais	+	-
j	géorgienne	22	méthadone	EGO	Français rudimentaire	-	-
k	géorgienne	35	méthadone	EGO	Anglais	+	-
l	russe	29	méthadone	EGO	Anglais	+	-
m	géorgienne	31	méthadone	EGO	Anglais	+	+
n	géorgienne	37	méthadone	Perdu de vue	aucune	+	-

Tous ces patients sont russophones. Pour les deux premiers patients russophones que nous avons rencontrés cette année, nous avons dû recourir au soutien de l'Équipe Mobile « Bociek » de l'Association Charonne. En effet, une psychologue est venue faire la médiation entre le patient et les intervenants de notre équipe qui se compose d'un médecin, un infirmier et un travailleur social. La communication avec eux représente donc un réel problème dans leur prise en charge. Ainsi nous avons pu mieux cerner la demande qui se situe bien au delà de la simple substitution. Les deux premiers patients russes que nous avons reçus, ont par la suite conseillé d'autres patients russophones à venir consulter au centre de soins.

La psychologue de « Bociek » est intervenue à deux reprises cette année. En effet, cette médiation a été fondamentale pour pouvoir établir un premier lien avec ces patients russophones. Sans son intervention, la communication avec ces patients ne peut être engagée que grâce à leurs quelques notions de français ou d'anglais et avec l'aide de l'outil Google traduction. Il serait donc intéressant de pouvoir continuer ce partenariat avec cette psychologue faisant médiation, même si aujourd'hui l'équipe du CAARUD compte dans son personnel une assistante juridique russophone.

En 2009, 9 de ces patients, ont eu une prise en charge avec délivrance de méthadone au CSST EGO, deux ont été perdus de vue et deux ont bénéficié d'une prise en charge à Gaïa. Un de ces patients est retourné en Géorgie, un autre a été transféré en relais méthadone sur un centre à Caen et pour un autre un relais en ville est prévu. Pour les autres, au delà de la délivrance méthadone un suivi médicosocial est mis en place.

## La prise en charge des co-morbidités psychiatriques

Comme les années précédentes, nous retrouvons une prévalence élevée des troubles psychiatriques parmi les usagers de crack fréquentant le CSST. Cette prévalence justifie une prise en charge adaptée à cette double problématique à la fois addictive et psychiatrique.

De la même manière que lors des exercices précédents, la présence d'un psychiatre à mi-temps 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.

Une partie du travail consiste à créer ou à rétablir le lien entre le patient et la psychiatrie. En effet, de nombreux patients sont dans le déni de leurs troubles psychiques et craignent de se voir apposer une étiquette de malade mental, qui reste toujours difficile, voire douloureuse, à porter. D'autres refusent une reprise de contact avec les lieux de soins fréquentés antérieurement, et un travail de liaison serré avec les structures psychiatriques externes a été bénéfique pour offrir aux patients une prise en charge de qualité. Du fait de la proximité avec le CAARUD / EGO, vécu comme accueillant et bienveillant par les usagers, les propositions de consultation psychiatrique au CSAPA ont été la plupart du temps bien acceptées.

En dehors de la prise en charge addictologique spécifique, le travail du psychiatre chef de service médical, a été d'assurer :

- des entretiens d'évaluation et de diagnostic sur le plan psychiatrique ;
- des entretiens de psychothérapie de soutien ;
- des prescriptions médicamenteuses spécialisées, antipsychotiques, antidépresseurs ou anxiolytiques, parfois régulatrices de l'humeur ;
- la coordination de la prise en charge multidisciplinaire, en coopération avec les psychologues du CSST.
- le lien avec les structures de soin psychiatrique, publiques ou privées : services hospitaliers de secteur ou universitaires, cabinets de consultations privés, Centres Médico-Psychologiques (CMP).

## Le diagnostic

Parmi les pathologies psychiatriques observées, on peut distinguer :

- les troubles chroniques lourds : schizophrénie et trouble bipolaire, coexistant avec la toxicomanie ;
- les troubles anxieux et dépressifs, associés chez les usagers à des parcours de vie souvent difficiles, marqués par les carences familiales, les échecs personnels et l'exclusion sociale ;
- les troubles de la personnalité, principalement les personnalités borderline et antisociales ;
- les troubles aigus du comportement liés à la consommation de produits, au premier rang desquels l'alcool à l'origine d'épisodes d'agitation agressive, les associations de différents produits avec les benzodiazépines amenant une perte de la cohérence du comportement, et le crack provoquant des troubles délirants sur un mode persécutif, pouvant entraîner des passages à l'acte. Ces passages à l'acte se sont principalement manifestés par des discours menaçants, parfois très inquiétants, des violences matérielles, sans acte véritablement hétéro-agressif à l'encontre des soignants.

Les co-morbidités psychiatriques se sont distribuées en 2009 de la manière suivante :

	n = 96 patients	%
Autres troubles	7	7
Troubles anxieux et dépressifs	32	33
Troubles conduites alimentaires	1	1
Troubles de la personnalité	17	18
Troubles psychot. et délirants	39	41

Ces chiffres ne concernent que les patients pour lesquels nous prenons en compte le trouble psychiatrique comme relevant du suivi (96 patients). Nous ne réalisons pas d'évaluation psychiatrique systématique pour tous les patients.

## **Le suivi des patients**

La prise en charge des co-morbidités psychiatriques en 2009 a été marquée par différents points :

La présence du psychiatre tout au long de l'année, alliée à la stabilité au sein de l'équipe médicale et psychologique du CSAPA, a permis d'établir des relations de confiance avec les usagers, ce qui autorise une prise en charge prolongée et globale d'un plus grand nombre de patients sur le plan psychiatrique. En 2009, il a ainsi été possible d'assurer un suivi psychiatrique prolongé (cinq consultations et plus) de vingt-sept patients. Seize de ces patients ont été vus à plus de dix reprises.

Cette stabilité dans l'occupation du poste de psychiatre a également permis de développer et d'approfondir nos rapports avec les partenaires extérieurs spécialisés.

Par ailleurs, nous avons poursuivi notre partenariat avec l'équipe de liaison psychiatrique intersectorielle de La Terrasse Maison Blanche (ELP), qui s'est avéré fondamentale dans quatre cas suivis par le CSST.

Dans le cadre d'une convention avec l'AP-HP, et comme cela avait été initialement prévu dans le projet du CSST, nous avons enfin réussi à associer le poste de psychiatre à mi-temps du CSST EGO à un deuxième mi-temps à l'hôpital Fernand-Widal au sein du Pôle Psychiatrie-Addictologie-Toxicologie dans les services des professeurs LÉPINE (Espace Murger) et DALLY (consultation d'alcoologie). Ce partenariat facilite la relation avec l'hôpital ce qui permet de mieux coordonner et de mieux suivre les hospitalisations. Il permet également, dans certains cas, une réorientation plus fluide vers une consultation hospitalière plus adaptée.

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

Les patients présentant des co-morbidités psychiatriques bénéficient, comme les autres patients du CSAPA, d'un suivi pluridisciplinaire, pour lequel le travail infirmier s'avère fondamental. En effet, il participe au maintien et au renforcement du lien entre le patient et le soin, par le biais d'un contact bienveillant souvent quotidien. Il permet aussi la délivrance du traitement psychiatrique. Pour les patients en errance 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 s'est poursuivi en 2009. 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. La délivrance journalière ou hebdomadaire des traitements contribue à améliorer le suivi sur le plan psychiatrique, dans la mesure où la vigilance de l'équipe infirmière permet d'alerter le psychiatre sur les changements de l'état psychique des patients.

Le fait que le centre de soins partage les locaux avec le Centre d'Accueil EGO (CAARUD) reste un facteur favorable tout à fait considérable: 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 les délais qui sont accordés aux patients 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 nécessite un engagement de longue haleine, le suivi médical étant souvent régulièrement interrompu par des périodes de forte consommation.

### **Les hospitalisations psychiatriques**

La possibilité d'hospitalisation a toujours représenté une difficulté pour les usagers de drogues. Le cadre hospitalier pose quelques problèmes dans l'accueil des populations d'usagers de crack. On peut relever, par exemple :

- la fréquence des sorties par rupture du contrat thérapeutique (du fait de consommation de produits, par exemple) ou contre avis médical ;
- une représentation sociale négative des usagers de drogues en milieu hospitalier de manière générale, et dans de nombreux services de psychiatrie en particulier ;
- 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 nécessaire 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 2009, cette approche nous a permis d'accompagner 12 hospitalisations psychiatriques, dont seulement quatre par le biais des urgences.

### **En conclusion**

La présence du psychiatre dans le Centre de Soins permet de porter un diagnostic de trouble mental, de faciliter le suivi des patients et de favoriser leur stabilisation psychique du fait de l'aide à l'observance du traitement médicamenteux. Ceci est essentiel pour un public d'usagers présentant des troubles psychiatriques avérés mais dont le suivi en psychiatrie est souvent chaotique. Il faut souligner que les orientations en CMP ou dans certains services hospitaliers, qui sont déjà souvent difficiles pour les patients souffrant de troubles psychiques isolés, le sont encore bien plus quand il s'agit d'usagers de drogues. En effet, il semble que la maladie mentale associée à l'addiction et à la précarité sociale représentent fréquemment un frein à l'hospitalisation et au suivi dans les structures psychiatriques classiques.

Il nous semble important de trouver, en collaboration avec les différents partenaires institutionnels, des structures sanitaires et médico-sociales, les moyens de permettre aux patients usagers de drogues souffrant de troubles mentaux avérés d'être reçus et suivis de manière adaptée dans le dispositif psychiatrique.

## Les traitements des addictions

Lors de l'ouverture du CSST EGO, l'activité s'adressait prioritairement aux usagers de crack et polytoxicomanes en errance dans le nord est parisien. De ce fait, les traitements de substitution aux opiacés étaient proposés uniquement aux patients co-dépendants également de la cocaïne/crack.

En raison de l'expérience clinique des deux premières années de fonctionnement du CSST et dans la perspective du passage en CSAPA nous avons fait le choix d'élargir la prise en charge à toutes les addictions. Nous accueillons et prenons en charge désormais tout patient ayant un problème d'addiction même s'il n'est pas consommateur de crack.

Ainsi sur l'année 2009, les motifs de sevrage que nous avons pris en charge sont variés comme cela est détaillé dans les tableaux ci-dessous.

Sevrage hospitalier	
Crack	5
Benzodiazépines alcool	ou 7
Héroïne	1
Total hospitalier	13

Sevrage ambulatoire	
Crack	31
Benzodiazépines alcool	ou 6
Tabac	2
Total ambulatoire	39

### « Le protocole crack »

Dans le cadre de la convention établie entre l'association EGO et l'hôpital Fernand Widal, un protocole expérimental de traitement de la dépendance à la cocaïne/crack est mis en place. Deux molécules sont testées: l'aripiprazole (Abilify®) et l'acétylcystéine (Mucomyst®).

Le protocole a une durée définie à l'avance de 6 semaines. Il consiste à prendre chaque jour un médicament, et à effectuer activement un travail thérapeutique ciblé sur la dépendance au cours d'entretiens. Le protocole inclut une intense évaluation avec plusieurs échelles servant à étudier l'effet des molécules sur le craving.

En 2009, sur 31 personnes qui ont fait une demande de sevrage ambulatoire de crack, 13 ont demandé une intégration au protocole crack, 6 patients ont effectivement suivi le traitement (3 avec l'aripiprazole, 3 avec la N-acétylcystéine). Les 7 autres patients ont été perdus de vue ou ont reporté leur intégration dans le protocole. Cette proposition spécifique de soins commence à être connue par les usagers, ce qui suscite des demandes où se mêlent curiosité et espoir d'un traitement efficace de la dépendance. L'équipe du CSST sensibilise, propose et explique aux patients cette possibilité de traitement. Cette année, une notice explicative a été remise aux usagers demandant à intégrer le protocole. Les médecins et psychologues ont participé aux 4 réunions organisées dans le cadre du plan crack par la DRASSIF et réunissant différents acteurs du soin en addictologie qui expérimentent des molécules susceptibles de réduire le craving. Le partenariat avec l'Hôpital Fernand Widal (espace Murger) s'est poursuivi au travers de rencontres régulières entre les équipes. A ce

jour plus d'une centaine de personnes ont été intégrées dans le protocole de recherche (entre Murger et EGO). Les données recueillies, grâce aux questionnaires associés à chaque protocole crack, sont nombreuses et sont actuellement en cours d'analyse.

#### *Les traitements de substitution aux opiacés*

Sur les 389 patients ayant eu recours à nos services en 2009, 48,2 % ont déclaré le crack comme premier produit consommé, 12,50% comme second produit consommé, 12,12 % ont déclaré la buprénorphine à haut dosage comme premier produit et 21,48% comme second produit consommé. Ces données s'expliquent notamment car la buprénorphine à haut dosage est utilisée comme produit de « descente » de crack, comme nous le rapportent nos usagers.

Les médicaments de substitution, la méthadone et la buprénorphine à haut dosage, sont prescrits au CSST en cas de dépendance aux opiacés. Plusieurs objectifs sont attendus: diminution et si possible arrêt de la consommation d'opiacés, diminution des risques dans le cas d'une persistance dans la consommation.

La majorité des patients sont des usagers de crack 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.

Suite à la demande de plus en plus forte des patients concernant la substitution par buprénorphine à haut dosage, et compte tenu de leur extrême précarité sociale, nous avons mis en place un protocole de délivrance de ce traitement de substitution sur le mode de celui de la méthadone. Le patient fait l'objet d'une évaluation clinique, d'un prélèvement urinaire pour confirmer sa prise d'opiacés ou de buprénorphine détournée et d'une recherche d'autres consommations éventuelles. Dans un second temps, une évaluation de sa situation sociale est pratiquée pour, le cas échéant, mettre en place une couverture sociale. La délivrance de buprénorphine se fait de manière quotidienne avec prise sur place. Dix neuf patients ont ainsi pu bénéficier de ce type de délivrance au cours de l'année 2009.

Quarante patients ont bénéficié d'une délivrance de méthadone dont quatre patients avec la galénique gélule. Les critères de passage de la forme sirop à gélules sont stricts : traitement au préalable avec le sirop ayant duré au moins un an, une prescription initiale réservée aux médecins des services spécialisés pour les toxicomanes après analyse urinaire, une stabilité sur le plan médical et des conduites addictives notamment de l'injection. Cette nouvelle galénique a pour objectif d'améliorer les pratiques de soins en terme de maniabilité et de faciliter à organiser un éventuel sevrage, la méthadone gélules étant disponible sous 5 dosages différents (1, 5 ,10 ,20 et 40 mg). Cette galénique permet également de remédier à quelques inconvénients classiques du sirop : le goût amer et sucré ; la présence d'excipients (saccharose et alcool) ; l'encombrement lié au stockage des flacons.

#### **Le travail en réseau et les orientations**

L'accueil et le traitement des patients au CSST EGO impliquent souvent la mobilisation d'un important réseau de partenaires : soit d'institutions aux missions semblables aux nôtres (le soin et la réduction des risques), soit des partenaires assurant aussi des missions différentes. Notre but principal est le traitement de l'addiction. Cependant, aider quelqu'un à entamer une démarche de soin, récupérer ses droits et clarifier ses problèmes avec la justice fait également partie de notre stratégie de prise en charge thérapeutique. Nous faisons le lien entre le patient et les services adaptés à sa demande. Dans ce contexte, il est important de maintenir des liens avec les institutions concernées 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 en réseau se fait dans les trois moments de la prise en charge la demande, le suivi et l'orientation.

Le tableau suivant représente les patients orientés par le dispositif spécialisé.

Origine de la demande	patients	Pourcentage file active
CSST ou services d'addictologie	13	3,8
Structures RdR CAARUD	32	9,3
Centre d'accueil d'EGO	63	18,4
STEP- EGO	39	11,4

Le tableau montre que la plupart des patients orientés par des structures spécialisées vers le CSST EGO le sont par des CAARUD parmi lesquels les deux antennes du CAARUD EGO sont les plus importantes. L'appartenance à la même association et la proximité physique permettent une continuité de soin efficace. Nous travaillons en partenariat aussi avec d'autres CAARUD du Nord-Est parisien tels que « la Boutique 18<sup>e</sup> » (espace mixte et femmes) et le centre « Beaurepaire » de l'Association Charonne, la Coordination Toxicomanies et la boutique « Boréal » de La Terrasse. Le partenariat avec ces CAARUD ne se limite pas l'orientation qui nous en est faite. Certains patients sont suivis conjointement tout long de la prise en charge.

Nous percevons aussi, en 2009, une nette augmentation des orientations provenant des structures spécialisées en addictologie. Les centres de soins qui nous ont adressés des patients sont : le CSST Pierre Nicole, l'ECIMUD Jean Verdier, le Centre Cassini, le CSST Sleep'in, l'ECIMUD Bichat, le CSST Gaïa, le CSST Horizon, le CSST 110 Les Halles, le CSST Charonne et CSST Le Carrousel.

### Suivi

Le suivi de nos patients demande un réseau de partenaires assez important. Les comorbidités psychiatriques, les demandes de sevrage hospitalier, les difficultés liées à l'hébergement, les problèmes judiciaires sont généralement suivis en réseau. Un commentaire plus détaillé de ce réseau se trouve dans les parties correspondantes du rapport d'activité.

### Orientation

La fin de la prise en charge au CSST EGO implique dans certains cas une orientation. Parfois, le projet de soins demande à être poursuivi dans une structure avec hébergement, d'autres fois dans une structure ambulatoire. L'orientation implique un effort pluridisciplinaire dans lequel nous essayons de transmettre la qualité du lien avec la structure accueillante. Dans certains cas, nous sommes amenés à recevoir à nouveau des patients orientés.

<b>Structures ou Partenaires</b>	<b>Nombre de patients orientés</b>
CTR Aurore Gagny (93)	1
CTR Le Peyry (46)	7
CTR Pierre Nicole (75)	1
CSST Emergence (Cité le Village) (75)	2
CT Barsac (33)	2
CT Brantôme (24)	3
CSST Ivry (94)	2
CSST Horizons (75)	1
CSST Gaïa (75)	2
CSST Moreau de Tours (75)	1
CSST EPICE (94)	1
CSST Le Carrousel (77)	1
CSST Espace Murger (75)	4
CSST Caen (14)	1
CSST SEDAP (21)	1
CSST Le Rivage (95)	1
CSST CEDAT (78)	1
Institut de victimologie (75)	1
Médecin en ville (75)	2
Psychiatre en ville (75)	2

Parmi les structures spécialisées vers lesquelles nous avons réalisé des orientations, se trouvent des centres de traitements résidentiels et/ou ambulatoires. Les orientations en postcure ou communautés thérapeutiques correspondent à des projets de soins ayant souvent besoin de plusieurs semaines de préparation. Le projet est construit avec le patient, le travailleur social, le médecin et le psychologue. Les patients sont fréquemment ambivalents face à un tel projet. Le succès de l'orientation dépend beaucoup de l'engagement du patient, mais aussi des professionnels à l'origine de l'orientation. Souvent, par exemple, un accompagnement physique s'avère nécessaire. Un seuil d'admission trop élevé ou le fonctionnement trop rigide de certaines structures exigeant du patient une adaptation immédiate, constitue souvent un obstacle pour l'orientation. La structure accueillante doit pouvoir s'adapter aux patients usagers de crack. Dans le tableau il est évident que le CTR recevant plus d'orientation du CSST EGO est Le Peyry. En effet, EGO a une relation privilégiée avec ce CTR. Il existe une relation de travail étroite entre les équipes qui se connaissent et qui organisent des formations et des réunions cliniques en commun.

L'orientation vers des centres de soins ambulatoires correspond le plus souvent à des patients souhaitant s'éloigner du quartier ou s'installant dans une autre ville.

### **Le travail du psychologue au CSST EGO**

En 2009 les psychologues ont effectué 817 entretiens avec 212 patients différents. Par rapport à 2008, le nombre d'entretiens effectués par les psychologues a augmenté de 23,5 %. L'augmentation la plus notable est celle du nombre de patients différents reçus par les psychologues : 109 en 2008 contre 212 en 2009. Cette augmentation est à mettre en rapport d'abord avec l'augmentation de la file active et ensuite avec des changements dans l'organisation du dispositif de soin. Dans cette nouvelle organisation le psychologue consacre plus de temps à l'évaluation des patients lors de l'admission. Ceci explique en partie l'augmentation des patients vus par les psychologues et la conséquente diminution du nombre d'actes par patient (une moyenne de 5,73 en 2008 contre une moyenne de 3,85 en 2009).

La fréquentation des patients vus par les psychologues représente 54,5% de la file active. Dans une perspective de prise en charge pluridisciplinaire ce chiffre confirme l'importance du psychologue auprès d'un public en situation d'errance et grande précarité. En effet, le psychologue est clairement identifié par ces patients comme un professionnel susceptible d'apporter une aide spécifique à la souffrance psychique.

Le travail du psychologue au CSST EGO peut se décliner selon cinq types d'interventions différentes :

#### **L'évaluation clinique lors des premiers entretiens**

Chaque usager demandant à être suivi au centre de soins doit s'inscrire dans un parcours de soins personnalisé qui commence par un « premier accueil » et un « entretien d'évaluation ». Les psychologues et les autres professionnels du CSST y participent. Après évaluation, certains patients peuvent être orientés à l'extérieur du centre.

Cette évaluation porte principalement sur les motivations du patient et l'adéquation entre la demande de soins, et l'offre thérapeutique du CSST. L'entretien d'évaluation considère plusieurs dimensions : évaluation addictologique, évaluation psychopathologique et évaluation motivationnel.

Au niveau addictologique, il s'agit d'évaluer la situation de l'utilisateur par rapport aux substances psychoactives, au niveau de sa consommation (usage, abus ou dépendance) et aux problèmes analogues. Il est important d'appréhender la fonction du produit dans l'économie psychique du sujet ainsi que l'existence d'autres troubles addictifs comme par exemple les addictions sans substances. Par ailleurs, l'analyse du contenu biographique du patient représente un outil important dans la démarche de soins de celui-ci.

Au niveau psychopathologique, sont évalués les capacités cognitives, la présence de troubles psychologiques et comportementaux ainsi que le rôle de ces troubles dans le maintien de l'addiction. Une attention particulière sera accordée aux troubles psychiatriques.

Enfin, l'évaluation motivationnelle repère le stade de motivation du patient quant à son engagement dans une action thérapeutique. Quels sont les freins ou au contraire les leviers et les moteurs du changement ?

Une bonne évaluation initiale demande du temps, et il peut être nécessaire de rencontrer certaines personnes plusieurs fois pour élaborer la meilleure orientation possible, c'est à dire celle qui se révélera suffisamment solide et adaptée à la situation et la problématique du patient.

A tous les stades de la prise en charge, le psychologue peut affiner l'évaluation du patient en s'appuyant aussi sur des échelles standardisées. Les outils les plus fréquemment utilisés au CSAPA EGO sont les suivants :

**L'ASI (Addiction Severity Index)** est un instrument semi-structuré qui évalue le degré de gravité de la toxicomanie en se basant sur différents domaines de la vie du sujet ainsi que les besoins du patient dans les 7 dimensions suivantes : état médical, emploi et ressources, usage de drogues, usage d'alcool, situation légale, relations familiales et sociales, état psychologique. C'est l'outil d'évaluation de la gravité de la toxicomanie le plus utilisé cliniquement, mais aussi très couramment cité dans la recherche internationale. En effet, l'ASI a fait l'objet de nombreuses études de validation (depuis 1979, date de sa création) qui ont attesté de sa fiabilité et de sa validité. Ses bonnes qualités métrologiques en font un outil standardisé pertinent et partageable. La principale difficulté est sa durée de passation : un minimum de 45 minutes pour un public sans déficits cognitifs.

**Le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)** est un instrument diagnostique semi-structuré, d'une durée de passation brève (environ 20 minutes), explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV-TR. Développé simultanément en français et en anglais à la fin des années 1990, le M.I.N.I. a fait l'objet de nombreuses études de validation et est utilisé aujourd'hui dans plus de 50 langues. Le M.I.N.I. est utilisé par des cliniciens, et constitue un outil d'aide au diagnostic et de repérage systématique des troubles psychiatriques.

**L'OCCS (Obsessive Compulsive Cocaine Craving Scale)** est destinée à mesurer le craving. Sous forme d'un hétéro-questionnaire cette échelle évalue les obsessions et compulsions liées à la cocaïne, l'intensité de la lutte contre les obsessions et compulsions ou encore le degré de contrôle perçu par rapport au produit. On obtient un score global, et deux sous-scores, un d'obsession et un de compulsions. Une collaboration entre l'association EGO et l'hôpital Fernand Widal (service de psychiatrie du Pr Lépine) a permis de valider cette échelle en France (Bellais L., Vorspan F., Romo L., Gascon J., Neira R. (2008). OCCS : a new questionnaire assessing cocaine craving. *European psychiatry*, April 2008, Vol. 23 – Suppl. 2 – p. S1-S410).

**Le CIP (Inventaire des symptômes psychotiques induits par la cocaïne)** est un inventaire en cours de validation en partenariat entre l'AP-HP Fernand Widal et EGO. C'est une adaptation française de la Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-induced Psychosis (Cubells & al., 2005). Il prend la forme d'un hétéro-questionnaire dans lequel sont explorées toutes les manifestations psychotiques pouvant se manifester sous cocaïne. Les symptômes sont regroupés en trois rubriques: idées délirantes, hallucinations et troubles du comportement. Le sujet répond par oui ou par non quant à la présence de chaque symptôme quand il consomme de la cocaïne. L'évaluateur cote régulièrement l'intensité des symptômes ainsi que son degré de certitude sur la présence de ces derniers.

### **Psychothérapie et prise en charge de la dépendance**

Deux offres complémentaires existent au CSST EGO : psychanalytique d'une part, et comportementale et cognitive d'autre part. La psychothérapie peut être (ou non) accompagnée d'un traitement médicamenteux. Au delà des traitements psychotropes classiques il y a des patients suivis en TSO ou avec une molécule à l'essai (N-acétylcystéine ou aripiprazole) dans le cadre d'un protocole crack.

La psychothérapie nécessite un suivi régulier dans la durée. En cas d'hospitalisation, cela implique par exemple que le psychologue se déplace au chevet du malade pour assurer la séance de psychothérapie (cette situation s'est présentée à de nombreuses reprises cette

année). On peut parler de psychothérapie quand le patient identifie son mode de fonctionnement psychique habituel comme entraînant une souffrance chez lui (et/ou chez les autres), mais aussi représente quelquefois un handicap. On se situe alors dans le traitement des troubles psychiatriques et de personnalités (axes I et II du DSM IV). Le traitement psychothérapeutique tendra toujours vers un assouplissement et une dérigidification du fonctionnement du sujet. L'efficacité de ce traitement implique des rendez-vous réguliers avec le psychologue.

Dans ce cadre, les psychothérapies sont en générales orientées vers le traitement de la dépendance, cependant il est fréquent que les psychologues réalisent des psychothérapies dites non spécifiques.

Lorsque le traitement est orienté vers la réduction ou la modification des comportements addictifs le psychologue accompagne et soutien les patients en difficulté vers une dynamique de changement de ces conduites. On peut se représenter le travail psychologique réalisé avec les personnes dépendantes en trois étapes successives.

Dans un premier temps, le travail est essentiellement motivationnel. L'objectif est d'aider le patient à développer ses propres ressources en faveur d'un changement, à résoudre son « conflit d'ambivalence » : les bénéfices du changement sont alors perçus comme supérieurs à une situation antérieure dominé par un fort sentiment d'immobilité. Ce travail nécessite du temps : celui de créer une alliance thérapeutique de qualité, une relation de confiance et d'estime réciproque. La psychothérapie va renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient, ce dernier en retrouvant confiance en lui, aura une meilleure perception de ses propres capacités ce qui facilitera son engagement dans l'action. Peu à peu un plan d'action de plus en plus précis pourra être défini. A mesure de la prise en charge, le patient changera ses interrogations passant du « pourquoi c'est important pour moi de changer » au « comment je pourrais m'y prendre ? ».

Pour poursuivre et maintenir ce travail de soins, il est nécessaire de proposer une prise en charge adéquate : c'est le moment de passer à l'action ! C'est la seconde étape, il peut s'agir par exemple d'un sevrage (en milieu hospitalier ou en ambulatoire). Le patient est alors souvent déstabilisé, déséquilibré, il abandonne en quelque sorte les repères qui étaient les siens. Il se trouve confronté à des émotions qu'il doit être en mesure de gérer autrement que par l'usage du produit, des pensées et souvenirs plus ou moins pénibles qui refont surface, quelquefois des troubles psychologiques qui réapparaissent alors qu'ils étaient plus ou moins masqués par le produit. Les entretiens psychologiques vont entre autres choses viser à soutenir le patient dans sa démarche, et à développer la confiance et l'estime de soi.

Après un certain temps, la période « aigue » de changement est passée. Le patient est plus posé, et commence à reconstruire un nouvel équilibre, un autre mode de vie maintenant sans le produit. Néanmoins, il garde toujours une grande vulnérabilité par rapport au produit. Cela nous amène à la troisième étape du traitement, celle de la prévention de la rechute.

Il existe différents modèles de traitement psychique. Il nous semble important de ne pas privilégier une orientation particulière mais au contraire d'adapter la stratégie thérapeutique à la demande du patient. Au CSST EGO, la prise en charge psychologique de la dépendance se décline sous 3 formes.

**Psychothérapie d'orientation psychanalytique** : c'est le traitement psychique classique hérité du modèle freudien. C'est un traitement qui a la parole comme outil principale. L'inconscient et la fantaisie sont considérés comme étant à l'origine des symptômes. La dépendance est traitée en rapport à l'histoire du patient sous tendu par des mécanismes inconscients qui déterminent celle-ci

**Psychothérapie d'orientation cognitive et comportementale** : les thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'intéressent aux sources cognitifs et émotionnels du comportement. Le traitement est ciblé très concrètement sur la dépendance spécifique du patient et le contexte émotionnel et cognitif de la consommation. L'analyse de ces éléments permet de créer des stratégies adaptées à chaque patient permettant de réduire ou arrêter les comportements addictifs.

**Traitement psychologique de la dépendance non spécifique** : Nous classons dans cette catégorie toutes les approches psychologiques aux problématiques de dépendance non classable tant psychanalytique que cognitive comportementale. Par exemple, rentre dans cette catégorie, la préparation pour un départ en post cure ou en communauté thérapeutique.

### Les entretiens de soutien psychologique

Les entretiens de soutien psychologiques consistent à offrir à la personne une aide ponctuelle ou plus durable adaptée aux difficultés rencontrées. L'objectif n'est pas clairement défini au départ, ni ciblé sur le traitement d'un trouble identifié. Le psychologue est alors quelquefois vu par le patient comme un référent. Le psychologue se constitue en une base de soutien social même si le patient ne vient pas à tous les rendez-vous. Par sa présence au centre, le psychologue apporte un sentiment de continuité dans le parcours de soins du patient et cela même si la relation installée avec lui est discontinuée. Cette discontinuité dans le soin est une caractéristique souvent présente chez les patients dépendants au crack. Véritable discontinuité du contact, elle diffère d'une rupture complète du lien.

Les entretiens cliniques de soutien psychologique recouvrent plusieurs réalités. Il peut s'agir d'une intervention en situation de crise, d'un soutien psychologique dans la durée ou de visites à l'hôpital ou en milieu carcéral.

**Soutien psychologique dans le cadre d'une crise** : Une personne peut émettre le souhait de « voir un psy » en état de crise, car désespérée, ou suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par exemple.

**Soutien psychologique dans la durée** : Le soutien psychologique peut aussi s'inscrire davantage dans la durée. Il s'agit alors de proposer un soutien social, et d'éveiller la « curiosité » des patients à leur fonctionnement psychologique. Les entretiens n'ont pas alors forcément un but très précis, prévu à l'avance.

**Visites à l'hôpital ou en prison** : Pour préserver le lien, le psychologue peut se déplacer en milieu carcéral ou à l'hôpital préparant le patient à sa sortie.

### Quelques statistiques pour l'année 2009

Les statistiques suivantes classifient les suivis de patients selon les paramètres vus ci-dessus. Nous considérons pour ces statistiques uniquement les suivis avec des patients qui ont eu au moins 5 entretiens avec le psychologue pendant l'année 2009.

Patients évalués et orientés	7	
Patients suivis en psychothérapie non orientée sur la dépendance	6	
Patients suivis en soutien psychologique	Intervention en crise	4
	Suivi dans la durée	12
	Visites à l'hôpital ou prison	21 visites
Patients suivis en psychothérapie pour le traitement de la dépendance	Orientation psychanalytique	3
	Orientation cognitive et comportementale	5
	Non spécifique	4
Total de patients suivis régulièrement par les psychologues	41	

## La prise en charge sociale et éducative

L'accompagnement socio-éducatif est assuré par deux assistantes sociales et une éducatrice spécialisée. Il s'inscrit dans l'objectif général du C.S.S.T. à savoir, la prévention et le traitement des addictions.

Les missions spécifiques de l'accompagnement socio-éducatif portent sur plusieurs aspects de la situation des patients et de leurs conditions de vie :

La dimension administrative (mise à jours des droits), la dimension matérielle (réduire l'impact de la précarité : hébergement, ressources...), l'accès aux soins (orientation vers d'autres structures sanitaires ou médico-sociales spécialisées ou non), la résolution de problèmes juridiques, les relations familiales et sociales, le soutien psycho- social et l'organisation du temps (activités socio- éducatives).

Les patients forment un ensemble relativement hétérogène, tant au niveau de la précarité que de leur rapport au soin même si dominant des situations de très grande précarité.

Les descriptions qui suivent tentent d'établir un résumé des actions menées en termes d'accompagnement socio – éducatif en fonction des différents axes d'intervention.

### Accès aux Droits

Lorsqu'un suivi est initié au CSST, la plupart des patients n'ont pas leur situation administrative à jour. Parfois, il s'agit uniquement de démarches pour établir de droits à la sécurité sociale (CMU, CMU-C/ AME). D'autre fois, les personnes n'ont pas d'« existence » administrative : ni documents d'identité, ni domiciliation. Ces non existences administratives ralentissent fortement la mise à jour des droits et des possibilités par la suite d'hébergement, de ressources et de soins.

#### Ressources :

	2008	%	2009	%
Revenus du travail	27	11,8	30	9,1
ASSEDIC	5	2,2	14	4,2
RMI / RSA	64	28,1	107	32,4
AAH	23	10,1	34	10,3
Autres prestation sociale	1	0,4	3	0,9
A la charge d'un tiers	2	0,9	7	2,1
Autres ressources / Sans revenus	106	46,5	135	40,9
NSP / NR	74		59	

Les données sont assez similaires d'une année sur l'autre et confirment que le public reçu au CSST EGO vit dans une situation sociale 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/OFDFT ») contre 40,9% au CSST EGO. Inversement, le pourcentage de patients avec « revenus du travail » au niveau national est de 37,4% contre 9,1% au CSST EGO.

#### RSA

Le Revenu de Solidarité Active institué depuis juin 2009 a systématiquement remplacé le RMI ainsi que l'Allocation de Parent Isolé.

On observe une légère augmentation du nombre de personne au R.S.A. en 2009. Sur l'année 2008, 28.1% des personnes suivis percevaient le R.S.A contre 32,4% en 2009.

Le montant actuel du R.S.A est de 460 euros pour une personne seule sans enfant. Bien souvent, ces revenus sont rapidement dépensés et ne permettent pas conjointement de se nourrir et de se loger, spécialement en région parisienne.

Soulignons, que le R.S.A est attribué aux personnes ayant une carte nationale d'identité ou un titre de séjour d'au moins 5 ans. Une partie de notre public ne peut donc en bénéficier.

### **AAH**

Au niveau de l'Allocation adulte handicapée (681 euros pour une personne seule), on remarque une certaine stabilité entre 2008 et 2009. 10, 1% des personnes suivies en 2008 percevaient l'AAH contre 10, 3% en 2009. Le taux de personnes bénéficiant de l'AAH est relativement plus fort que celui de la moyenne nationale (2,45%). (réf <http://bdsi.social.gouv.fr>). Ceci peut s'expliquer par les difficultés que peuvent rencontrer les personnes usagères ainsi que leurs profils social, médical et psychiatrique. En effet, le public reçu est plus enclin à percevoir l'AAH : difficultés psychiatriques, difficultés motrices ou physiques (conditions de vie, absence de soin...)

### **Sécurité sociale :**

Avoir ses droits de sécurité à jour est un préalable essentiel à l'accès et à la continuité des soins. Nous établissons des dossiers de demande à la Sécurité sociale. Selon les cas, les demandes de justificatifs peuvent être nombreuses et parfois difficiles à réaliser. Les patients sans titres de séjour, peuvent faire une demande d'Aide Médicale Etat (AME) qui doit couvrir la plupart des Soins.

### **Pièces identité- Titres de séjour – Droit des Etrangers**

Les chiffres montrent une quantité importante de patients sans documents d'identité. Or la carte d'identité, le titre de séjour ou la carte de réfugié sont des éléments essentiels pour l'ouverture de nombreux droits (sécurité sociale, CMU, RSA, AAH...) mais aussi pour bénéficier de certains dispositifs (ex : centre d'hébergement) ou encore pour pouvoir s'inscrire dans une logique d'insertion (formation, emploi).

Posséder un document d'identité est la base de nombreuses démarches. Même pour le renouvellement d'une carte nationale d'identité, constituer un nouveau dossier s'avère une démarche longue et difficile pour notre public. (Ex : Demander un extrait d'acte de naissance, effectuer une domiciliation, réaliser des photos d'identité...). Depuis peu, l'administration demande, dans certains cas, des certificats de nationalité française. Ces certificats sont nécessaires, aussi, lorsque la personne avait déjà une carte d'identité française. L'obtention de ces certificats se fait auprès du tribunal d'instance.

Au niveau des demandes de titres d'identité pour étrangers, il est préférable pour les personnes d'être accompagnées par un travailleur social ou une conseillère juridique. Aujourd'hui, l'obtention de documents d'identité pour un ressortissant étranger reste une procédure lourde et à l'aboutissement incertain. Actuellement les demandes d'asile politique sont majoritairement déboutées. Il est intéressant de noter qu'un dossier de demande de régularisation nécessite de pouvoir justifier d'un hébergement.

Les patients peuvent également consulter les deux conseillères juridiques du CARRUD EGO.

### **Carte transport**

L'île de France offre la gratuité des transports si la personne possède le RSA. Cet avantage découle de l'obtention systématique de la CMU-C lors d'une demande de RSA. Dans les autres cas, comme les faibles revenus, les minima sociaux ou l'AME, il est possible pour la personne d'obtenir une réduction de 75 % sur le tarif habituel. Une grande partie de notre public n'ayant ni document d'identité ni droits à jour, ne peut prétendre ni à l'un ni à l'autre. Ceci amène les personnes à des situations d'infractions, ce qui vient alors alourdir le montant des dettes et autres amendes contractés.

En effet, certains de nos patients ne payent pas leurs titres de transport. Les dettes sont vite majorées et les montants à payer deviennent importants. Nous pouvons nous mettre en relation avec leurs débiteurs, lorsque la dette n'est pas passée au service contentieux. Sinon, nous tentons de fixer un échéancier, sans prélèvement automatique (ce n'est pas possible sur un livret, ce que possèdent beaucoup des personnes soignées au CSAPA), il faut alors payer chaque mois régulièrement par un mandat (payant à partir de 6 ou 7€ par mandat).

## Accès à l'Hébergement

	2008	%	2009	%
Logement durable	69	27,8	107	28,3
Logement provisoire	69	27,8	79	25
SDF	110	44,4	159	46,7
NSP / NR	54		44	

46,7% 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

Nous pouvons également observer une augmentation importante du nombre de personnes sans domicile fixe en 2009.

Donc, les interventions pour l'accès à l'hébergement constituent une part très importante du travail d'accompagnement social réalisé au CSST EGO. Tout d'abord, 71,7% des patients sont dans une situation précaire par rapport à leur hébergement (46,7% n'ont pas d'hébergement, et 25% un hébergement/logement provisoire), ce qui soutient une demande continue. Le centre de soins de l'association EGO est un CSST ambulatoire sans hébergement. Cela implique une recherche constante de structures adaptées auprès de différents partenaires :

- Les CSST avec hébergement : par le biais de rencontres et d'échanges (entretiens téléphoniques, nous avons développé un partenariat avec différentes structures de soins avec hébergement comme CSST Charonne, CSST Pierre Nicole, CSST Horizon, CSST Clemenceau...
- D'autres structures spécialisés addictions telles : Sleep'off, MAAVAR, Proses, la cité le Village, CHRS Charonne...
- Les centres d'hébergement spécialisés pour sortants de prison ou bénéficiaires d'aménagements de peine: l'Estran, le Verlan, l'ARAPEJ, l'APCARS, L'Îlot...
- Les hébergements d'urgence : nous faisons régulièrement appel CSST Sleep In et au 115. Le Centre Israélite de Montmartre est aussi un partenaire privilégié.
- Les hébergements de stabilisation : Depuis 2007, une convention avec le foyer André Jacomet nous permet d'orienter des patients désireux d'intégrer une structure de stabilisation. Nous y disposons de 2 places. Trois personnes y ont été hébergées en 2009. Un autre partenaire avec lequel nous sommes conventionnés : le CHU Pereire devenu CHS qui, depuis ce changement de statut, rencontre, comme tant d'autres, des difficultés à nous proposer des places.
- Autres CHRS : cette année nous avons orienté des patients vers d'autres CHRS, notamment le Palais de la femme et l'Etoile du matin.

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

Les séjours en hôtel proposés par le CSST EGO sont de courte durée et sont réservés en priorité aux patients pour lesquels l'hébergement est indispensable pour l'accès aux soins. 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.

	2008	2009
Nombre de nuitées	198	286
Nombre de patients	22	34

- 14 personnes différentes ont bénéficié de nuitées ponctuellement.
- 14 autres personnes ont bénéficié de nuitées favorisant leur inscription dans leur démarche de soins et la construction d'un projet d'hébergement plus stable (5 personnes ont intégré un CHRS, 6 personnes un CHS et 3 personnes ont été orienté vers le dispositif APCARS dans le cadre d'une injonction thérapeutique.
- 6 autres ont été à la suite orientées vers un CTR ou une communauté thérapeutique.

## Le travail réalisé en partenariat avec le dispositif APCARS

Dans le cadre du plan crack un dispositif spécifique pour l'hébergement d'usagers de crack sous injonction thérapeutique a été mis en place par l'APCARS. Ce dispositif a beaucoup contribué à l'accompagnement et aux soins de patients suivis au CSST EGO. L'APCARS est ainsi progressivement devenu l'un de nos principaux partenaires. En effet dix patients ont bénéficié de ce dispositif :

- 4 personnes suivies au CSST ont construit durant cette prise en charge un projet d'hébergement stable et ont pu intégrer un CHRS
- 2 autres ont construit à la suite un projet de départ en communauté thérapeutique ou en post cure.
- 1 est encore hébergé
- 3 sont sortis du dispositif sans suite

## L'aide au quotidien

### Soutien social et éducatif

Au delà du soutien dans les démarches concrètes, une grande partie de l'activité des travailleurs sociaux consiste à offrir un soutien psychologique. Il s'agit à la fois d'effectuer un travail motivationnel avec les personnes, lorsqu'elles expriment leurs doutes, leurs peurs ou leurs angoisses face à une démarche ou un projet. Il s'agit autant de discuter et créer du lien que de proposer une écoute active face aux difficultés des personnes et les soutenir.

### Aide au transport des usagers

- Tickets de métro pour les démarches de soins à l'hôpital, laboratoires, services spécialisés et aussi administratives. Un certain nombre de personnes que nous suivons n'ont pas de droits ouverts et ont beaucoup d'amendes, d'autres ne peuvent avoir de droits et de revenus et encourent des risques à voyager sans titres de transport. Une vingtaine de tickets métro sont distribués en moyenne par semaine.
- Les billets de train sont utilisés pour que les personnes soignées se rendent dans les post-cures ou communautés thérapeutiques ou dans des cliniques un peu plus proches.

- Les chèques de services

En raison des besoins des patients et en adéquation avec nos possibilités, 1065 chèques de services d'une valeur de 5 euros ont pu être distribués à 73 patients en 2009.

18 patients ont reçu un seul chèque

37 entre 2 et 5 chèques

10 entre 6 et 20 chèques

8 plus de 20 chèques

### **Activités culturelles et socio-éducatives :**

Les activités culturelles et socio-éducatives prennent sens dans une proposition d'organisation du temps, de découvertes, d'ouverture et de plaisir.

### **Les sorties culturelles et sportives**

Les personnes initiant une démarche de soin ont la possibilité de participer aux activités de l'association, comme les différents ateliers du CAARUD.

Ils bénéficient également des places mises à disposition par l'association « Cultures du cœur ». Il s'agit de places de sorties et spectacles culturels et sportifs. (Théâtre, spectacles, concerts, cinéma, piscine).

### **La mise en place d'activités collectives socio-éducatives.**

L'année 2009 a vu la mise en place d'un projet d'activités collectives socio-éducatives pour les personnes usagères dans le cadre du CSST. Depuis octobre 2009, des sorties collectives ont, ainsi, été mises en place par l'éducatrice du CSST en collaboration avec l'assistante sociale stagiaire. Ces sorties sont à destination des usagers du CSST et du CAARUD et ont pour objectif : amener les usagers à sortir de leurs schémas quotidiens et de leurs environnements habituels, faire émerger des intérêts extérieurs au produit par la découverte d'autres sources de plaisir, promouvoir le vivre ensemble. La première sortie a eu lieu en novembre 2009 il s'agissait d'une sortie à la forêt de Fontainebleau avec Promenade et pique-nique.

### **Les prises en charges Santé/Justice**

#### **Les injonctions thérapeutiques**

Nous avons reçu 29 orientations de la DASS de Paris pour Injonctions thérapeutiques, 24 personnes ont été vues dont 4 personnes avec 2 injonctions chacun. Tous ces patients ont eu des injonctions pour usage de crack. Le Tribunal de Grande Instance de Bobigny (93) nous a orienté 4 personnes, et une autre a été orienté par le TGI de Créteil (94). Le suivi de ces personnes nécessite des contacts étroits et fréquents avec les interlocuteurs du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Il nous faut souvent rappeler aux personnes leurs dates de convocation avec la Justice, leur expliquer, les préparer, éventuellement les accompagner aux convocations. Il faut aussi permettre, qu'ils téléphonent de notre bureau aux Conseillers d'Insertion et de probation du SPIP de Paris ou d'autres départements

Les personnes reçues se saisissent plus ou moins de la rencontre avec notre centre. Pour certains la venue au centre semble une pure formalité une fois par mois pour rencontrer la personne qui fera le certificat. Mais d'autres se saisissent aussi des possibilités de soin.

### **L'obligation de soins**

Nous avons reçu 3 personnes dans ce cadre ce qui représente moins de 1 % de la file active.

### **La prison**

En 2009, 20,63% des femmes reçues ont été incarcérées, et 66,08 % des hommes.

Les personnes incarcérées nous sollicitent pour préparer leurs soins à leur sortie (aménagement de peine avec sortie anticipée), par téléphone ou par courrier. Afin de coordonner et d'améliorer la continuité de la prise en charge des personnes sortant d'incarcération nous essayons actuellement de mettre sur place une réunion générale avec nos partenaires du milieu pénitentiaire.

**TGI** – des travailleurs sociaux du service d'enquêtes rapides nous téléphonent pour que nous confirmions, par exemple, qu'une personne est bien suivie chez nous. Le fait que la personne aie rencontré un service de soin pour les addictions est alors perçu positivement.

### **La permanence sociale à STEP**

Une assistante sociale du CSST tient une permanence le mardi soir (18h30 à 22h30) au CAARUD-STEP, dans un but d'information sur les droits et les possibilités thérapeutiques proposées au CSST. L'assistante sociale participe ponctuellement au travail de rue de STEP où le service va à la rencontre des personnes dans des lieux précis afin de distribuer, en sus de thé ou de café, du matériel de réduction de risques et des informations.

## **FORMATIONS, REUNIONS ET AUTRES ACTIVITES**

### **Les réunions cliniques**

Au cours de l'année 2009 nous avons mis en place des réunions cliniques. Ces réunions consistent en l'étude approfondie d'un cas suivi par le CSST EGO. Ce cas est analysé par toute l'équipe avec la présence d'un clinicien extérieur à l'institution. Le cas clinique est présenté par écrit et envoyé aux participants la semaine précédent la réunion.

Les cliniciens invités ont été les suivants:

1. Dr Philippe de Lapanouse, Bernard Pourcel et Dominique Taburet du CSST Le Peyry.
2. Dr Diana Kamienny-Boczkowski – Psychiatre Psychanalyste
3. M. Patrice Nomine – Psychologue – CSST Espace Murger
4. Dr Derek Humphreys - Psychiatre Psychanalyste

### **Les formations individuelles du personnel du CSST**

Infirmier	D.U. Périnatalité et addictions (Université Paris VII)
Médecin	D.U. Addictions, Psychiatrie, VIH et hépatites virales (Université Paris XI)
Infirmier	D.U. Santé, Malade, soins et culture (Université Paris V)
Psychologue	Formation qualifiante TCC (AFTCC)
Psychologue	Première approche du jeu excessif et du jeu pathologique (SERT Marmottan)
Educatrice	Prévention des addictions et des conduites à risques chez les femmes (EGO - 6 jours)
Educatrice	RdR associée aux différents modes de consommation (EGO -4 jours)

### **Les formations collectives de l'équipe du CSST réalisées sur site**

- Séminaire interne : « Le défi posé par l'articulation et la complémentarité entre réduction des risques et soins dans le champs des addictions. »
- Formation à la passation de l'échelle A.S.I. Cécile Denis, Laboratoire Psychiatrie (Université Bordeaux 2)
- Les gestes d'urgence – Association Urgences et prévention
- Prise en charge des arrêts cardiaques - Association Urgences et prévention
- Grossesses et addictions – Pr Claude Lejeune
- Les protocoles de sevrages cocaïne/crack – Dr Laurent Karila
- Le fonctionnement de la justice – M Benoît Descoubes, Magistrat

- Les substances illicites – Dr Pierre Demoor
- L'alcool : le produit et les traitements – Dr Philippe Coeuru, Psychiatre
- Le tabac : le produit et les traitements – Dr Philippe Coeuru, Psychiatre
- Les principaux médicaments psychotropes détournés de leur usage – Dr Nicolas Bonnet, Pharmacien
- Utilisation du Fibroscan (1 journée)

### **Participation à des colloques, conférences, séminaires, journées...**

- Conférence Latine de Réduction des Risques du 1<sup>er</sup> au 4 juillet 2009 (1 personne – 4 jours)
- Les Rencontres nationales de la réduction des risques liée à l'usage de drogues (AFR) (2 personnes – 2 jours)
- Les Journées addictologie A.P.H.P. (2 personnes -1 journée)
- Séminaire « Crack et délinquance » CIFAD (Centre Interministériel de Formation Anti Drogue) (1 personne – 3 jours)
- Les usages des drogues des adolescents parisiens (Ville de Paris) (2 personnes)

### **Activités de formation et d'enseignement assurées par des membres de l'équipe du CSST EGO**

- Cité André JACOMET
- IFSI Hôpital Bécclère
- Union des clubs et équipes de prévention
- Ecole service social CRAMIF
- Mission Départementale de Préventions des conduites à risques de la Seine Saint Denis – IREMA
- CRIPS – CIRDD Ile de France
- CSST LE PEYRY

### **Accueil des stagiaires**

- Mme Agnès Cluzel – Infirmière (DESU prise en charge des addictions – Paris VIII)
- Mme Sylvia Tedesco – Psychologue et Pédagogue
- Melle Ania Stencil – Psychologue – DU addictologie : morbidités et comorbidités psychiatriques - Paris V
- Melle Laura Handschuh - Master 2 Psychologie -
- Melle Sarah Yautier – Service Social 3ème année
- Melle Jeanne Latallerie - Infirmière
- Melle Chloé Maréchal – Master 1 Psychologie

- Melle Louise Bellanger – Service Social 3ème année
- Melle Raphaëlle Masella – Master 2 Psychologue – Paris VII
- Melle Aude Wyart – Master 2 Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
- Melle Maria Leon Perez – Service social 2<sup>ème</sup> année
- M. Michel Lauret, M. Nicolas Rivière, Mme Alizé Secker élèves infirmiers IFSI Théodore Simon

### **Les réunions publiques**

- DRASSIF (groupes de travail de la Commission Régionale Addiction)
- DASS de Paris (réunions PMT)
- DRASSIF (Réunions relatives au plan crack pour le nord-est parisien)
- DASS de la Seine Saint Denis (réunions concernant la scène ouverte de la ville de Saint Denis)
- O.R.S (Observatoire Régional de la Santé)
- Réunions COREVIH
- Service des injonctions thérapeutiques – Dispositif APCARS

### **Les réunions et rencontres régulières avec les partenaires**

- Fernand Vidal – Espace Murger
- ECIMUD Bichat
- GAIA
- ELP
- AREMEDIA
- LE PEYRY
- EPISEA
- Coordination Toxicomanie

### **Visite des délégations ou équipes extérieures**

- CDP Blenheim Project (Londres)
- CSST Pointe à Pitre
- CSST LE PEYRY
- CSST Horizon
- CASIP-COJASOR
- Service des Injonctions Thérapeutiques (Bobigny)

## Évaluation interne 2009

Un référentiel d'évaluation interne a été élaboré durant l'année 2008. Ce dispositif rend possible l'évaluation du projet thérapeutique selon l'adéquation des prestations délivrées avec les objectifs définis. À ces fins, les projets individuels sont classés dans les entretiens d'évaluation et de premier accueil selon le type de stratégie prioritaire de soin à mettre en place. Les stratégies possibles sont :

1. Traitement de l'addiction
2. Suivi sanitaire
3. Soutien et réduction des risques

Schématiquement, selon le référentiel proposé, trois aspects sont à mettre en relation : les services rendus aux patients, une appréciation de la pluridisciplinarité des interventions, des échelles d'évaluation clinique.

### Le dispositif adopté pour 2008 et 2009

Pour les années 2008 et 2009 nous avons décidé d'évaluer, d'un point de vue pluridisciplinaire, les améliorations de tous les patients ayant plus de six consultations pendant une période déterminée. Nous avons donc considéré les services rendus aux patients et la pluridisciplinarité des interventions. L'aspect de passation des échelles d'évaluation clinique n'a pas été pris en compte parce que la quantité d'échelles passées n'a pas été significative pour son exploitation.

En 2008 comme en 2009, l'évaluation a été effectuée les premiers jours de septembre. Elle s'est déroulée de la manière suivante :

- Des réunions pluridisciplinaires, animées par le coordinateur, et en relation avec les référents, ont permis de remplir collectivement un questionnaire permettant de porter un regard sur les améliorations observées chez les patients fréquentant le CSST.
- Ces améliorations sont appréciées par les professionnels sur différents registres :
  - Médical
  - Addictions
  - Psychologique
  - Social : emplois et ressources, légal et judiciaire, familial, logement
- Pour chacun de ces registres, les évolutions ont été notées sur une échelle de ce type : -2 / -1 / 0 / 1 / 2 (-2 étant l'évolution la plus négative et 2 l'évolution la plus positive).
- Le questionnaire a aussi permis de noter les types d'interventions réalisées auprès du public.

Ce travail a été réalisé au sujet des patients ayant eu plus de 6 consultations au CSST dans les périodes de janvier à juillet, aussi bien en 2008 qu'en 2009.

Au total, on dispose de ces informations pour un échantillon de 72 patients pour 2008 et 69 pour 2009.

Deux éléments sont exploités dans ce rapport, sur la base de ce questionnaire :

- Le degré de pluridisciplinarité de la prise en charge
- Les améliorations observées chez les patients au regard des différents regist<sup>res</sup> (médical, addiction, psychologique, social)

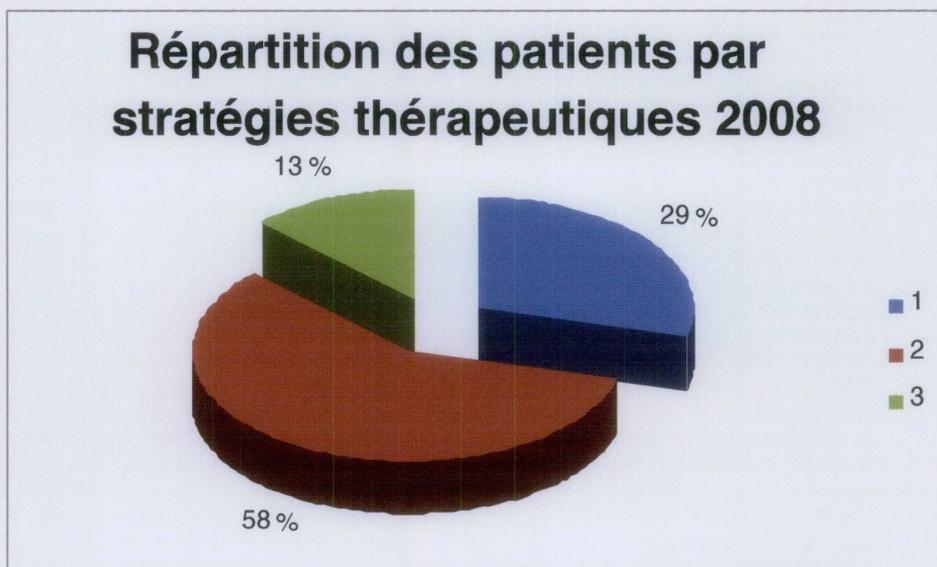
Ces deux éléments sont déclinés par type de stratégie de soin mise en place, en fonction du projet individuel.

### L'exploitation des résultats

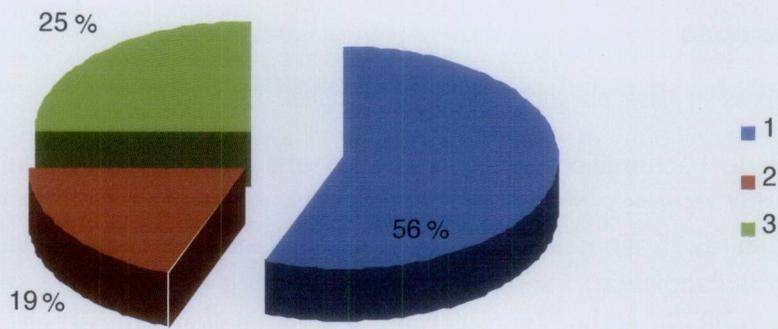
*La répartition par stratégie mise en place, en fonction du projet individuel*

Parmi les 72 patients de l'échantillon 2008, seul 13% ont été suivis selon la stratégie 3 (Soutien et réduction des risques), et la plus grande partie des patients (58%) relève de la stratégie 2 (suivi sanitaire). Enfin, 29% des patients de cet échantillon s'inscrit dans la stratégie 1 (traitement de l'addiction).

Il est à noter qu'en 2008, la stratégie traitement de l'addiction concernait uniquement l'addiction au crack. Cette raison peut expliquer en partie l'augmentation du nombre de patients suivis pour traitement de l'addiction en 2009 (56% contre 29% en 2008). En outre, il existe aussi une augmentation du nombre de patients suivis dans le cadre des stratégies de réduction de risques. Cela peut s'expliquer partiellement par l'effet d'un changement d'organisation qui cible les suivis plus clairement sur l'addiction et la réduction des risques, c'est-à-dire plus sur l'usage de drogues et moins sur l'aspect médical.

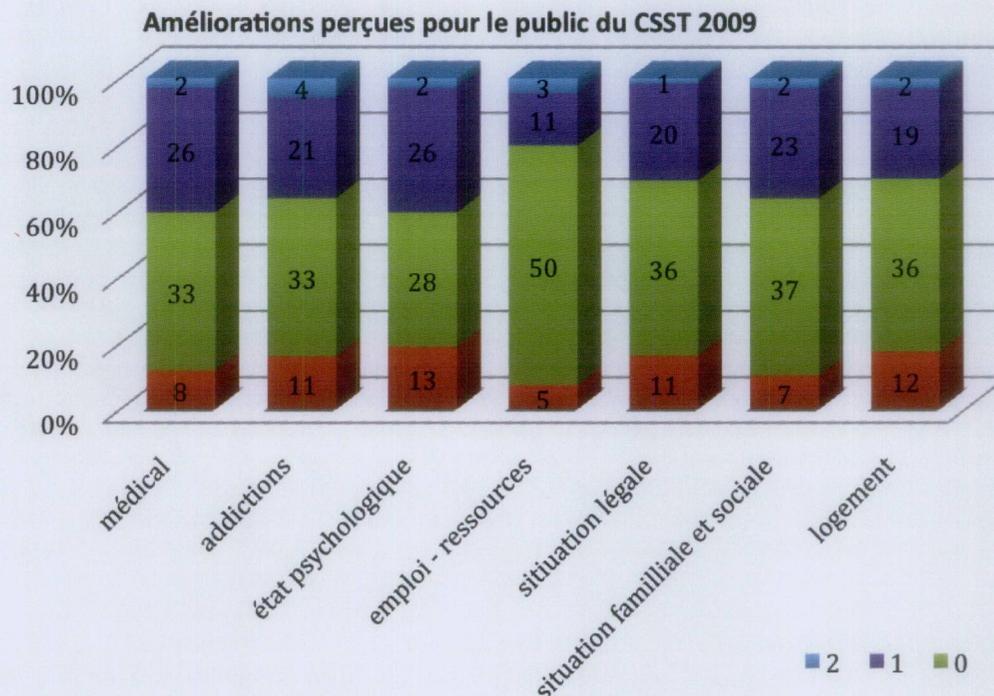


## Répartition des patients par stratégies thérapeutiques 2009



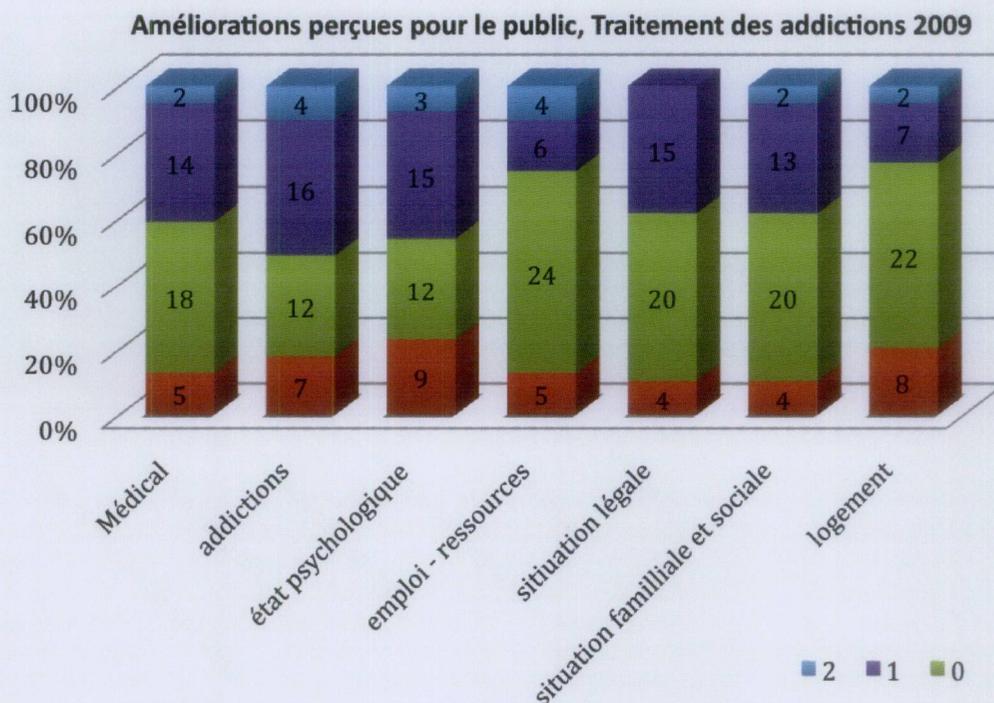
## Les évolutions perçues chez les patients selon la stratégie mise en place

Ensemble échantillon n= 69



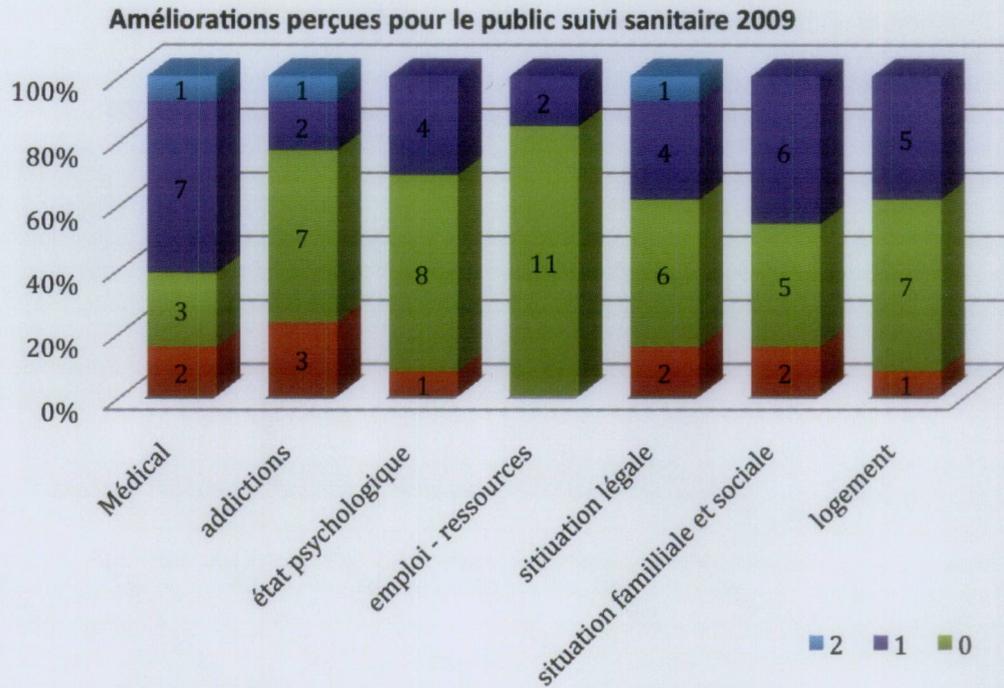
Ce graphique montre que, d'une manière générale, les patients fréquentant le CSST EGO en 2009 ont témoigné, selon la perception des soignants, d'améliorations nettes sur le plan médical et psychologique. La situation d'« emploi-ressources » est celle qui connaît le moins d'amélioration.

**Patients Inscrits dans la stratégie Traitement des addictions n=39**



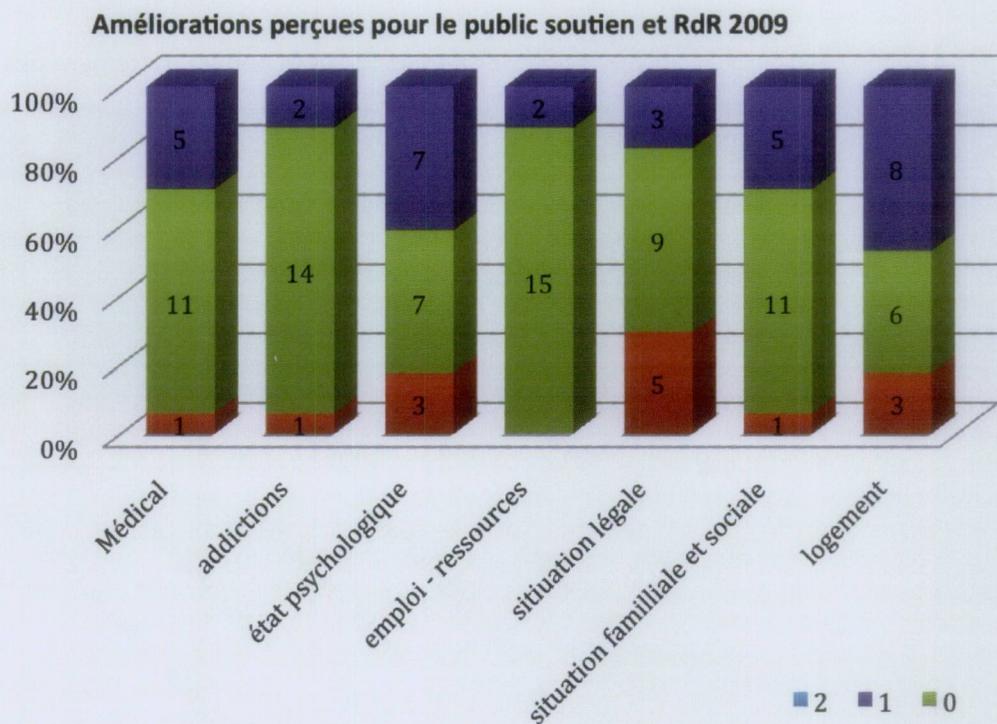
Si l'on considère uniquement les patients dont le projet peut être classé dans la catégorie traitement de l'addiction, des améliorations importantes sont manifestes sur tous les plans, à l'exception de ceux d'« emploi-ressources » et du « logement ».

**Patients inscrits dans la stratégie suivi sanitaire : n=13**



Les patients dont le projet est essentiellement un suivi sanitaire présentent visiblement une amélioration sur le plan médical, ce qui n'entraîne pas automatiquement une amélioration sur le plan des addictologies. La priorité pour ces patients n'est pas encore le traitement de la dépendance. Pour ces patients nous voyons cependant des améliorations sur le plan social et familial.

**Patient inscrits dans la RDR et soutien : n=17**

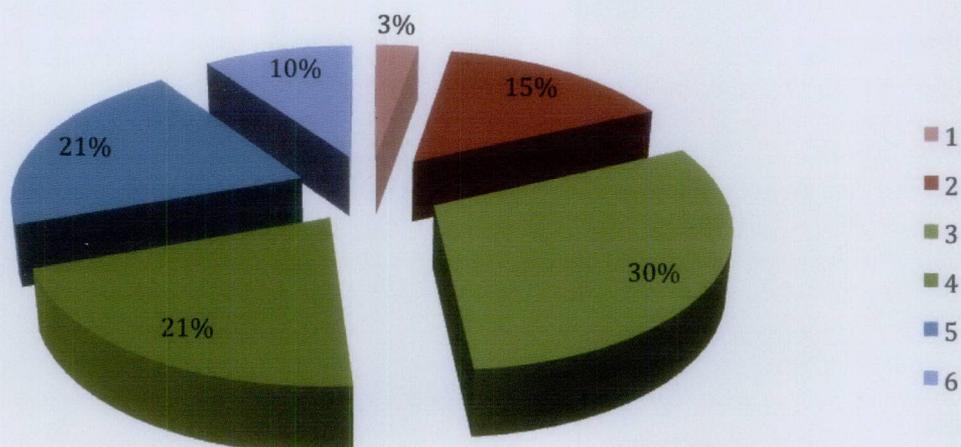


Les patients avec un projet relevant de la réduction des risques présentent des améliorations sur le plan psychologique et sur le plan du logement. Le plus souvent il ne s'agit pas du logement en sens propre mais d'un hébergement transitoire en institution. En revanche, aucun changement n'est constaté au niveau des ressources et des addictions.

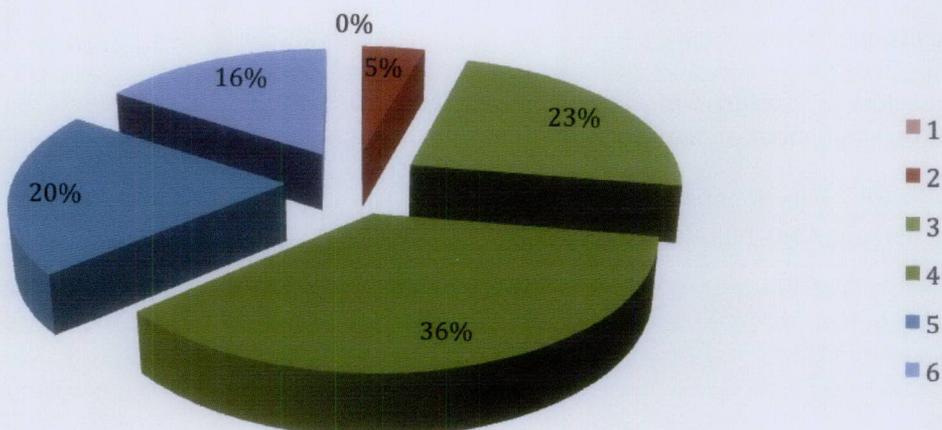
### Les parcours de soins pluridisciplinaires

Le degré de pluridisciplinarité est apprécié au regard du nombre de professionnels différents intervenus pour un même patient. Les catégories de professionnels différents peuvent être : médecin généraliste, psychiatre, infirmier, psychologue, éducateur spécialisé et assistante sociale. Un patient peut donc voir de un à six professionnels différents.

#### Degré de pluridisciplinarité des parcours de soin au CSST 2008

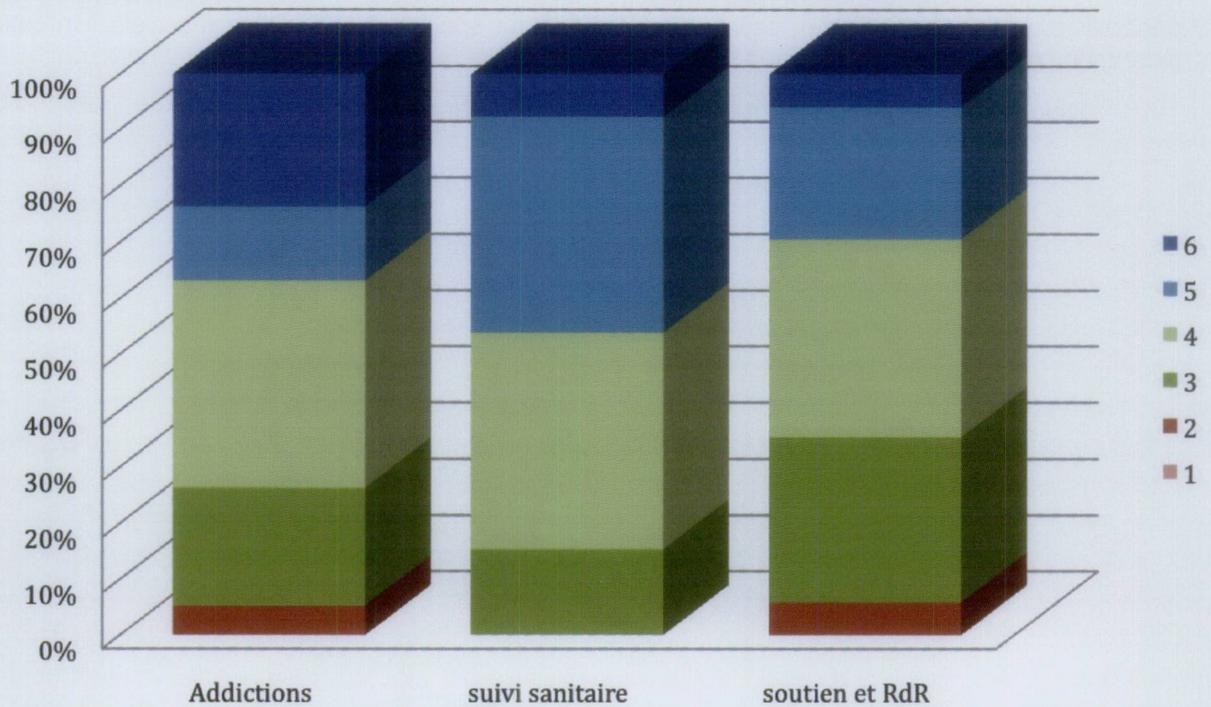


#### Degré de pluridisciplinarité des parcours de soin au CSST 2009



Ces graphiques montrent que la pluridisciplinarité a nettement augmenté entre 2008 et 2009. En effet, aucun patient suivi n'a vu qu'un seul professionnel en 2009. La majorité des patients voit entre trois et quatre professionnels différents (60%).

### Pluridisciplinarité des parcours de soin par stratégie thérapeutique 2009



Ce graphique montre le degré de pluridisciplinarité en fonction du type de projet. Le type de projet pour lequel la plus grande quantité de professionnels intervient est celui de suivi santé.

En conclusion :

- selon le registre considéré : les cas d'amélioration perçus sont plus nombreux dans les registres médical, addictologique et psychologique que dans les registres du champ social;
- selon l'objectif souscrit par le patient : plus l'on s'éloigne du bas seuil, plus les améliorations perçues sont importantes proportionnellement.