

CITOYENNETÉ

RESPONSABILISATION

SOLIDARITÉ

RAPPORT D'ÉVALUATION INTERNE P.E.S. STEP

Année 2000

Programme de prévention des risques et
de réduction des dommages de l'association EGO

ÉGALITÉ

CONVIVIALITÉ

PARTICIPATION

Espoir Goutte d'Or (adresse postale)
13, rue Saint-Luc 75018 Paris - Tél. : 01 53 09 99 40
STEP (Programme d'échange de seringues)
56, bd de la Chapelle 75018 Paris - Tél. : 01 42 64 23 21



Sommaire

De l'importance d'évaluer... p. 5

Les dimensions du programme STEP

La dimension de l'espace physique

Un territoire d'implantation : La Goutte d'Or p. 11
Un accueil de proximité p. 11
Un espace en interaction avec l'extérieur p. 12
L'organisation de l'espace p. 12

La dimension temporelle

Le temps de l'urgence p. 15
Le temps à plus long terme p. 16
Les temps de fréquentation du public p. 16
Les temps de travail et de réunions p. 18

La dimension du projet

Les caractéristiques d'une construction communautaire p. 21
La prévention des risques et réduction des dommages p. 22
Les principes de fonctionnement de STEP p. 22
Les activités du programme STEP p. 23

La pratique du collectif

La pratique d'une équipe communautaire p. 27
La pratique du collectif d'EGO p. 29

La dimension des individualités

La spécificité des personnes p. 31

L'évolution du profil des usagers

Les aspects socio-démographiques p. 35
Les indicateurs d'exclusion sociale p. 37
La situation sanitaire du public p. 41
Les produits et les modes d'usage p. 43
Les pratiques à risques p. 45

STEP : La mise à l'épreuve de la pratique

Une comparaison des pratiques à risques entre nouveaux et habitués p. 49
Discussion autour de l'impact du programme p. 53

Mise en perspective et conclusions p. 55

De l'importance d'évaluer...

L'exclusion sociale comme problématique de fond...

Intervenir dans le champ des drogues suppose de comprendre ce qui relie les phénomènes de consommation de substances au contexte social, économique et politique dans lequel ils apparaissent et prennent du sens. Dans une société en mutation constante, fondée sur des échanges économiques internationaux, où la valeur travail devient de plus en plus incertaine, où les normes dominantes relèvent de la performance de l'individu, creusant par là un écart inexorable avec les groupes les plus vulnérables, les phénomènes de consommation de drogues ont pris une toute autre forme que celles contestataires des années 70. Ce contexte a largement favorisé l'apparition de nouvelles formes d'usage, se caractérisant par un phénomène de masse plus important mais aussi un développement des polytoxicomanies.

Si de tout temps les hommes ont consommé des substances psychoactives, les drogues apparaissent aujourd'hui de plus en plus associées au phénomène d'exclusion sociale, comme un des signes révélateurs des dysfonctionnements de notre société. Ces dysfonctionnements trouvent aujourd'hui leurs sources à des niveaux variés : mise à l'écart du jeu des rapports économiques, perte de l'identité politique et citoyenne, non appartenance à des réseaux sociaux, absence de moyens de subsistance légaux, etc.. Depuis la création de notre association, il y a maintenant 13 ans, nous avons vu se développer, de façon inquiétante, la précarité sociale parmi les usagers que nous accueillons et elle semble aujourd'hui s'installer, alors même qu'une reprise économique a vu le jour récemment. Si on peut faire usage de substances d'une façon socialement régulée,

on ne peut pas nier en revanche le lien étroit entre le fait de vivre socialement exclu et celui de consommer abusivement des drogues, le premier étant souvent à la source du second..

L'usage de drogues, problématique complexe s'il en est, apparaît alors comme un phénomène multidimensionnel qui met en jeu des déterminants individuels, sociaux, culturels, sanitaires, économiques, juridiques et politiques.

Le travail social face à l'usage de drogues

Face à cette question, les stratégies mises en place par notre société, à travers ce qui relève du travail social, se sont centrées essentiellement sur la situation individuelle de la personne en cherchant à agir sur « ses problèmes ». Cette approche a largement contribué à créer des catégories sociales stigmatisantes comme celles des Rmistes, des chômeurs, des sans domicile fixe, ou encore des sans papiers, etc.. Face à un phénomène éminemment collectif et pluridimensionnel, seules des réponses centrées sur la réparation sociale ont été proposées, montrant aujourd'hui les limites d'un tel système.

Le communautaire comme réponse alternative

A l'inverse du travail social traditionnel, EGO a développé, année après année, une pratique d'intervention que nous avons appelé « la construction communautaire ». Elle s'appuie sur l'affirmation selon laquelle les communautés confrontées à des problèmes sociaux et/ou sanitaires doivent être les principaux acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des problèmes qui les concernent. Elle a ainsi contribué à proposer

une autre alternative pour agir sur l'individu, non pas de façon isolée, mais au contraire, en l'intégrant dans l'environnement au sein duquel il évolue. La communauté est alors le résultat d'un processus de mobilisation des habitants, des usagers de drogues, des professionnels de l'action sanitaire et sociale et autres acteurs du quartier. De ce fait, la communauté est ce qui résulte de ce processus, sans en être un préalable.

Le bas seuil comme support éthique et pratique

Les fondements même de notre projet nous ont amenés à avoir également une action politique, afin d'agir sur les politiques publiques menées dans le champ des drogues. L'épidémie de sida a permis de développer le concept de réduction des risques et l'idée de « bas seuil » dans un secteur où l'abstinence, paradigme indispensable à la construction d'un « monde sans drogue », était considérée comme la seule réponse thérapeutique souhaitable et nécessaire. Il a fallu produire une autre représentation du phénomène « drogue » : parler d'usage de substances plutôt que de toxicomanie, favoriser l'acceptation et le contrôle social des drogues plutôt que leur éradication, rendre les usagers acteurs dans la prévention plutôt que sujets passifs d'une intervention, diversifier les réponses possibles (PES, boutiques, substitution, sleep'in, etc.) au delà d'un modèle thérapeutique unique. C'est dans ce contexte en mouvement, marqué par une épidémie de Sida galopante, que STEP est né d'une volonté de l'association d'apporter une réponse pragmatique en terme de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Des frontières repoussées entre produits licites et illicites

Tout récemment, les politiques publiques menées dans ce champ ont pris de nouvelles orientations, intégrant l'ensemble des substances psychoactives licites et illicites, distinguant différents types de comportements d'usage¹ (usage, usage nocif, dépendance), et renforçant la prévention des risques et réduction des dommages. Cette nouvelle

¹ Pour une prévention de l'usage de substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance. PARQUET P.J., Dossiers techniques, CFES, 1998.

approche en terme de pratiques addictives constitue pour nous des enjeux récents.

L'évolution des politiques publiques est également liée à celle des consommations de substances psychoactives. Des études récentes ont montré un développement massif de l'usage de cocaïne, un recul de celui de l'héroïne, la progression de nouvelles formes de polytoxicomanies associant drogues licites et illicites, une banalisation de la consommation de cannabis, etc.. A STEP, en l'espace de cinq ans, le paysage des substances consommées s'est radicalement transformé, passant de l'héroïnomanie d'hier au cracker d'aujourd'hui. Ces changements ont engendré de nouvelles problématiques par rapport auxquelles nous avons dû adapter notre pratique et qui nous obligent à nous poser de nouveaux questionnements.

En conclusion...

En quelques années, nous l'aurons compris, les enjeux politiques, le contexte socio-économique, les phénomènes d'exclusion sociale, les modes de consommation, les pathologies associées (VIH, hépatites, tuberculose, etc.), les besoins des usagers, ont largement évolué et de nouvelles problématiques se posent à nous chaque jour. Dans ce contexte en mouvement permanent, l'évaluation est apparue comme une condition sine qua non pour comprendre les besoins des usagers et adapter notre pratique à ces nouveaux enjeux ; et ce, en temps réel.

Du rôle de l'évaluation

Depuis l'ouverture de notre PES, il y a maintenant 5 ans, nous avons souhaité mettre en place une démarche d'évaluation interne en continu qui a démarré dès la mise en place de notre projet. Il s'agit pour nous, chaque année, de systématiser le résultat d'un processus permanent de réflexion - action autour de notre pratique impliquant les usagers de drogues, les membres de l'équipe, les habitants du quartier et autres acteurs locaux (police, partenaires spécialisés, associations du quartier, etc.). Car l'évaluation est avant tout une exigence éthique et pratique de notre travail qui suppose de s'exposer au regard critique de l'autre, et tout particulièrement celui des usagers de drogues concernés par notre action.

En confrontant notre activité avec des réalités vécues ou des données objectives, il s'agit pour nous de mieux comprendre notre pratique, ses fondements, ses objectifs et ses méthodes. Ce faisant, il s'agit de retranscrire le sens de notre travail, non seulement au niveau de notre activité quotidienne, mais aussi en lien avec le quartier, le champ dit « spécialisé » des drogues, les politiques publiques, le contexte social actuel, les approches conceptuelles et théoriques. Comprendre que distribuer du matériel stérile va bien au delà de ce seul geste de prévention, est une condition nécessaire pour accomplir le mieux possible sa mission, sans tomber dans la routine quotidienne.

A la recherche d'une plus grande objectivité

Mais il faut aussi savoir passer d'un mode d'expression subjectif, qu'il soit individuel ou collectif, à une production de données objectives et quantifiables susceptibles de nous renseigner sur l'efficacité de notre travail. Ainsi, il importe de mesurer si les effets résultant de notre pratique sont bien en adéquation avec nos objectifs préalablement définis, tout en étant attentifs aux effets non prévus engendrés par l'action. Ce niveau d'analyse permet de repérer les éléments facilitateurs ou ceux faisant obstacle à notre intervention, mais aussi de repenser les modalités de notre pratique ou nos objectifs de travail.

Nous avons souhaité faire de ce processus d'évaluation une démarche la plus collective et participative possible, non seulement au niveau du recueil des données, mais aussi par rapport à leur diffusion et leur communication. En effet, nous pensons que l'évaluation a aussi un rôle éminemment politique et qu'il importe de pouvoir faire remonter les informations auprès des responsables publics et administratifs concernés. Dans un domaine où les connaissances scientifiques sont récentes et les études épidémiologiques relativement tardives, cette démarche participe à une compréhension plus objective des phénomènes de consommation de substances psychoactives. Car, pendant longtemps, les problèmes liés à l'usage de drogues ont été abordés sous l'angle de la passion et de la morale, ce qui a freiné le développement de la politique de réduction des risques et limité sa compréhension par l'opinion publique. Il s'agit donc pour nous, aujourd'hui, de produire une information objective à partir d'une expérience

de terrain, dite de « bas seuil », sachant que ce sont souvent ces acteurs en première ligne qui sont les témoins précurseurs des changements à venir en matière de consommation de substances.

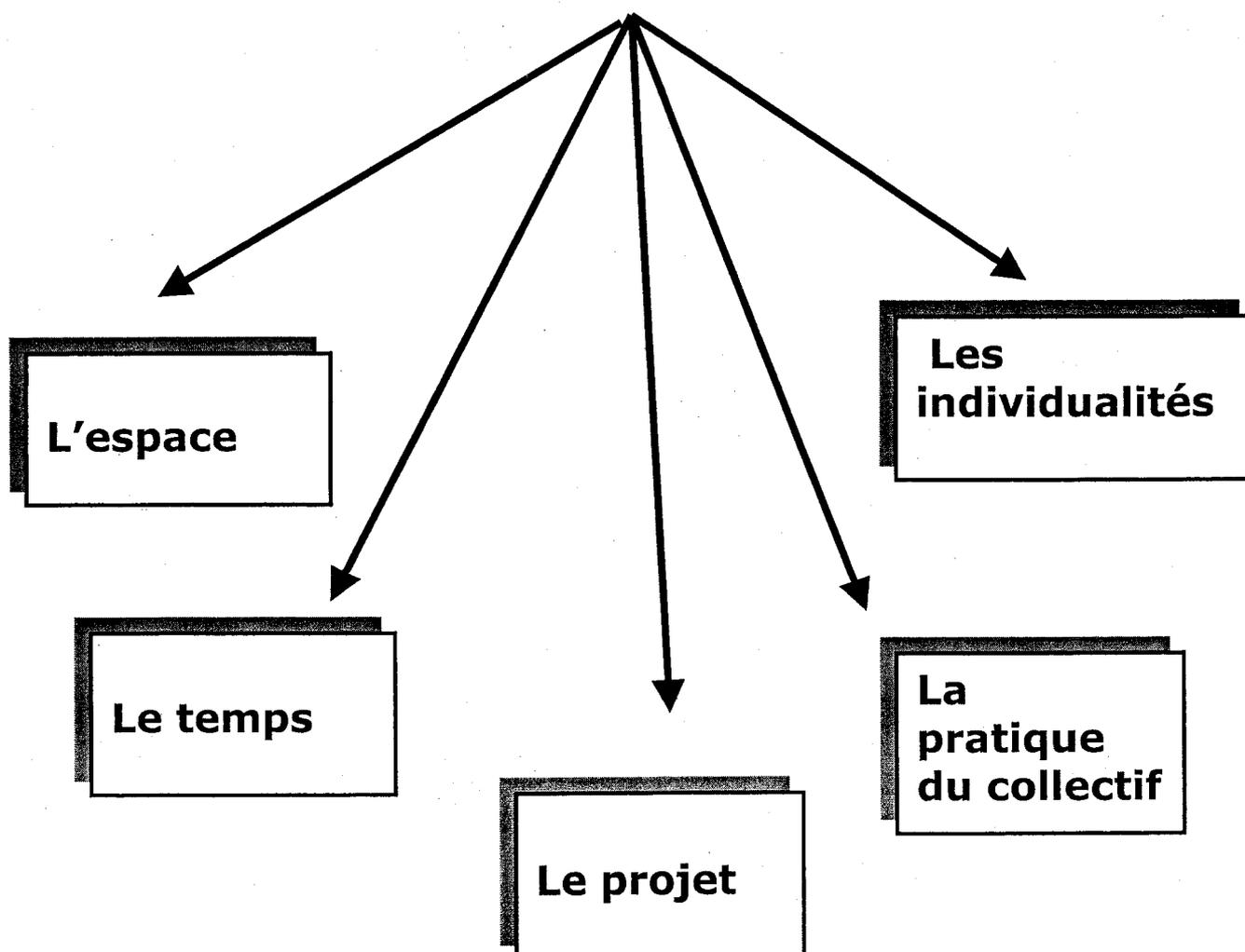
A la recherche d'une plus grande complexité

Dès lors qu'elle se situe dans une perspective participative et qu'elle cherche à intégrer les acteurs locaux (police, habitants, associations, etc.), l'évaluation constitue un moment essentiel d'échange qui permet non seulement de réfléchir sur notre mission première (la prévention des risques et réduction des dommages), mais aussi, de prévenir les nuisances liées au fonctionnement du programme, réguler les conflits éventuels, et valoriser les partenariats. Dans ce sens, l'évaluation participe pour nous à une meilleure lecture du dispositif, une meilleure compréhension de nos objectifs de travail, et par là-même, de la politique de réduction des risques.

Finalement, on peut repérer différents types d'acteurs concernés par une telle démarche d'évaluation :

- l'équipe de STEP et d'EGO, pour mieux comprendre sa pratique, ses objectifs de travail mais aussi les effets produits par son action,
- les usagers de drogues, pour valoriser leurs savoirs, appréhender leurs pratiques de consommation et apporter de meilleures réponses à leurs besoins,
- le quartier, pour identifier les problématiques locales, impliquer les acteurs du quartier dans l'analyse et l'élaboration de réponses, faire comprendre notre démarche de travail,
- les partenaires du champ spécialisé, pour échanger sur nos pratiques respectives et développer des partenariats cohérents,
- les acteurs politiques et administratifs, pour faire remonter les constats émergents des pratiques de terrain et contribuer ainsi à l'élaboration des politiques publiques.

Les dimensions du programme **STEP**



La dimension de l'espace physique

Un territoire d'implantation : La Goutte d'Or

L'association EGO est implantée depuis plus de 13 ans dans le quartier de la Goutte d'Or (Paris) pour apporter des réponses solidaires aux problèmes posés par l'usage de drogues. Pour favoriser la prévention du VIH et des hépatites, elle a mis en place un programme d'échange de seringues qui a ouvert ses portes au 56, boulevard de la Chapelle, à la périphérie du quartier.

La Goutte d'Or, quartier populaire situé dans le 18^e arrondissement de Paris, présente au dernier recensement de 1999 les caractéristiques socio-démographiques² suivantes :

- Une population en voie de stabilisation, avec 22 046 habitants dont une part importante de jeunes de - 25ans
- Une diversité culturelle et pluriethnique, issue d'un point de rencontre entre différentes vagues d'immigration (Afrique noire, Maghreb, Turquie, Asie)
- Une part encore importante de logements insalubres et sans confort (20%), même si une rénovation actuelle a permis d'améliorer la qualité des habitations
- Une augmentation du nombre de demandeurs d'emploi (3 307 personnes) qui a progressé de 6% entre 95 et 98 . Ce sont principalement des demandeurs d'emploi de longue durée (58%), avec un faible niveau de qualification.
- Un tissu associatif organisé agissant dans le domaine de la promotion scolaire, la réhabilitation du logement, l'alphabétisation, la santé, l'animation auprès des jeunes, les activités artistiques, et autres,...

² Données recueillies à partir du Tableau de bord de la vie sociale, coordonné par l'Observatoire de la Vie Sociale de l'Association Salle Saint Bruno, cinquième édition Juin 2001.

La Goutte d'Or n'est pas sans susciter de nombreuses représentations stigmatisantes liées à la délinquance, à l'insécurité, au trafic de drogues, à la prostitution ou encore à la précarité sociale. Il est vrai que le trafic de drogues s'est installé dans le quartier dans les années 70 et s'est accru suite à la fermeture dans Paris d'importants lieux de deal et de consommation. Au fil du temps, il s'est alors structuré pour devenir de plus en plus visible dans la rue et trouver parmi les jeunes du quartier une importante clientèle. La présence de ce trafic, à toute heure de la journée, attire également un grand nombre d'usagers qui proviennent d'autres arrondissements de Paris ou même de banlieue pour s'y approvisionner.

On trouve sur ce marché un grand nombre de produits différents: crack, héroïne, cocaïne, cannabis, médicaments de rue (rohypnol, subutex, skénan),... Si le crack existe depuis très longtemps dans le quartier, c'est depuis le début des années 90 qu'il a supplanté le marché de l'héroïne dont la qualité s'est très largement amoindrie. Aujourd'hui, la Goutte d'Or est connue pour être un des plus importants lieux de vente du crack sur Paris et la région parisienne.

Au sein du quartier, le trafic de drogues prend des formes très variées, que ce soit dans la rue ou dans des appartements. Toutefois, avec le crack, le trafic est devenu très mouvant, se déplaçant de façon rapide et utilisant les moyens de communication modernes (téléphone portable).

Un accueil de proximité

■ Un accueil ouvert sur la rue

STEP est un lieu fixe qui a l'apparence d'une boutique commerciale, donnant directement sur la rue. Pour pénétrer à l'intérieur du local, il n'y a qu'un pas à franchir car la porte est souvent grande ouverte. Ici, il n'y a pas de sonnette, pas de sas d'entrée, pas de sélection du public, ni de rendez-vous individuel. Tout le monde peut entrer à l'intérieur du lieu d'accueil. L'espace a été pensé de façon à permettre la plus grande accessibilité possible entre les usagers de drogues et le programme STEP. On pourrait ainsi parler d'un accueil « out reach » que nous définissons comme un espace dont les caractéristiques permettent à la

fois « d'aller vers » les usagers les plus exclus mais aussi de « laisser venir » ces populations au sein de notre programme.

■ Un espace « bas seuil »

L'accueil de STEP se définit comme un espace à « bas seuil » d'exigences, ce qui signifie qu'il n'y a ni conditions d'accès, ni motivation d'abstinence pour les usagers qui le fréquentent. Il ne s'agit pas pour autant d'un lieu sans règles de fonctionnement. Ainsi, quatre principes de base régissent l'espace d'accueil : le respect des usagers et des accueillants, la non violence (autant physique que verbale), la non consommation de produits, et l'interdiction de vendre des substances à l'intérieur du local. Ces règles, une fois posées comme nécessaires à la vie de l'accueil, ne constituent en aucun cas un obstacle à l'accès des usagers au programme. Le cadre « bas seuil » permet d'offrir aux usagers de drogues un espace transitionnel entre celui de la rue et celui des institutions d'aide et de soins, le temps pour eux de reconstruire d'autres repères. Dans ce sens, le travail « bas seuil » est extrêmement complexe et exige un haut niveau de compétences techniques.

Un espace en interaction avec l'extérieur

■ La transparence de l'espace

Lorsqu'on arrive à STEP pour la première fois, on est tout de suite frappé de voir une large vitrine transparente sur laquelle est écrit en gros « STEP Echange de seringues, information, prévention sida hépatites ». Cet affichage témoigne d'une volonté de rendre visible, non seulement le programme, mais aussi l'intérieur du local. En effet, nous pensons que plus l'espace laisse pénétrer le regard extérieur et plus les représentations que peut susciter une telle structure auprès de la population s'en trouvent amoindries. Ainsi, cela participe à une banalisation du programme au sein de son environnement et à une plus grande acceptation sociale de celui-ci. Dans ce sens, la visibilité de l'espace devient un outil de la lisibilité du projet. Cette absence de frontière symbolique entre « le dedans » et le « dehors », cette interaction entre l'espace extérieur et l'espace intérieur, fait que STEP n'est pas un lieu en marge de la vie sociale.

■ Un espace ouvert à tout public

L'ouverture de l'espace vers l'extérieur tient également à l'hétérogénéité de notre public. En effet, la population qui fréquente STEP n'est pas uniquement constituée d'usagers de drogues. Viennent aussi au local d'autres publics, non consommateurs de drogues : des jeunes du quartier, des femmes prostituées, des habitants des environs, des partenaires du champ spécialisé,

des visiteurs nationaux et internationaux, et tout autre passant curieux de savoir ce qui se passe ici. Dans cet espace, se côtoient pour un temps des personnes aux parcours variés, aux appartenances sociales différentes, aux profils culturels multiples, aux histoires de vie opposées, etc.. La présence de ces différentes populations constitue un outil de légitimation permettant un contact entre les UD et le public extérieur, évitant ainsi les effets pervers de la ghettoïsation (déviance dans laquelle ce type d'action peut très facilement tomber). Avec elles, c'est aussi la pénétration de la vie sociale vers l'intérieur du local, favorisant ainsi un échange de liens sociaux et, à plus long terme, une évolution positive des représentations ou des préjugés des uns envers les autres.

■ La gestion de l'espace : intérieur et extérieur

Dans la démarche de travail qui nous caractérise, nous avons le souci d'être attentifs à ce qui se passe aux alentours du programme. En effet, l'implantation d'un programme d'échange de seringues sur un espace donné n'est pas sans générer d'éventuelles nuisances et, dans tous les cas, il peut être perçu comme tel par la population environnante. Il s'agit donc pour nous d'aller à la rencontre des habitants, des commerçants, des gardiens d'immeubles, pour être à l'écoute de leurs difficultés et répondre, dans la mesure du possible, aux problèmes rencontrés. Ainsi, nous veillons à ce que les usagers ne restent pas aux alentours du local, à ce qu'ils ne pénètrent pas dans les cages d'escaliers environnantes, ou encore qu'ils évitent de laisser leur matériel usagé sur la voie publique. Les usagers, pour peu qu'on leur explique l'intérêt d'une telle démarche, se montrent pour une grande majorité souvent très compréhensifs par rapport à ce type de problèmes. Et, jusqu'à ce jour nous n'avons eu aucune pétition d'habitants du quartier, ni de refus systématique du programme au sein de son environnement. La prise en compte de l'espace extérieur, mais également la constitution d'un groupe de suivi, composé d'acteurs locaux, apparaissent comme des facteurs clés de cette réussite.

L'organisation de l'espace

■ STEP : un espace physique séparé de l'accueil d'EGO

STEP est le seul programme d'EGO séparé physiquement du lieu d'accueil de notre association. Ceci est le résultat d'une volonté de distinguer l'activité échange de seringues de celle de l'accueil d'EGO, à la demande notamment des usagers de drogues. En effet, selon eux, ces deux activités relèvent de logiques complémentaires mais différentes. A STEP, il s'agit d'un espace où l'on s'occupe plus de la consommation de produits et la

réduction des risques inhérents à ces usages. Tandis qu'à EGO, l'objectif est plutôt d'offrir un lieu de ressourcement et de coupure avec la rue et les produits, un temps de pause pour « reprendre » soin de soi, un espace d'échange et de resocialisation. A des objectifs différents correspondent donc des espaces différents, de même que les équipes ont été constituées de personnes différentes. Ceci a permis autant à l'équipe qu'aux usagers de drogues de s'approprier des repères clairs et spécifiques aux deux espaces d'accueil. Cette séparation a pu parfois engendrer, pour les membres de STEP, un sentiment d'isolement dans leur pratique, par rapport au reste de l'équipe, se traduisant par un manque de regard extérieur sur le fonctionnement du programme. C'est pourquoi les temps de réunions collectives sont importants pour éviter la ghettoïsation des équipes, de même que les temps d'échanges (nationaux et internationaux) sont nécessaires pour éviter la menace du repli sur soi.

■ La délimitation des espaces d'activité

La réussite d'un travail comme le nôtre passe également par la façon dont nous investissons l'espace physique dans lequel nous exerçons notre activité, quitte à les transformer ou les réinventer en fonction des objectifs que nous nous fixons.

Au sein du local STEP, l'espace est organisé en différentes zones d'activité. Lorsqu'on entre à l'intérieur du lieu, il faut d'abord traverser une passerelle avant d'arriver au comptoir qui délimite l'espace d'accueil pour les usagers. Là, on trouve un lavabo pour se laver les mains, un récupérateur pour mettre son matériel usagé, des panneaux d'information et des présentoirs contenant des journaux spécialisés et autres plaquettes de prévention. C'est à travers le comptoir que se font tous les échanges, que ce soit de matériel de prévention ou de poignées de mains conviviales. Chacun de ces choix a été fait de façon délibérée de manière à réguler la présence des usagers tout en conservant la convivialité nécessaire. Si l'on pousse le battant du comptoir, on rentre alors dans un autre espace de travail avec une table et un ordinateur sur lequel nous rentrons notre base de données. C'est aussi dans cet espace que nous faisons entrer les gens pour faire passer les questionnaires de « contact » et bénéficier ainsi d'un minimum de confidentialité. Le long du mur, des paravents séparent du reste de la pièce un espace « bobologie » où nous pouvons prodiguer les premiers soins, et en cas d'urgence, attendre les secours. Plus loin, un escalier descend vers un espace de réunion où nous stockons l'ensemble du matériel que nous distribuons. Ainsi, l'espace de STEP a été pensé de façon à créer une relation la plus transversale possible, tout en respectant le fait qu'il s'agit là d'un lieu de passage.

■ La continuité des espaces entre STEP et EGO

Si STEP s'est installé dans un local distinct de celui de l'accueil d'EGO, cela ne signifie pas pour autant que ces deux espaces ne communiquent pas ensemble. Bien au contraire, il existe un va-et-vient permanent entre les deux lieux qui se manifeste de différentes façons. D'abord, les modalités de fonctionnement du programme ont été créées en complémentarité avec celles de l'accueil. C'est pourquoi STEP est un lieu de passage où l'on ne fait pas d'accompagnement social mais seulement de l'information et de l'orientation. Aussi un certain nombre d'usagers (environ 30%) fréquentent les deux lieux à la fois, favorisant par là même une interaction entre la vie quotidienne propre à ces deux espaces. Ensuite, il est clair que le programme et l'équipe sont rattachés aux différentes instances de l'association, que ce soit dans les réunions des salariés ou celles du collectif, où sont discutées de façon collective l'ensemble des questions relatives au programme. Le fait que STEP n'ait pas été pensé de façon unique et isolée mais au contraire, intégré au projet global de l'association, au sein de l'espace d'EGO, a largement permis d'éviter une scission qui aurait pu se produire en ouvrant un lieu séparé.

La dimension temporelle

Le temps de l'urgence

■ Un accueil de nuit

STEP ouvre ses portes lorsque la nuit commence à tomber et que la plupart des autres structures sont fermées. Ce temps de la soirée n'est pas un moment neutre, sans signification pour les usagers. C'est le moment où ils se retrouvent à la rue, parfois sans lieu où aller, ni hébergement où dormir, avec la sensation d'être seuls et vulnérables. La nuit, c'est aussi un temps de forte activité qui tourne autour de la recherche et de la consommation de produits. Travail sexuel, recherche d'argent, course aux dealers, consommation de produits, longues marches effrénées,...mais aussi arnaques, racket, violences,... en constituent l'essentiel dans un cycle à répétition permanent.

C'est pourquoi ouvrir un lieu d'accueil à ce moment là de la soirée s'avère également particulier pour les membres de l'équipe. Il nous a ainsi fallu apprendre à construire une pratique d'accueil et à gérer les situations d'urgence qui peuvent se poser. Sachant que les permanences sont tenues par deux personnes seulement, il a pu arriver à certaines occasions que l'équipe se sente seule et isolée pour gérer certaines situations, voire débordée face à certains problèmes. Au fur et à mesure, nous avons compris l'importance de pouvoir faire appel à des relais extérieurs (police, pompiers, service des urgences de l'hôpital le plus proche, etc.).

■ L'adaptation au temps des usagers

La consommation effrénée de produits, notamment de crack, ajoutée à des modes de vie chaotiques, engendre chez les usagers une perception différente du temps basée sur la notion d'urgence. Les personnes se situent dans une perspective de survie à court terme, assurant leurs besoins au jour le jour. Leur vie s'organise autour de la recherche et de la consommation de produits, laissant momentanément peu de place à l'accomplissement de leurs besoins vitaux.

Il s'agit donc de prendre en compte le contexte de vie des usagers et les aléas de leur quotidien dans notre pratique, à travers notamment une relation attentive à leur état personnel et leur situation présente. Ainsi, il importe de considérer la personne telle qu'elle est sur le moment, avec son propre rythme, ses possibilités, ses ressentiments, ses envies et aussi ses difficultés. C'est à travers la prise en compte du temps présent de la personne, avec son rapport particulier au produit, avec ses coups de fatigue, avec ses silences ou ses trop-pleins de paroles, que peut prendre forme une période de latence, plus ou moins longue, jusqu'à ce que celle-ci soit capable d'envisager par elle-même d'autres perspectives.

■ La réponse aux besoins d'urgence des usagers

Face à ces phénomènes de consommation abusive de drogues et aux conditions de vie des usagers, il apparaît nécessaire d'apporter des réponses pragmatiques à leurs besoins d'urgence et de survie quotidienne. Favoriser l'accès au matériel d'injection, maintenir un lien social autre que celui de la rue, aider les personnes à conserver leur santé, orienter vers des structures d'aide à l'hébergement d'urgence, informer sur la réduction des risques,constituent des premiers pas dans ce sens. Il s'agit d'accompagner les personnes vers une consommation à moindres risques sur le plan social et sanitaire, et ce tant que celles-ci ne souhaitent ou ne peuvent pas envisager d'autres choses.

Ces réponses dans l'urgence ne consistent en aucun cas à maintenir les individus dans leur consommation, bien au contraire, elles constituent la condition sine qua non pour que les personnes réapprennent à prendre soin d'elles, à gérer mieux leur usage, à avoir envie de nouveaux projets. Contrairement aux idées dominantes, il y a des urgences en matière de toxicomanie et il est indispensable de pouvoir répondre à ces besoins.

Le temps à plus long terme

■ La continuité de l'accès au matériel de prévention

Le temps est un facteur indispensable et nécessaire pour faire qu'une action de prévention soit réellement efficace. Ainsi, c'est sur un laps de temps suffisamment long et régulier que peuvent s'opérer des changements ou des évolutions de comportements en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues. C'est pourquoi nous avons souhaité ouvrir notre PES de façon continue sur les différents jours de la semaine et offrir ainsi un accès au matériel de prévention 365 jours par an. Il s'agit de renvoyer aux usagers des repères clairs, faciles à s'approprier, mais surtout que la prévention est une attitude constante qui ne doit subir aucun relâchement d'attention, pas même le temps du week-end. Car, la fin de la semaine est souvent l'occasion, pour un grand nombre d'entre eux de consommer plus et nous voyons également ces jours là, beaucoup d'utilisateurs occasionnels qui souhaitent se faire « une petite fête ».

A travers cette continuité du programme, la démarche d'aller s'approvisionner en matériel de prévention n'est plus ponctuelle, en fonction des possibilités du moment, mais s'intègre dans les comportements des usagers comme une habitude. Ceci favorise à plus long terme une évolution des pratiques des usagers vers une plus grande responsabilisation.

■ Le temps de construction d'une relation avec les usagers

La création d'une relation avec les usagers constitue une base nécessaire et indispensable à notre pratique de travail. En effet, c'est à travers elle que peut se développer une démarche de prévention des risques et de réduction des dommages auprès des personnes accueillies. Toutefois, cette relation ne se décrète pas au préalable, au contraire, elle est le résultat d'un processus qui se construit dans le temps. Elle suppose une reconnaissance mutuelle de l'autre, dans sa singularité, dans ses différences, dans ses savoirs ou ses compétences réciproques. Dans ce cadre, la régularité du contact avec les personnes et la stabilité des membres de l'équipe sont également des facteurs nécessaires pour faciliter la construction de cette relation. En effet, c'est à long terme que se noue la confiance nécessaire pour permettre l'expression de ses difficultés mais aussi une légitimation des accueillants dans leur rôle d'agent de prévention.

La construction d'une relation dans le temps avec les usagers apparaît donc comme un élément garant d'une plus grande efficacité de notre travail de prévention.

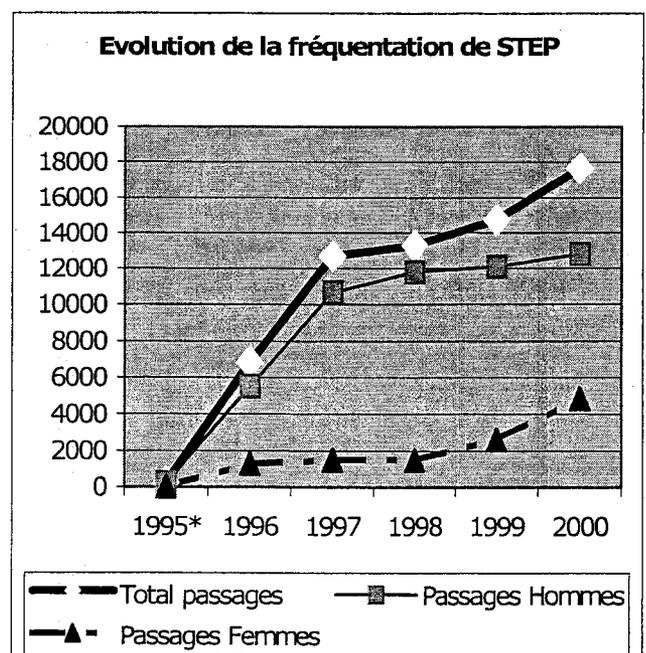
■ Le temps de construction d'une légitimité du programme

La légitimité du programme est liée directement à sa capacité à instaurer avec les usagers une relation stable et durable, mais pas seulement. Elle est aussi fonction des différents aspects du projet, dans ses fondements, ses modalités de fonctionnement, dans l'organisation de son espace / temps. La légitimité, là encore, est un processus qui se construit dans l'action sur un laps de temps suffisamment long, et ceci de façon permanente. Un des critères de « qualité » que l'on peut avancer est le fait que plus des ¾ de notre public déclare avoir connu STEP par « le bouche à oreille » dans la rue. Ceci atteste d'une reconnaissance par les usagers de l'intérêt d'un tel programme et de la pertinence des réponses qu'il propose. Bien évidemment, la construction de cette légitimité participe à une meilleure efficacité du programme.

Les temps de fréquentation du public

■ L'évolution de la fréquentation du programme STEP

Depuis son ouverture en novembre 1995, la fréquentation de notre programme n'a cessé d'augmenter, **passant de 6 821 passages en 1996 à 17 662 en 2000, soit une multiplication par 2,6 du nombre de passages en 5 ans.** Cette progression rapide a surtout marqué les premières années de fonctionnement du programme et s'avère plus nuancée depuis 1998, variant entre 10% et 20% chaque année.

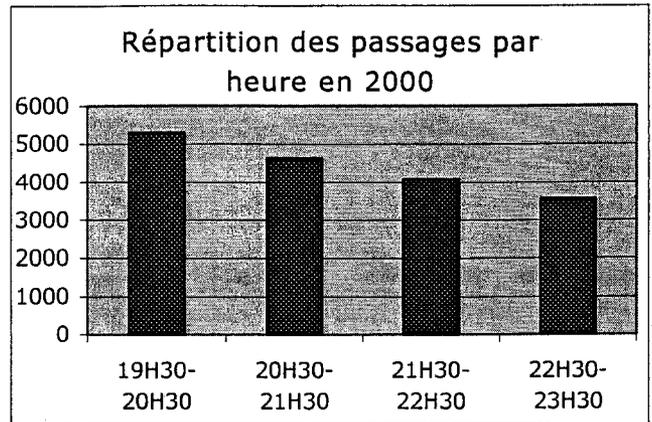


Dans cette même période, la file active de notre programme a connu également une augmentation très importante. Ainsi, **le nombre d'usagers de drogues différents comptabilisé chaque année a évolué de 585 personnes en 1996 à 1982 en 2000**, témoignant d'une multiplication par 3,4 de notre file active annuelle. Si l'on se réfère à d'autres études nationales ou parisiennes, ces chiffres montrent des indicateurs de fréquentation particulièrement importants par rapport aux autres PES.

■ Les temps de fréquentation dans l'année

La fréquentation du public ne se répartit pas de façon homogène sur les différents mois de l'année. Elle est aussi fonction de facteurs divers qui vont donner des rythmes de passages différents suivant les périodes de l'année, du mois ou encore de la semaine. A STEP, les temps de fréquentation les plus importants restent les mois d'été (juillet - août - septembre). Ceci peut s'expliquer à la fois par les grâces présidentielles du 14 juillet, mais aussi par la fermeture annuelle de certaines structures spécialisées, qui pousse un grand nombre d'usagers à se reporter vers celles qui restent ouvertes. Le début de chaque mois est également un temps de présence particulier des usagers dans notre PES. Ceci peut s'expliquer de différentes raisons : versement du RMI, allocations chômage, autres prestations sociales, etc..

heures de la soirée et que les temps d'affluence se situent entre 19h30 et 20h30.

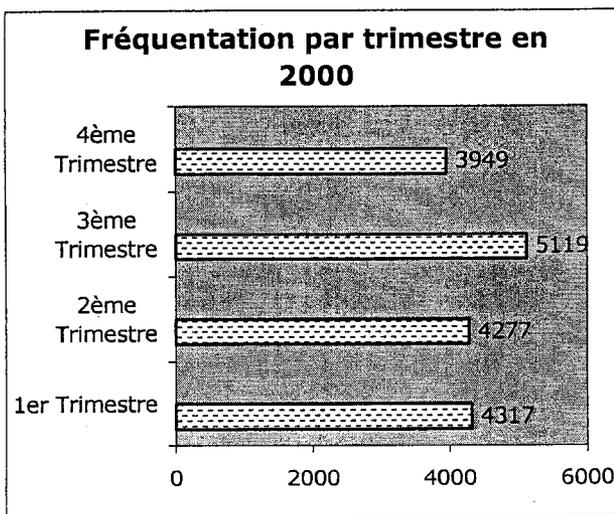


Ces pics de fréquentation sont à mettre en relation avec les « horaires » du deal de rue et de trafic dans le quartier. C'est pourquoi nous sommes en train d'étudier des horaires d'ouverture avec un temps de démarrage plus tôt dans la soirée. Les périodes d'hiver et celles d'été sont aussi des facteurs importants de variation des rythmes de vie des usagers, puisque dès l'arrivée des beaux jours, ils fréquentent le local beaucoup plus tardivement dans la soirée.

■ La régulation des temps de passages

STEP est un lieu de passage, le plus convivial possible, sans pour autant qu'un suivi individuel soit réalisé avec le public que nous accueillons. Il n'en demeure pas moins que les temps de passages diffèrent énormément d'un individu à un autre, en fonction de leur état personnel sur le moment, de leurs difficultés, de leurs problèmes de santé, des produits qu'ils ont consommés, etc... Certains vont être dans l'urgence absolue pour avoir leur matériel d'injection alors que d'autres aimeraient rester discuter des heures de tout et de rien avec les accueillants. Sans vouloir en faire une généralité, on observe que certains, plus exclus, vont être dans une demande informelle affective, tandis que d'autres, mieux insérés, vont utiliser le lieu dans une perspective de réduction des risques.

S'il importe d'être ouvert aux temporalités différentes de chacun, il est tout autant nécessaire de réguler ces différents temps de passages pour faire que STEP ne soit ni uniquement un « service » de distribution de matériel, ni uniquement un lieu d'écoute, mais intègre les deux dimensions dans une perspective de prévention des risques et réduction des dommages.



Enfin, chaque semaine est aussi rythmée par le temps du week-end qui se traduit comme un moment d'activité et de consommation plus importantes, engendrant ainsi un nombre de passages plus élevé au sein de notre programme.

■ Les temps de passages par soirée

La fréquentation de notre programme peut varier entre 40 et 60 personnes par permanence, ce qui correspond à une moyenne de 48 passages par jour sur l'année 2000. On observe que le nombre de passages se répartit de façon différente suivant les

Les temps de travail et de réunions

■ L'organisation du temps de travail de l'équipe

L'équipe est composée de cinq personnes. Son travail est constitué des temps de permanences, mais également de tout un ensemble d'autres tâches nécessaires au bon fonctionnement du programme. Chaque semaine, chaque salarié assure entre trois et quatre permanences le soir à STEP, dont un week-end sur deux. A cela se rajoute des temps de travail dans la journée, sur un total hebdomadaire de 39 heures. Ces différentes tâches concernent, d'un côté, le support logistique du programme (gestion des stocks, passation des commandes de matériels, réception des commandes, réalisation des courses, enlèvement des containers de seringues souillées, etc.) et, de l'autre, ce que nous appelons le « travail de fond » nécessaire à la réflexion sur le projet (saisie et analyse des données sur ordinateur, réunions d'équipe, réunions avec les autres partenaires spécialisés ou non, production d'un rapport d'évaluation, constitution d'un fonds documentaire, réalisation d'animations ponctuelles, etc.).

Chaque soir, la permanence débute à 19h00 pour les salariés, le temps de rentrer la fiche de bord de la veille sur l'ordinateur, remplir les bacs de matériels, faire le café, ceci avant l'ouverture du local. Vers 23h15, au moment de la fermeture, les accueillants peuvent commencer à faire le ménage, aidés parfois par les usagers. Les temps de travail de l'équipe trouvent donc une articulation indispensable entre les temps d'action et les temps de réflexion autour de notre pratique. Toutefois, des variables externes peuvent influencer sur le travail en équipe et le fait d'avoir eu cette année deux collègues en formation de moniteur-éducateur n'a pas été sans conséquence sur notre pratique. En effet, nous avons dû faire appel à des remplaçants successifs pour assurer des permanences, sans le temps de créer ni lien, ni légitimité auprès de notre public.

■ Les temps de réunions

Le travail de l'équipe comprend différents temps de réunions en lien avec notre pratique. Il s'agit d'instances d'expression et d'échange les uns avec les autres qui permettent de confronter les points de vues, les savoirs différents, les incertitudes, les difficultés ressenties en vue de construire et reconstruire une pratique et un projet commun. Ces temps de réunions coexistent à des niveaux différents :

- **La réunion d'équipe** : Elle se déroule tous les lundis de 15h00 à 17h00 avec l'ensemble de l'équipe de STEP. Elle concerne les aspects liés au fonctionnement du programme, l'organisation du travail de l'équipe, les problèmes rencontrés dans la

gestion de l'accueil, la réflexion autour de nos objectifs de travail.

- **La réunion des salariés** : Tous les mercredis de 11h00 à 14h00, l'ensemble des salariés d'EGO se retrouve pour discuter des différents programmes de l'association et de son fonctionnement global. A travers les échanges entre les différents membres, il s'agit également de trouver une cohérence entre les différentes activités et le projet global d'EGO.

- **La réunion du collectif** : Elle a lieu tous les mercredis soir de 19h00 à 21h00, dans un horaire autre que les temps d'accueil. Le fait qu'elle soit offerte comme un temps en plus des autres et comme une démarche tout à fait libre et volontaire constituent les conditions nécessaires pour la réussite de cette réunion. Elle regroupe l'ensemble des salariés, les usagers de drogues, les bénévoles, des visiteurs ou partenaires pour discuter collectivement des différentes activités, des modalités de fonctionnement des programmes, des difficultés rencontrées et des pistes de travail à mettre en place. Cette réunion est au cœur du processus participatif et démocratique caractérisant notre mode d'intervention.

- **La réunion du groupe de suivi de STEP** : Elle permet de rencontrer, tous les six mois, différents acteurs locaux concernés directement ou indirectement par le programme, à savoir : un médecin généraliste du quartier, un pharmacien des alentours, le commissaire divisionnaire du 18^e arrondissement de Paris, une experte en questions sociales, une habitante de l'immeuble, un représentant de l'association Paris Goutte d'Or, la coordinatrice Goutte d'Or du Dispositif Toxicomanie 18^e, un représentant de l'ECIMUD de l'hôpital Lariboisière, un usager du programme, une représentante de l'Observatoire de la Vie Sociale de l'Association de la Salle Saint Bruno. Ce groupe a un rôle de conseil et de propositions concernant le fonctionnement du programme, l'intégration de STEP au sein de son environnement, l'analyse des difficultés rencontrées, les pistes de travail et partenariats à développer. Ce groupe est une instance fondamentale qui participe à une meilleure transparence, lisibilité et compréhension des actions mises en œuvre, et par là de la politique de réduction des risques par l'environnement local. Toutefois, cette année a été marquée par une plus grande difficulté à mobiliser l'ensemble des acteurs lors des différentes réunions du groupe. On peut penser que l'équipe de STEP n'a pas suffisamment développé de liens avec son environnement proche et qu'elle s'est quelque peu désinvestie de ce travail, relayée par la Coordination Toxicomanie 18^e.

■ Le temps de la réflexion et de l'évaluation

A EGO, l'évaluation est un processus qui se fait au quotidien, d'une façon la plus participative possible, impliquant notamment les usagers de drogues. Chaque décision, prise collectivement, est l'objet d'un temps d'expérimentation, puis réévaluée

ensemble avant une éventuelle validation. Dans le cadre de notre PES, nous avons souhaité formaliser ce processus en mettant en place une démarche d'évaluation interne dès l'ouverture du programme. Il s'agit pour nous d'éclairer notre pratique à partir d'une meilleure connaissance de la situation sociale et sanitaire de notre public, des pratiques de consommation et des risques inhérents mais aussi des évolutions de comportements à moyen terme.

La collectivisation de cette démarche avec l'ensemble des membres de l'équipe d'EGO ne s'est pas faite sans difficultés. En effet, pour certains, l'évaluation a pu être perçue comme une démarche trop théorique et éloignée de notre pratique quotidienne. Un temps d'appropriation commune a donc été nécessaire pour que chacun intègre l'intérêt d'une telle approche mais aussi les méthodes d'évaluation.

Pour mettre en place ce travail, des outils ont été construits et réactualisés au fil des ans :

- **Une fiche d'accueil**, utilisée quotidiennement, précisant pour chaque passage l'identification de la personne (initiales + date de naissance + sexe), le nombre de seringues retournées, le matériel délivré, les demandes sociales ou sanitaires et les orientations réalisées,

- **Un questionnaire de « contact »**, proposé à chaque usager de drogues, et portant sur leur situation sociale et sanitaire, leurs pratiques de consommation, leurs prises de risques et leur utilisation du programme STEP.

Ces outils sont codifiés et rentrés sur notre base de données (logiciel EPI INFO 6). Les résultats ainsi produits sont alors discutés avec toute l'équipe d'EGO, mais également retransmis aux usagers lors des réunions du mercredi. Toutes ces réflexions font enfin l'objet d'un rapport annuel, afin de constituer une mémoire collective et une lisibilité plus grande de notre pratique.

La dimension du projet

Les caractéristiques d'une construction communautaire

■ Les fondements de la construction communautaire

Selon L. DOUCET et L. FAVREAU³, on trouve à l'origine du travail communautaire différents fondements :

- La conviction profonde que le contexte économique, politique, social et culturel dans lequel vivent les individus constitue un des déterminants majeur de leur état de santé et de bien-être. Cette affirmation va à l'encontre de ceux qui considèrent l'individu comme le principal responsable de son bien ou mal-être.
- Les problèmes sociaux sont de nature collective et doivent faire à ce titre l'objet de solutions collectives. Dans ce cadre, les approches centrées uniquement sur l'individu et la relation duelle, travailleur social/usager, s'avèrent de ce fait limitées.
- Le changement social, pour les groupes exclus, passe par une réduction des inégalités économiques, politiques, sociales et culturelles et la recherche d'une démocratie plus « juste ».
- C'est à travers la mobilisation de la communauté, et leur auto-développement, que doit prendre forme une intervention sociale collective et alternative. Celle-ci permet de regrouper des individus autour d'un projet commun à réaliser, d'exercer des pratiques différentes de pouvoir qui se traduisent en formes directes et participatives dans lesquelles les personnes concernées prennent en charge collectivement l'élaboration des réponses.

On peut donc définir la construction communautaire comme une intervention qui vise à mobiliser les communautés locales autour d'un projet commun dans une perspective de changement social,

d'exercice de la citoyenneté et de démocratisation permanente. Si nous avons choisi le terme de « construction communautaire », c'est que la communauté ne précède pas l'action, mais se construit à partir de ce processus d'identification des besoins, d'élaboration d'un projet commun et de sa mise en œuvre. La communauté n'est donc pas un préalable nécessaire à l'action mais bien son résultat. Dans l'expérience d'EGO, cette démarche associe habitants, usagers de drogues et professionnels de l'action sanitaire et sociale. Elle nécessite la construction d'une nouvelle professionnalité à partir de la reconnaissance de nouveaux savoirs liés, d'un côté, à l'appréhension de la réalité politique, économique et sociale propre à un territoire, avec une attention particulière aux facteurs micro culturels, et, de l'autre, au vécu de l'usage de drogues.

■ Les méthodologies de la construction communautaire

La construction communautaire fait appel à des méthodologies spécifiques. Car, plus le cadre est ouvert au contexte extérieur et en évolution permanente, plus il est important de développer des méthodes de travail rigoureuses.

Parmi elles, on peut citer :

- **le « diagnostic » communautaire**, pour identifier une situation, des problématiques, un territoire géographique, ses ressources, son tissu social et culturel,
- **les méthodologies d'exploration** : enquêtes, entretiens individuels et collectifs, observation, réunions, etc.,
- **la conduite de projet**, pour définir une action, ses objectifs, son déroulement, les différentes responsabilités, les priorités, et les moyens de sa mise en œuvre,
- **l'assemblée générale**, qui a une fonction de participation, d'expression des différents points de vue, de débat, et de prises de décisions collectives,
- **l'évaluation permanente et participative**, pour élucider la compréhension, l'analyse, la décision, et interroger l'adaptation des actions entreprises et des moyens mis en œuvre,
- **le travail en réseau**, pour faire le lien avec le tissu associatif, les institutions de droit commun existantes, les structures du champ spécialisés, les tutelles administratives et les pouvoirs publics,
- **la problématisation critique du quotidien** pour faire émerger la conscience des éventuelles

³ Théorie et pratiques en organisation communautaire, L. DOUCET et L. FAVREAU (sous la direction de), Presses de l'Université du Québec, Québec, 1997

actions de contre-pouvoir, ainsi que les besoins de la communauté.

STEP est un PES de type communautaire, né à partir de l'identification d'un besoin au sein du quartier et consensuel auprès des divers acteurs locaux (associations, habitants, commerçants, police, pharmaciens, médecins, etc.). En tant que tel, il obéit à l'ensemble des caractéristiques que nous venons d'évoquer ici.

La prévention des risques et réduction des dommages

■ A propos de l'évolution des concepts de prévention

Le champ des drogues est aujourd'hui marqué par une évolution des concepts de prévention et de réduction des risques. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence une modification de la configuration des modes de consommation de drogues, marquée notamment par une généralisation de l'usage de substances, associant drogues licites et illicites, et un développement des phénomènes d'usage et d'usage nocif et non pas seulement de dépendance. Dans ce contexte, la prévention ne peut plus s'attacher uniquement à éviter l'initialisation de l'usage (prévention primaire), traiter la dépendance (prévention secondaire) et chercher à maintenir un état d'abstinence (prévention tertiaire). Elle doit prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux, culturels, biologiques, psychologiques, à l'œuvre dans la genèse des comportements de consommation et distinguer les différents types d'usage (usage simple, usage nocif, dépendance). Il s'agit d'avoir une approche globale qui agisse autant sur les personnes, à travers le développement de leurs compétences psychosociales à gérer leur vie et leur santé, que sur l'environnement social (la démarche communautaire) mais aussi sur les conséquences dommageables liées à la consommation de substances. Dans ce cadre, la politique de réduction des risques ne doit pas se limiter à la seule réduction des dommages résultants des consommations, elle doit aussi agir en amont sur la prévention des risques liés à l'usage de substances.

■ De la prévention des risques à la réduction des dommages à STEP

STEP est un programme qui allie prévention des risques et réduction des dommages, ou encore ce que l'on peut appeler prévention globale et prévention spécifique. La prévention globale se traduit par un travail sur l'environnement local en terme d'acceptation sociale de notre programme, de compréhension de nos objectifs de travail mais

aussi d'évolution des représentations sociales par rapport aux usagers et aux actions de réduction des risques. Elle se concrétise également par la création d'une relation sociale avec les usagers, basée sur une dynamique participative, une responsabilisation par rapport à leurs pratiques, une valorisation de leurs compétences et savoirs, et enfin une reconsidération de leur identité sociale et citoyenne. Il s'agit enfin de réduire les risques liés aux comportements de consommation et d'éviter le passage de l'usage à l'usage nocif et de l'usage nocif à la dépendance. La réduction des dommages à STEP vise, elle, à agir sur les conséquences sociales (hébergement, prison, délinquance, chômage, etc.) et sanitaires (VIH, Hépatites, Problèmes somatiques, overdoses, etc.) liées à l'abus de drogues. Dans ce cadre, elle permet l'accès des usagers au matériel de prévention, à l'information sur les risques liés au VIH, aux Hépatites, et aux produits consommés, et favorise l'orientation du public vers le réseau socio-sanitaire existant.

Les principes de fonctionnement de STEP

■ Les principes fondateurs de l'association

Un certain nombre de principes fondateurs guident l'action de notre association. Ces principes, définis collectivement, constituent la garantie éthique de notre pratique et les finalités de notre démarche de travail.

Il s'agit de :

- **la citoyenneté**, comme processus de réappropriation des espaces de participation à la « cité » et de reconstruction d'une identité sociale positive,
- **l'autonomie et l'autodétermination**, pour renforcer les capacités des personnes à faire leurs propres choix et à se prendre en charge,
- **l'acceptation de la différence**, comme principe de respect des uns et des autres, de l'expression de chacun, de la diversité des personnes et des savoirs, sans discrimination sexuelle, sociale, ethnique ou religieuse,
- **la promotion de l'individu**, qui vise à développer les capacités des personnes, en s'appuyant sur leur potentiel plutôt que sur leurs manques ou leurs insuffisances,
- **la solidarité**, en tant que mode de réponse collectif aux problèmes liés à l'exclusion sociale, et aussi comme forme de lien entre les personnes qui constituent la communauté
- **la promotion des droits de l'homme**, qui place au cœur de l'action l'individu, mais pose aussi un regard attentif à ses conditions de vie, à ses droits et devoirs, et à leurs revendications,
- **l'égalité**, qui se retrouve dans la relation entre les personnes, dans le partage de l'exercice du pouvoir, dans la valorisation des différents savoirs,

- **l'utopie**, qui apparaît comme le but ultime à atteindre, celui de construire, à travers notre projet, les conditions d'une démocratie réelle pour ceux qui y adhèrent.

■ Les fondements éthiques liés à notre pratique

Créer et maintenir une relation avec les usagers dans une perspective de prévention des risques et réduction des dommages suppose des exigences éthiques qui sous-tendent notre pratique.

Parmi elles, on peut citer :

- le respect de la personne

Il s'agit de prendre en compte l'individu, dans toute sa singularité et sa globalité, avec son vécu et son parcours d'utilisateur, avec son contexte de vie, avec ses possibilités, ses désirs, mais aussi ses limites et ses peurs. Dans ce cadre, il importe également d'être attentif aux différents modes de communication et d'expression des personnes, que ce soit à travers les moments de silence et de renfermement sur soi, ou, au contraire, de « coups de gueule » et de débordements. Cette approche particulière des personnes est au cœur de notre pratique d'accueil à STEP.

- La construction d'un regard déculpabilisant

Face à une population très fortement stigmatisée par l'étiquette de « malade » et « toxicomane délinquant », il est nécessaire de déconstruire les jugements moralisateurs et de développer un regard déculpabilisant envers les usagers. En effet, ceux-ci ont souvent eux-mêmes intégré ces représentations sociales négatives, d'où l'importance de construire une relation de non jugement sur leur consommation et de dédramatiser de leur situation pour pouvoir développer une pratique préventive. Au fur et à mesure des années, nous avons appris à travailler sur nos propres représentations et intégrer ces différents aspects dans la relation avec les usagers.

- Le principe de non exclusion des personnes

Travailler avec des populations très fortement marginalisées exige un principe de solidarité et de non exclusion des personnes accueillies. En effet, nous pensons qu'il est plus pertinent, en cas de non respect des règles de fonctionnement du lieu, de promouvoir une relation basée sur la responsabilisation des usagers et la compréhension du sens de la règle, plutôt que sur la notion de « sanction ». En effet, les procédures de mise à l'écart des structures, qu'elles soient momentanées ou définitives, ne font que renforcer l'exclusion sociale dont elles sont déjà victimes. A STEP, personne n'a jamais été exclue du programme, et ce, même si des situations extrêmement difficiles ou délicates ont pu se produire.

- l'utilisateur, acteur et partenaire de l'action

Il s'agit de créer une relation avec l'utilisateur, qui lui donne une place la plus égalitaire possible dans l'analyse et l'élaboration de réponses à des problèmes qui le concernent en premier lieu. A

travers cette démarche, l'intervenant n'est plus le seul détenteur du « savoir », et par là-même du pouvoir dans la relation, il doit aussi s'appuyer sur le potentiel des individus et valoriser leur savoir faire. Ce faisant, les usagers ne sont plus objets de l'intervention mais bien partenaires de l'action. La participation des usagers au sein de notre PES est sûrement l'aspect que nous avons eu le plus de mal à développer, notamment parce qu'il s'agit d'un lieu de passage. Toutefois, il nous faudrait trouver d'autres formes d'organisation nécessaire (réunions, ou autres) pour renforcer cette dynamique.

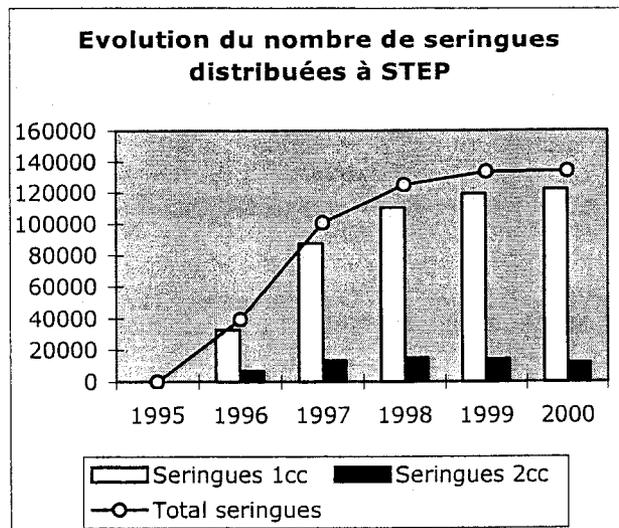
- le respect de l'intimité de la personne

Si nous essayons au quotidien de réduire au maximum les risques chez les usagers, il y a une limite souvent difficile à dépasser, celle de la zone d'intimité de la personne qui ne peut pas totalement être révélée ni rationalisée. Même si ces thèmes sont discutés avec eux, les usagers continuent à prendre des risques, du fait notamment de la précarité de leur conditions de vie mais aussi de la répression. Il y a donc une certaine forme de « liberté » nécessaire, de laisser à la personne son propre choix et sa propre responsabilité sur des comportements à risques qui la concernent.

Les activités du programme STEP

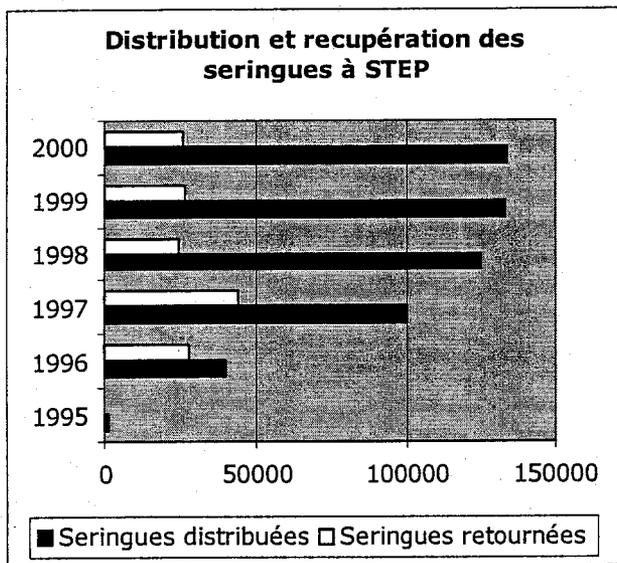
■ Distribution et échange de seringues

Pour favoriser la prévention du Sida et des hépatites, STEP met à disposition des usagers des seringues de 1cc et 2cc, ceci jusqu'à un maximum de 30 par personne. Depuis la fin de l'année 2000, suite à l'arrêt de leur fabrication, les seringues 2cc ont été remplacées par des seringues de 2,5cc et de 3cc, faute d'avoir pu trouver un matériel équivalent.



En cinq ans d'activité, le nombre de seringues distribuées n'a cessé d'augmenter, **passant de 39 547 en 1996 à 134 173 en 2000**. Ceci représente une multiplication par **3,4** et un total de **534 117** seringues distribuées sur cette même période.

La récupération du matériel usagé constitue également pour nous un souci permanent dans la perspective d'éviter la présence de seringues souillées sur la voie publique et autres lieux de consommation. Depuis l'ouverture du programme, **le nombre total de seringues récupérées est de 146 881**. Le taux de récupération par rapport au nombre total de seringues distribuées plafonne à **19%** depuis 98. Si nous essayons de sensibiliser au maximum les usagers sur cette question, un certain nombre de facteurs continuent de rendre difficile le retour des seringues (modes de vie associés à la consommation de crack, crainte des forces de police, etc.).



■ L'accès aux autres outils de prévention

Tout un ensemble de matériel de prévention est également mis à disposition du public fréquentant notre PES.

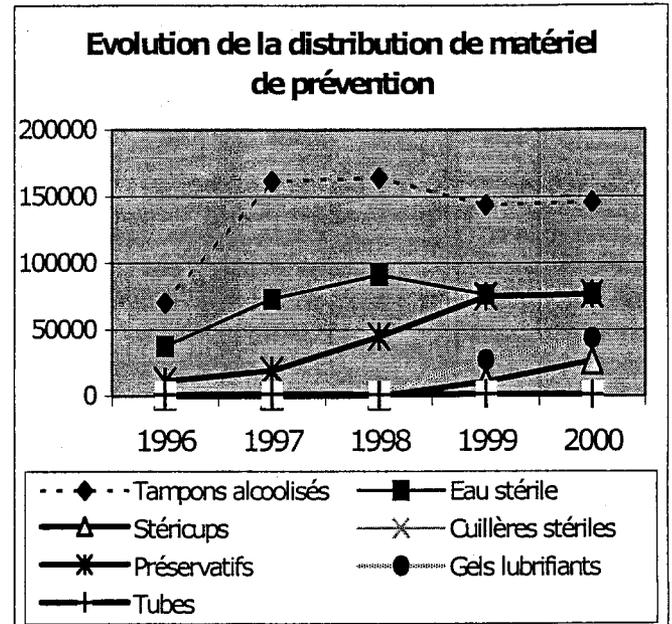
Il s'agit de :

- tampons alcoolisés, pour désinfecter la peau avant et après l'injection,
- fioles d'eau stérile, pour diluer le produit et le rendre injectable,
- stéricups, comprenant un récipient de chauffe pour faire la préparation, un filtre, et un tampon hémostatique,
- cuillères stériles, pour réaliser la préparation également,
- préservatifs, pour favoriser la prévention des risques sexuels,
- gels lubrifiants, pour augmenter l'efficacité du préservatif,
- des tubes, de différentes tailles pour le transport ou le retour des seringues,

- des containers de 5 litres, à la demande, pour rapporter les seringues sales.

Depuis l'année 2000, nous distribuons également :

- des préservatifs féminins, pour une prévention ciblée sur les femmes
- des jetons, pour pouvoir obtenir un kit de prévention dans les distributeurs automatiques



Au total, ce sont près de 685 539 tampons alcoolisés, 355 126 fioles d'eau stérile, 36 653 stéricups, 1267 cuillères stériles, 226 087 préservatifs, 71 971 gels lubrifiants et 5882 tubes qui ont été distribués aux usagers durant nos 5 années d'activité. L'importance de ces chiffres témoigne d'une certaine appropriation de la politique de réduction des risques par les usagers de drogues.

■ L'information sur la prévention des risques et la réduction des dommages

L'information est un outil important de la prévention, puisque c'est à travers elle que les messages de prévention vont être passés et que la personne va pouvoir apprécier son comportement, ses pratiques d'usage et ses prises de risques. Parallèlement à la distribution de matériel, des conseils de prévention sont donc donnés aux usagers. Ils concernent tout d'abord les modes de contamination du Sida et des hépatites, les pratiques de dépistage, les possibilités de traitement actuel, les pratiques sexuelles ainsi que les adresses d'associations d'aide dans ces différents domaines. Vient ensuite toute l'information sur les produits et la polyconsommation, l'injection de médicaments non destinés à l'injection, les risques liés à la consommation de crack, de rohypnoï, d'alcool, aux overdoses, produits de coupe, etc.. En dernier lieu, il s'agit de l'ensemble des conseils liés aux techniques d'injection, règles d'hygiène, choix des veines, l'utilisation du matériel secondaire

(cuillères, filtres, etc.), des problèmes liés aux abcès et aux poussières, au contexte de l'injection (environnement, lieu), etc. Pour accompagner ces messages, des plaquettes d'informations sont également distribuées aux personnes : Journal et plaquettes d'EGO (crack, overdoses, les abcès, le citron et l'acide citrique), d'ASUD, de AIDES, adresses de CDAG, brochures hépatite C, fascicules TECHNO Plus sur les drogues de synthèses, plaquettes de la DGS, de la MILDT, du CFES, etc.

■ L'orientation vers le dispositif social et sanitaire existant

La réalité des modes de vie des usagers nous oblige à prendre en compte leurs besoins, à la fois d'ordre sanitaire, mais aussi social. A partir des demandes exprimées, de façon plus ou moins formelles, nous réalisons un travail d'orientation, ceci pour faciliter l'accès des usagers au dispositif socio-sanitaire existant. Il ne s'agit pas pour autant de réaliser un suivi des personnes au sein du local, mais d'informer celles-ci sur l'existence de structures susceptibles de pouvoir répondre à leurs besoins. Durant nos cinq années d'activités, le nombre de demandes exprimées est en hausse (+ 66% par rapport à 96) et totalise 1064 en 2000.

- Les demandes les plus fréquemment formulées sont celles d'ordre sanitaire, qui ont largement augmenté au fil des ans, du fait de la précarité inhérente à certains types de consommation, notamment le crack.

Parmi elles, les questions liées au VIH et aux hépatites (information, test, suivi médical) sont en nette progression et représentent 45% des demandes sanitaires en 2000. Le fait qu'un grand nombre d'usagers soit touchés par l'hépatite C, les nouveaux traitements possibles concernant ces maladies, les traitements d'urgence en matière de VIH, etc... sont autant de facteurs qui suscitent des interrogations.

Evolution des demandes sanitaires à STEP					
Types de demandes	1996	1997	1998	1999	2000
Problèmes somatiques	108	119	110	200	175
Problèmes spécifiques	208	150	369	177	273
Demandes liées au VIH	40	18	69	92	155
Demandes liées au VHB	11	7	61	98	146
Demandes liées au VHC	9	9	104	120	178
Total	376	303	713	687	927

Une autre catégorie de demandes en augmentation concerne les problèmes spécifiques à l'usage de drogues, qui comprend à la fois l'ensemble des conseils de prévention, les questions liées à la substitution, au sevrage et postcure et, plus rarement, au suivi psychologique.

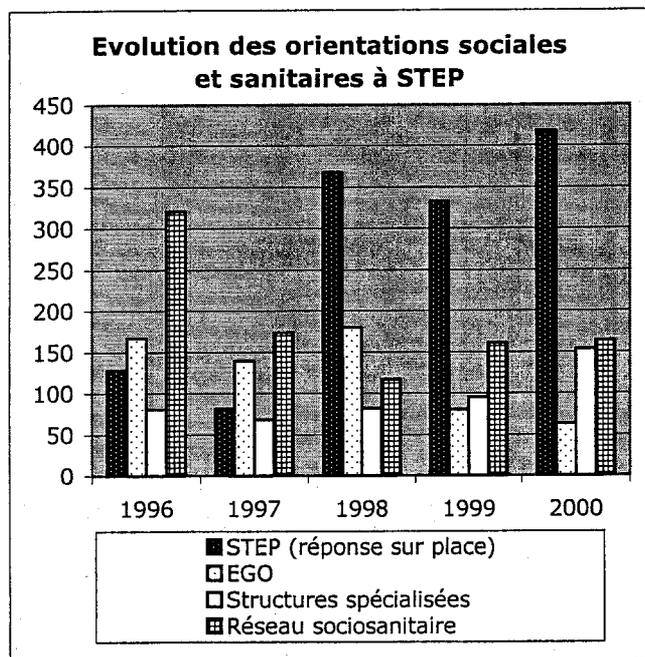
Les problèmes somatiques, concernant les problèmes de santé en général sont en diminution mais la « bobologie » (petites plaies, coupures, brûlures, etc.) reste très présente dans les besoins exprimés par les usagers.

- La diminution des demandes sociales à STEP ne signifie pas que les besoins sociaux des usagers se soient amoindris, elle illustre au contraire certaines limites des réponses existantes, notamment en matière d'hébergement. Pourtant, cette question reste une préoccupation récurrente parmi notre public, tout particulièrement l'hébergement d'urgence, et ceci même si le nombre de demandes formulées a chuté au fil des ans. On peut se demander si cette diminution est liée à un phénomène de démission des usagers face au manque de réponses existantes dans ce domaine ou bien s'ils accèdent à d'autres structures pour trouver des solutions à leurs besoins. A STEP, en matière d'hébergement, notre marge de manœuvre se limite au Samu Social et plus ponctuellement au Sleep'in.

Les questions relatives aux démarches administratives (accès aux droits sociaux, domiciliation, etc.) restent, elles aussi, très fréquentes, dues notamment à la difficulté de nombreux usagers à s'investir dans un suivi régulier et à long terme. Viennent enfin les demandes d'aide à la survie (douche, vestiaire, manger, etc.), liées à une marginalisation persistante d'une grande partie de notre public, et celles d'ordre juridique qui résultent à la fois de l'obligation d'avoir recours à des modes de survie souvent illégaux, de situations administratives compliquées et de l'usage de substances illicites.

Evolution des demandes sociales à STEP					
Types de demandes	1996	1997	1998	1999	2000
Administrative	37	28	53	28	46
Juridique	23	12	15	10	15
Hébergement	258	255	95	62	46
Info Aide à la survie	15	26	20	13	19
Total	333	321	183	113	126

- L'orientation des demandes sociales et sanitaires s'organise de différentes façons. Pour toutes les demandes d'informations (conseils prévention, infos VIH, VHB, VHC, etc.), la réponse se fait sur place à STEP. Il en est de même pour la « bobologie », excepté quand la situation exige une orientation vers un hôpital ou un médecin. Pour toutes les situations plus complexes, qui nécessitent un accompagnement, les personnes sont directement orientées vers l'accueil d'EGO où elles pourront bénéficier d'une aide plus adaptée pour réaliser leurs démarches. Pour le reste, elles sont dirigées, soit vers des partenaires spécialisés (MDM, MSF, le Sleep'in, la boutique, etc.) en fonction de la demande exprimée, soit vers le réseau de droit commun (hôpital, médecin, CAS, Samu social, etc.).



La pratique du collectif

La pratique d'une équipe communautaire

■ Les spécificités de l'équipe de STEP et d'EGO

Le programme STEP est rattaché au projet global de l'association, c'est pourquoi son équipe s'intègre dans celle d'EGO.

Hétérogénéité, différences, complémentarités, diversités... sont les mots qui peuvent, le plus, caractériser les différents membres de cette équipe (STEP et EGO). Au delà de l'adhésion à un projet commun, les formes d'appartenances collectives sont multiples et se déclinent en terme de sexe (hommes, femmes), d'âge (retraités, jeunes, adultes), d'origines culturelles (Maghreb, Afrique noire, Antilles, latino-américaines, françaises et autres pays européens). Elle comprend des formes d'identité différentes (sociales, professionnelles), une appartenance géographique (quartier Goutte d'Or) importante, mais non exclusive, des expériences personnelles (vécu de l'usage de drogues ou non) variées.

Il en ressort une grande variété de savoirs : savoirs formels et informels, savoirs techniques et empiriques, savoir-faire et savoir-être, savoirs théoriques et savoirs pratiques, savoirs culturels et sociaux, etc.. Cette densité de diversités et de complémentarités, cette variété de postures et de caractéristiques, permet de démultiplier les interactions possibles avec le public accueilli. Elle favorise une plus grande proximité avec les usagers et une ouverture maximale des espaces de communication et de création du lien social. L'interaction permanente avec l'extérieur est également facilitée par cette hétérogénéité de l'équipe et se traduit par une capacité d'écoute et de réactivité par rapport au contexte environnemental mais aussi d'adaptation aux changements ou aux situations d'urgence.

Cette diversité unifiée dans un travail d'équipe permet une continuité de la relation avec notre public, même lorsque des ruptures se produisent et que des membres de l'équipe quittent l'association. De surcroît, elle offre un espace symbolique où chaque personne reçue se situe « de facto » dans le respect de la différence. Enfin, ce collectif diversifié, loin de constituer un ghetto (voire une secte), est l'expression même de la diversité que constitue la société, permettant de ce fait que l'accueil ne soit pas « un cocon maternant » mais un lieu de rencontre et de socialisation.

■ Le fonctionnement de l'équipe en pratique

Dans la construction communautaire, le fonctionnement de l'équipe trouve des formes particulières concernant l'organisation du travail, la relation entre les personnes, la place d'acteur faite aux usagers.

- Fonctions et polyvalence :

Si des fonctions existent, définies par rapport aux besoins d'organisation de l'action, celles-ci ne correspondent pas à des normes préétablies dans lesquelles chacun devrait se fondre et se plier. Au contraire, les personnes peuvent investir leurs rôles en fonction de ce qu'elles sont, et ce, même si ces rôles sont répartis selon leurs compétences et savoirs particuliers. Les fonctions ne sont pas figées, ni cloisonnées entre elles. Elles sont rattachées à la globalité du projet, ce qui oblige chaque acteur à développer une polyvalence dans ses tâches pour répondre à l'ensemble des besoins imposés par la réalité.

- Transversalité et absence de hiérarchie

Dans la construction communautaire, le travail s'organise de façon horizontale et transversale, sans pouvoir hiérarchique. La relation entre les personnes se fait d'égal à égal, d'individu à individu, sans différence suivant les savoirs, les compétences ou les fonctions. La responsabilité des décisions et l'exercice du pouvoir sont partagés collectivement lors des réunions d'équipe. Ainsi, toutes les modalités concernant l'organisation du travail et le fonctionnement de la structure sont définies ensemble et chacun peut, à cette occasion, exprimer et défendre son point de vue.

- La promotion des personnes et la formation collective

Au sein même de l'équipe, il s'agit de miser sur la capacité des individus à développer leurs savoirs et leurs compétences, notamment à travers la valorisation des personnes par le groupe. La dynamique de travail, basée sur un processus permanent de réflexion - action par rapport à un projet commun, favorise le partage des savoirs, des connaissances, des opinions entre les différents membres de l'équipe et aboutit à une démarche continue de formation collective. Les programmes de formation thématique (en matière de drogues), organisés par l'association, sont devenus également des outils d'intégration et de promotion des personnes.

- L'expression du conflit

L'hétérogénéité de l'équipe fait émerger dans la pratique tout un ensemble de différences qui s'expriment à travers les façons de penser, les modes de communication, les émotions ressenties, les points de vue, les façons de faire, les personnalités, etc. D'où l'apparition de phénomènes de tensions et d'oppositions au sein de l'équipe lors des prises de décisions collectives. L'expression du conflit permet alors de faire émerger les ressentis et les désaccords pour pouvoir les réguler avant qu'ils ne se transforment en phénomènes de crise. Elle a également pour fonction de développer la capacité d'argumentation des personnes et de favoriser l'intégration des décisions par chacun, ce que l'on peut appeler la pédagogie du conflit.

- L'importance de la convivialité

Dans un projet communautaire, la convivialité entre les personnes tient une place particulière. Que ce soit à travers l'humour ou des moments de festivité, il est important de se sentir bien avec les autres et d'avoir du plaisir à travailler ensemble. Le fait de côtoyer au quotidien les phénomènes d'exclusion sociale des usagers et les conséquences de leurs conditions de vie misérables impose la nécessité de pouvoir dédramatiser les situations rencontrées et de prendre de la distance par rapport aux difficultés vécues. C'est pourquoi l'humour et la convivialité sont des facteurs qui vont permettre d'évacuer les tensions et renforcer la cohésion d'équipe.

■ Les difficultés émergent de la pratique de l'équipe

Un certain nombre de difficultés au sein de l'équipe émergent de cette organisation communautaire :

- la question de la place du pouvoir

Dans une dynamique qui se veut la plus « égalitaire » et « démocratique » possible, la question de la place du pouvoir au sein de l'équipe est récurrente. En effet, comme dans tout groupe social, des phénomènes de pouvoir et de leadership existent, vécus à la fois comme des éléments facilitateurs de l'action mais aussi comme une menace permanente à notre démarche collective. Si l'égalité est poursuivie comme objectif réel et

comme utopie à construire, il reste que toutes les personnes ne sont pas égales dans la prise de parole, dans leur capacité à défendre leur point de vue ou à construire leur légitimité.

- La difficulté à construire une autre légitimité

Elle renvoie aux difficultés liées à l'intégration dans l'équipe de personnes aux savoirs différents, ou aux vécus souvent proches des personnes accueillies à EGO, avec des modes d'expressions différents liés à des parcours variés. Il s'agit pour l'ensemble des personnes de passer d'un groupe d'appartenance à un autre, avec des règles de vie collectives et professionnelles, et d'intégrer les différentes dimensions nécessaires à la construction d'une nouvelle légitimité. Que l'on soit habitant, ex-usager ou professionnel de l'action sanitaire et sociale, chacun doit acquérir, à partir de ce qu'il est, une autre façon d'être et d'autres savoir-faire, reconnus de tous. Cette démarche est un processus qui prend du temps, avec des moments de recentrage par rapport aux règles de fonctionnement du groupe, avec des périodes de conflits, avec parfois des sensations d'échec collectif mais également de réussite.

- L'interaction entre le domaine personnel et celui du professionnel

L'investissement des individus à partir de ce qu'ils sont implique nécessairement une interaction entre ce qui est de l'ordre du personnel et ce qui relève du domaine professionnel. Le lien entre les personnes ne s'arrête pas au seul cadre du travail, dans un rapport de « collègues à collègues », il est aussi fonction des affinités, des histoires de vie communes, des relations affectives qui se créent dans une appartenance commune. Cette « affectivité » de la relation est à la fois un élément indispensable et fédérateur dans une construction collective, mais constitue également une fragilité dans la gestion des liens entre les différents membres de l'équipe. En effet, à certains moments, il peut arriver que la dimension personnelle empiète sur le professionnel et qu'il soit difficile de trouver la « juste » limite entre ces deux registres.

- L'animation du projet

L'animation du projet est une question clé dans la construction communautaire, car aucun collectif ne peut s'animer de façon spontanée. Le terme « animer » provient du latin « anima » qui signifie « âme ». Elle suppose donc la capacité à « donner de l'âme » et à produire du sens par rapport à l'action et au projet d'EGO. Dans la pratique, cette fonction devient un rôle joué par certains, plus que par d'autres, ce qui tend à produire une sorte de différence entre égaux. Si cette fonction n'est pas pensée et organisée, si elle est vécue comme un rôle « spontané » et « volontaire », elle peut être symbolique de « pouvoir » et menacer ainsi un projet collectif.

La pratique du collectif d'EGO

■ La constitution du collectif d'EGO

Le collectif d'EGO est l'entité d'appartenance collective au cœur du processus participatif de l'association.

Il est constitué :

- de l'ensemble des salariés de l'association, représentant les différents projets d'EGO, y compris sa direction formelle,
- des usagers de drogues fréquentant l'accueil d'EGO et de STEP, dont les membres du « comité des usagers »
- des habitants du quartier, parmi lesquels des bénévoles investis dans le quotidien d'EGO
- d'autres bénévoles, n'habitant pas forcément le quartier, mais étant en lien avec l'association
- des personnes « de passage à EGO » (stagiaires, visiteurs, partenaires spécialisés ou locaux, etc.)
- la Coordination Toxicomanie 18è.

Le collectif d'EGO n'est pas un groupe fixe et figé dans sa composition, au contraire, il est en mouvement permanent et ouvert à toute personne qui s'intéresse à notre projet, ce qui lui évite de se refermer sur lui-même. Il a un rôle symbolique important d'appartenance collective au projet et d'exercice d'un pouvoir partagé. L'existence de ce collectif n'est pas quelque chose qui se décrète, mais bien qui se construit dans l'action à partir d'une légitimation et d'une appropriation de cette instance par l'ensemble des acteurs concernés.

■ Les instances de participation collective et citoyenne

- La réunion du collectif d'EGO

Tous les mercredis soir (de 19h00 à 21h00) se déroule à EGO la « réunion du collectif ». C'est le lieu de rencontre, de partage et d'échange entre les différents membres du collectif d'EGO. La réunion a son espace symbolique : au sein de l'accueil, les tables sont retirées et les chaises mises en cercle pour une meilleure convivialité et proximité entre les personnes. Elle trouve aussi ses rituels dans une animation collective et un déroulement spécifique : tour de présentation, nouvelles des gens et des différentes activités, impressions des personnes nouvellement venues pour clôturer la réunion. Si un cadre est posé, la réunion est avant tout fonction des personnes présentes, des thèmes qu'elles ont envie d'aborder, des propositions du comité des usagers, des visiteurs venus échanger sur leurs pratiques de travail, ou encore d'habitants du quartier venus pour nous parler des difficultés qu'ils rencontrent dans leur cohabitation avec les usagers. Cette rencontre hebdomadaire permet de confronter les différents points de vue, de faire émerger les conflits, de s'écouter les uns les autres, de négocier un consensus pour produire ensemble un avenir commun. En offrant un cadre à

l'expression des conflits et des revendications, cette instance est également un élément essentiel dans la régulation des phénomènes de violence physique ou verbale. Et c'est ainsi que, dans cette forme de « ritualisation » du conflit dans une scène prévue pour ça, la violence se déplace du premier au second degré, de la confrontation à la résolution, dans la recherche d'un mieux vivre en commun.

- La constitution du comité des usagers

Créé cette année à la demande des usagers, et entièrement géré par eux, ce groupe se réunit chaque semaine pour faire des propositions concernant les activités d'EGO, la vie de l'accueil et de STEP, la réduction des risques, mais également la sensibilisation au respect de l'environnement. Ces propositions sont alors soumises au collectif du mercredi soir pour une éventuelle validation. Parmi les actions réalisées par le comité, on peut citer « la Charte d'EGO » définissant les principes de vie collective à l'accueil, ou encore le collage d'affiches de prévention dans les lieux de consommation, rappelant au respect de l'environnement. Le comité a également eu un rôle important dans la régulation de phénomènes de tensions entre les usagers et d'autres structures d'accueil spécialisées en créant les conditions d'un dialogue sur leurs modalités de fonctionnement. La constitution de ce comité est, sans aucun doute, le résultat d'un processus d'autonomisation et de responsabilisation des usagers, qui ont ainsi donné un cadre formel à leur investissement au sein d'EGO.

- La représentation des usagers au Conseil d'Administration d'EGO

Depuis l'année 2000, un usager a été élu en Assemblée Générale au Conseil d'Administration d'EGO. La présence d'usagers au sein des instances administratives de l'association n'est pas un fait nouveau, et depuis notre création, deux usagers ont déjà participé à notre C.A.. Cette ouverture constitue pour nous la volonté de promouvoir leur citoyenneté mais aussi la visibilité d'un pouvoir partagé entre les différentes composantes de notre collectif (habitants, usagers de drogues, professionnels). Cette élection a été accueillie par les usagers d'EGO comme une forme de reconnaissance de leur rôle d'acteurs à part entière.

- L'intégration d'un usager au sein du groupe de suivi de STEP

Pour renforcer leur participation au sein du programme, un usager a été intégré au groupe de suivi de STEP. En effet, ce groupe, composé d'acteurs locaux (police, habitants, associations, médecin, etc.), s'attache à réfléchir sur le fonctionnement du programme, son impact sur les pratiques à risques des usagers, son environnement proche, etc. Dans ce cadre, l'expérience d'un usager fréquentant STEP s'avère tout à fait pertinente et apporte des éléments de compréhension intéressants par rapport à l'ensemble de ces questions. Il s'agit donc, là encore, de promouvoir la citoyenneté des usagers et démontrer par là-même qu'ils sont capables de se responsabiliser par rapport à un projet et de faire avancer ensemble la politique de réduction des risques.

La dimension des individualités

■ L'expression des personnalités au sein du collectif

L'équipe se construit d'individus aux personnalités affirmées, avec leur caractère particulier, avec leur style spécifique et se nourrit de ces différences. Ceux-ci ne sont pas investis dans l'action en tant que « professionnels » figés dans des postures institutionnelles, mais en tant que personnes capables de partager leur expérience, de s'exposer aux autres, de raconter leur parcours. A travers ces personnes, des convictions et des motivations différentes s'expriment, liées à des expériences personnelles, au vécu de l'usage de drogues, à l'appartenance au quartier, à leur parcours professionnel, etc. Ces différents acteurs ont chacun leur façon de s'exprimer, leurs codes culturels, leurs savoirs particuliers, leurs sensibilités, leur place au sein du groupe, ... Mais ils ont aussi leurs moments de fragilité, leurs limites exprimées ou non, leurs difficultés, leurs périodes de doute. L'expression de ces personnalités, dans tout ce qu'elles ont d'unique et de singulier, est la condition qui va permettre la création d'une relation « authentique » avec les usagers en tant qu'individus. C'est à travers cette rencontre mutuelle, d'égal à égal, d'individu à individu, que s'opère un processus de reconnaissance de l'autre, non pas en tant qu'usager de drogues mais en tant que personne singulière, avec ses talents et ses faiblesses, avec ses difficultés et ses ressources.

■ Les postures professionnelles particulières

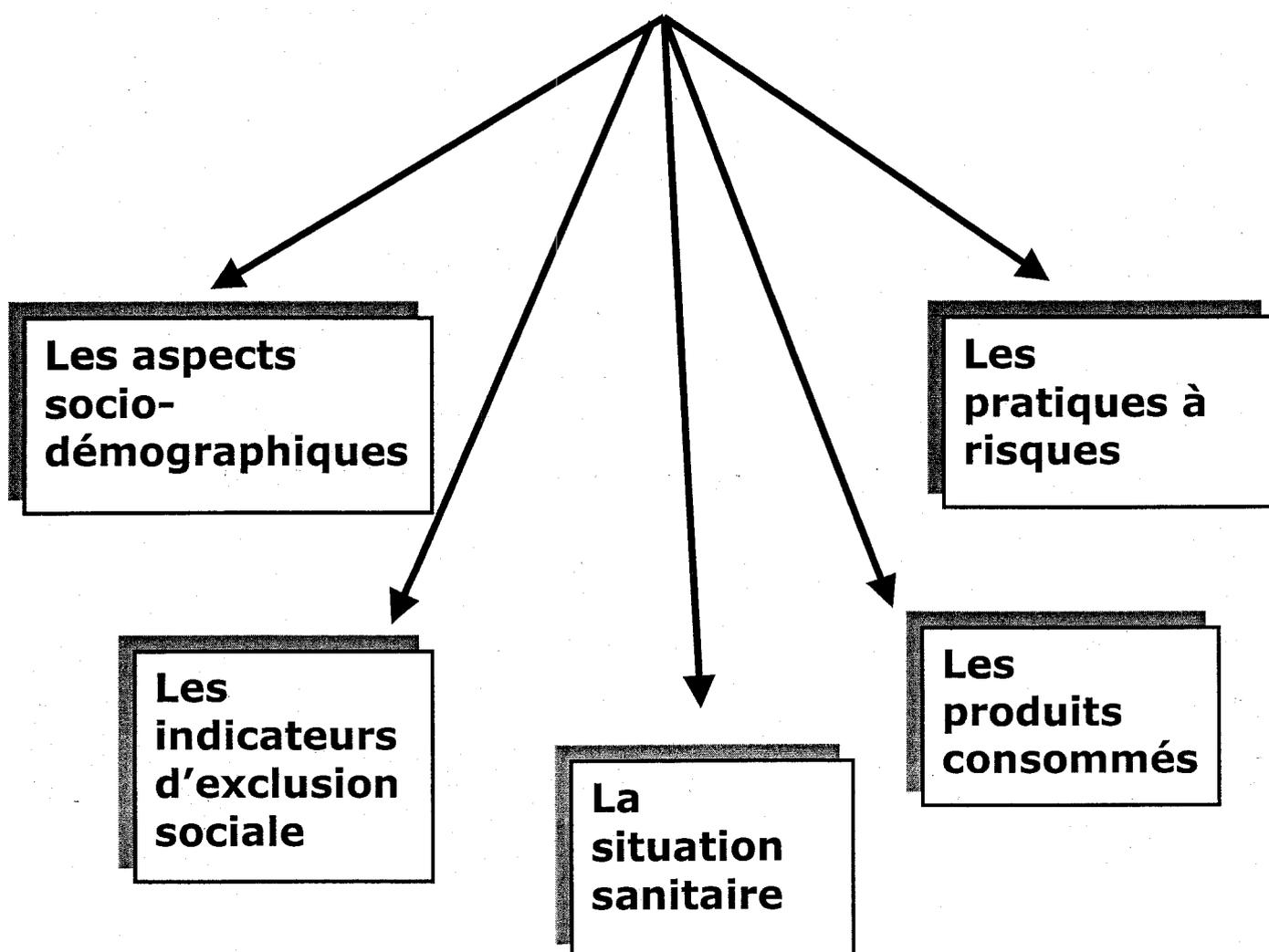
Toutes les individualités qui composent l'équipe font ressortir une multiplicité de postures et d'attitudes professionnelles dans la pratique. Chaque personne a son propre style d'accueil, sa propre façon d'être avec les usagers, sa propre façon de gérer ou d'animer le lieu, sans pour autant déroger à une cohérence de groupe nécessaire par rapport à nos objectifs de travail. Ainsi, certaines vont être plus dans des attitudes d'écoute et d'attention à l'autre,

d'autres sur le registre de l'humour et de la dédramatisation, d'autres encore sur celui de la responsabilisation et du soutien à l'autonomie. Ces différences de postures et d'attitudes permettent là encore de singulariser la relation avec les personnes accueillies. En effet, face à une population d'usagers constituée de personnes aux caractères particuliers et aux profils différents, il importe de pouvoir offrir une diversité de références possibles pour faciliter une relation de proximité.

■ La valorisation des personnes à travers le groupe

Si le groupe s'enrichit et se développe à partir des individualités et des différences, il est également un support de valorisation des personnes qui le constituent. En effet, c'est à travers lui que les individus vont pouvoir se construire, progresser dans leur parcours, renforcer et acquérir leurs savoirs, développer leur identité professionnelle, etc. Le groupe offre donc un espace de socialisation, autant pour les membres de l'équipe que pour les personnes accueillies, mais aussi pour les visiteurs. Il permet d'appartenir à un réseau de relations, d'organiser sa vie autour d'un projet commun, de s'approprier les règles de vie et de fonctionnement du groupe. La logique de promotion collective et de partage des savoirs, dans laquelle nous travaillons, passe obligatoirement par la valorisation de chaque individu, tout en respectant sa singularité. Il ne s'agit pas de transformer les personnes en « techniciens » mais bien de renforcer leurs capacités à partir de ce qu'ils sont. Ce processus de construction « positive », à la fois individuel et collectif, est une condition nécessaire pour pouvoir travailler dans une perspective de promotion de l'ensemble des acteurs du collectif.

Evolution du profil des usagers de drogues à **STEP**

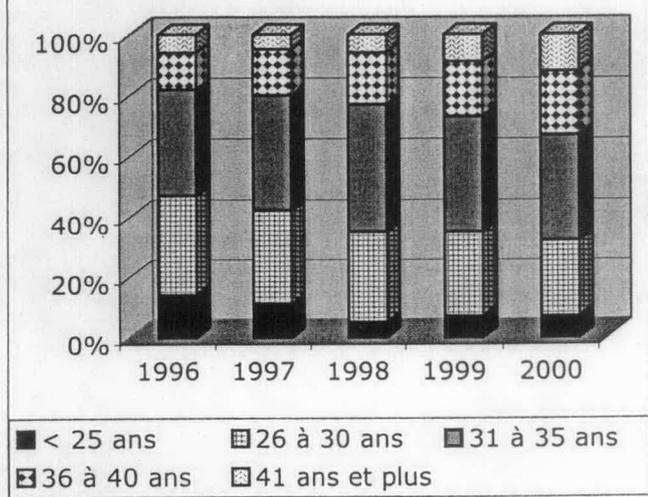


Les aspects socio-démographiques

■ L'âge du public : une tendance au vieillissement

Au fil des années, nous voyons se dessiner une diminution de la catégorie des moins de 25 ans (7% en 2000 contre 14% en 1996) parmi notre public. Parallèlement, les personnes âgées de 36 ans et plus sont en progression, et représentent cette année 33%. La moyenne d'âge est elle aussi en augmentation et se situe à 33 ans. Toutes ces tendances attestent donc d'un vieillissement des usagers que nous voyons à STEP.

Evolution des catégories d'âge à STEP

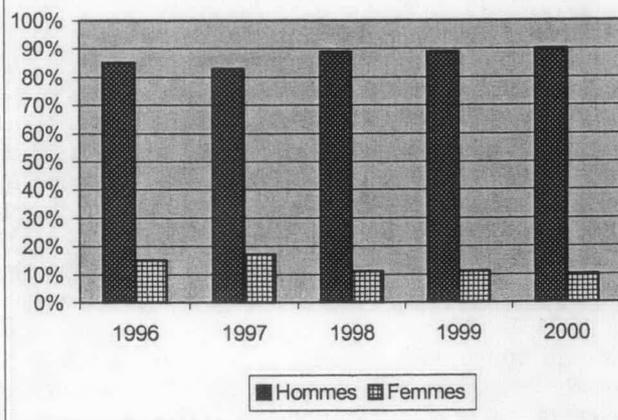


■ La répartition par sexe : une plus faible représentation des femmes

Notre public est constitué par une très large majorité d'hommes, les femmes apparaissant comme une faible minorité. Or, d'année en année, les passages féminins ont connu une diminution et

sont passés de 15% en 1996 à 10% en 2000. Cette évolution n'est pas sans nous interroger, sachant que les femmes sont souvent dans des situations de plus grande vulnérabilité et qu'elles ont tendance à adopter des comportements plus à risques que les hommes.

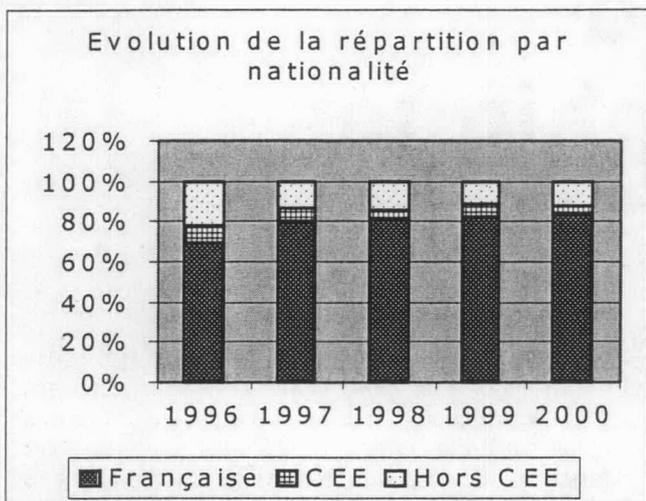
Evolution de la répartition par sexe du public



■ Répartition par nationalité et origines culturelles : des différences moins marquées

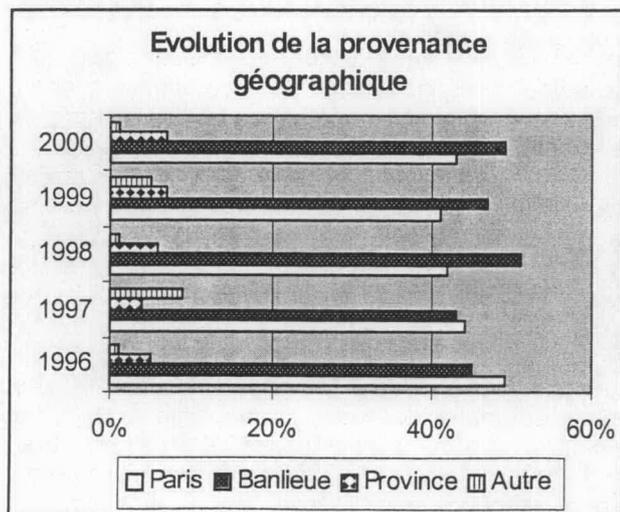
On observe, au fil des années, que les caractéristiques culturelles de notre public tendent vers une plus grande homogénéité. Le nombre de personnes ayant une nationalité française a augmenté par rapport à 1996 (+ 14%) et atteint aujourd'hui 84%. Dans le même temps, le nombre de personnes ayant une nationalité étrangère a diminué et représente en 2000 seulement 16% des personnes accueillies. Les origines culturelles de notre public font apparaître deux populations principales, qui se sont stabilisées au cours des années : l'une d'origine française (37% en 2000) et l'autre originaire des pays du Maghreb (41%). Les personnes originaires des DOM-TOM (6% en 2000) et d'Afrique noire (3%) restent très minoritaires, sûrement parce que culturellement elles ont des

modes de consommation où la voie injectable est moins présente. Il ne s'agit pas à travers la caractérisation culturelle de notre public de stigmatiser certaines populations, mais de montrer que l'immigration est un facteur non négligeable de vulnérabilité qui vient renforcer certains processus d'exclusion sociale.



■ La provenance géographique de notre public : une forte prégnance des personnes issues de banlieue

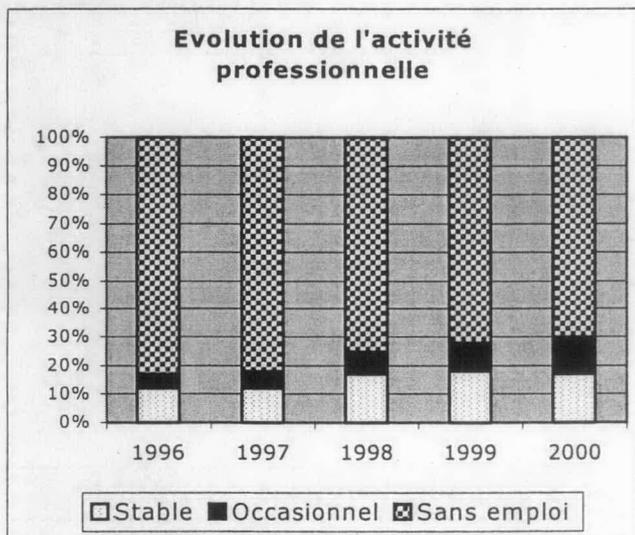
Depuis l'ouverture du programme, les personnes issues de banlieue ont toujours constitué un groupe important parmi notre public (45% en 1996). C'est à partir de 1998 qu'elles sont devenues la catégorie la plus représentée (49% en 2000), devançant ainsi celle des parisiens intra muros (43% en 2000). L'effet d'attraction engendré par le développement du marché du crack dans le quartier, la présence de la gare du Nord située non loin de notre PES, mais aussi l'insuffisance des structures existantes en banlieue, sont autant de facteurs qui ont pu influencer sur cette situation. Il nous faut aussi nuancer cette donnée, sachant que beaucoup de personnes qui proviennent de banlieue investissent le quartier, à court ou moyen terme, comme lieu de consommation, de survie, de galère.



Les indicateurs d'exclusion sociale

■ Une activité professionnelle plutôt limitée

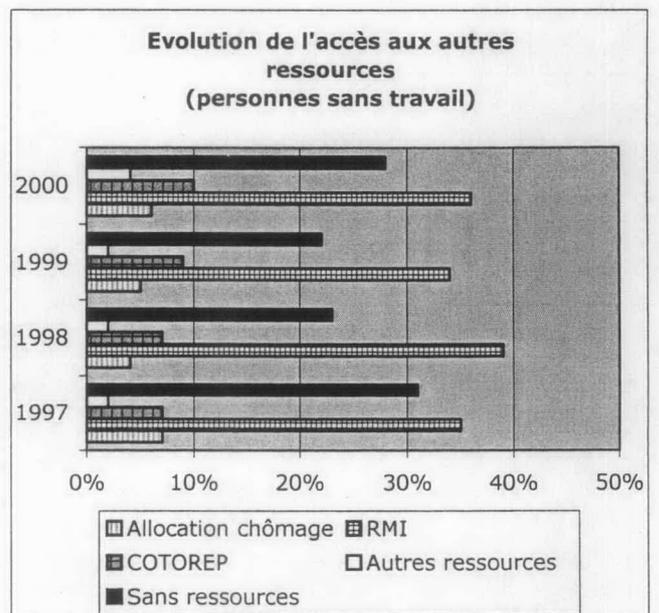
La situation sociale de notre public révèle une activité professionnelle limitée et précaire. Si le nombre de personnes ayant un emploi a légèrement progressé par rapport à 1996 (+ 13%), on constate que cette augmentation s'est surtout répercutée sur le travail de type occasionnel (+8%) et que les personnes déclarant avoir un travail stable plafonnent à 17% cette année. En 2000, c'est donc 70% des usagers fréquentant notre PES qui se trouvent exclus du monde officiel du travail. Cette exclusion n'a pas pour seule conséquence l'absence de moyens de subsistance à court ou moyen terme, elle signifie aussi la perte d'une identité sociale positive et reconnue, d'un réseau d'appartenance autre que celui lié à la drogue, d'un rythme de vie « normal » et socialisé.



■ Un accès inégal aux autres ressources

En l'absence d'un travail rémunéré, les personnes doivent développer d'autres moyens de subsistance pour pouvoir subvenir à leurs besoins quotidiens. Dans ce cadre, le RMI (36% en 2000) constitue la principale ressource à laquelle accède un grand

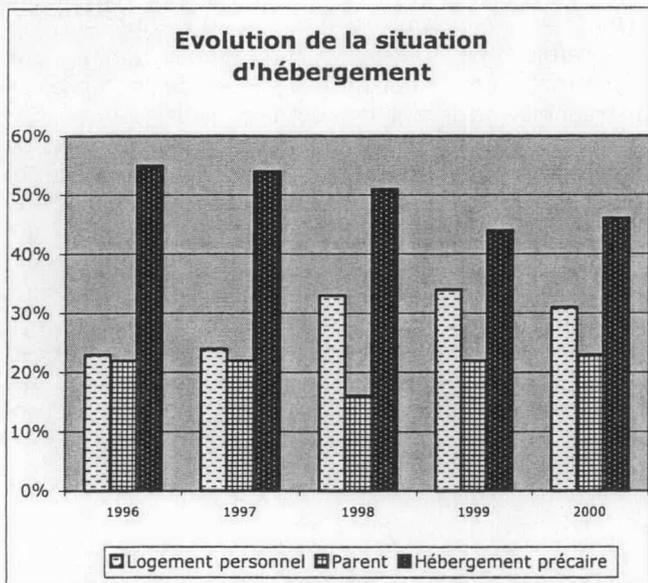
nombre d'usagers, loin devant l'Allocation Adulte Handicapé (10%) et l'allocation chômage (6%). Par rapport à 1997, le nombre de personnes bénéficiant de prestations sociales a légèrement augmenté (RMI + 1%, l'AAH + 3%, autres CAF + 2%). Toutefois, en 2000, nous avons connu une augmentation importante (+6%) du nombre de personnes déclarant n'avoir aucune ressource. Ces chiffres, pour le moins nuancés, témoignent d'une inégalité des situations et d'une précarité persistante. En effet, dans tous les cas, l'accès aux prestations sociales, même s'il permet pour un temps de reprendre soin de soi (se payer une chambre d'hôtel, des vêtements neufs, des produits d'hygiène, etc.), ne suffit pas à subvenir à l'ensemble des besoins des personnes. Et celles-ci sont souvent amenées à avoir recours à des moyens en marge de la légalité (prostitution, manche, vol, deal, etc.) pour assurer leur survie quotidienne.



■ La précarité des situations d'hébergement

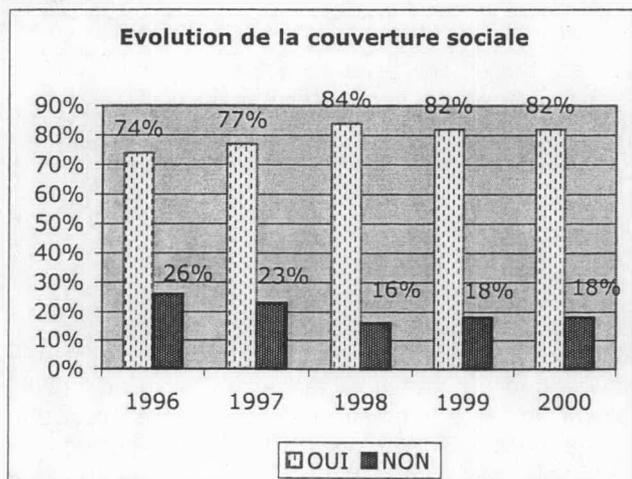
La précarité des situations d'hébergement est une réalité que vit une grande partie de notre public, faisant de cette question une de leur préoccupation permanente. Si depuis 1996, le nombre de personnes déclarant avoir un logement personnel a

progressé (+ 8%), il n'en demeure pas moins que se maintient, année après année, une catégorie importante de personnes (46% en 2000) vivant dans des situations d'hébergement négociées à plus ou moins court terme (hôtel, foyer, ami, squat, etc.), voire carrément à la rue. On peut penser que ce chiffre est en dessous de la réalité car, parmi les personnes qui affirment vivre chez leurs parents (23% en 2000), beaucoup ont des relations conflictuelles et ponctuelles avec leur famille et, de ce fait, se retrouvent dans des situations d'instabilité en matière d'hébergement. Cette difficulté liée à l'hébergement contribue bien évidemment à renforcer les modes de vie chaotiques des usagers, déjà très précaires du fait de leur consommation.



■ **Une amélioration de la couverture sociale, méritant d'être nuancée**

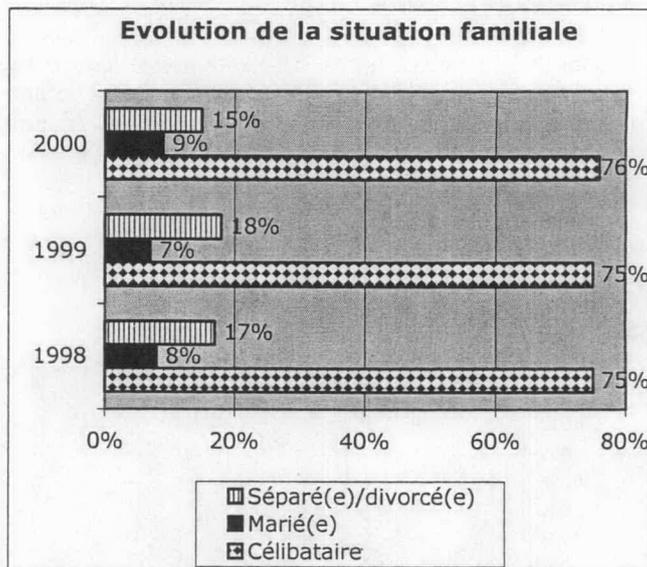
Au fil des années, nous avons vu la couverture sociale des usagers s'améliorer. Par rapport à 1996, celle-ci a progressé de + 8% et concerne cette année 82% de notre public. On peut penser que la mise en place de la Carte Paris Santé puis de la Couverture Maladie Universelle a pu favoriser cette évolution.



Toutefois, ce propos mérite d'être nuancé car 18% de notre public est sans couverture sociale et coupé des dispositifs d'aide et de soins. Par ailleurs, même en ayant une couverture sociale, l'étiquette stigmatisante de « toxicomane » constitue toujours un obstacle à l'accès aux droits et aux services socio-sanitaires.

■ **Des situations familiales témoignant d'une instabilité des modes de vie**

Au regard de la situation familiale de notre public, nous observons que près des ¾ d'entre eux déclarent être célibataires et 17% séparés ou divorcés. Ces chiffres sont révélateurs des modes de vie des usagers où les relations sont avant tout centrées sur la recherche et la consommation de produits, souvent au détriment d'une vie sociale et familiale. Ainsi, en 2000, 41% des personnes interrogées affirment avoir des enfants, alors que dans le même temps ils ne sont que 31% à vivre en couple depuis plus de 6 mois. Ceci atteste également de l'instabilité des relations affectives dans un contexte de précarité.

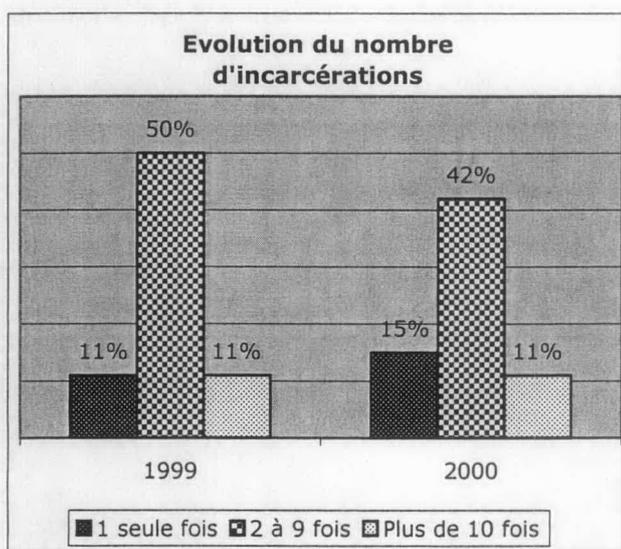


Situation familiale du public

	Vivent en couple	Ont des enfants
1998	33%	38%
1999	26%	36%
2000	31%	41%

■ Des parcours juridiques lourdement pénalisés

La vie hors la légalité fait partie intégrante de la vie quotidienne des usagers, qu'elle soit le résultat d'un usage de substances illicites, ou de moyens de subsistance pour assurer leur consommation et leur survie. C'est pourquoi près de 70% de notre public en 2000 affirme avoir déjà été incarcéré, dont 42% de 2 à 9 fois, et 11% plus de 10 fois. Ces chiffres montrent que le passage en prison est souvent un facteur de vulnérabilité supplémentaire et qu'il engendre souvent des processus de récidives. Enfin, les personnes sont aussi très souvent sous le joug d'une décision de justice : sursis et mise à l'épreuve (22% en 2000), injonction thérapeutique (7%), etc.



La situation sanitaire du public

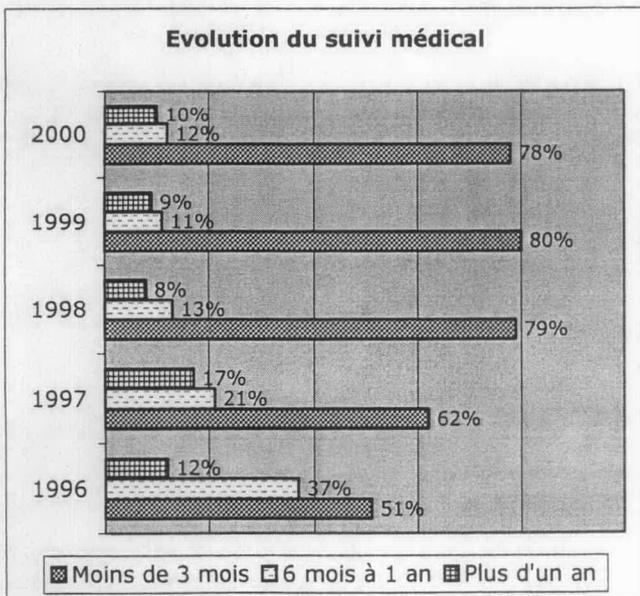
■ Une amélioration du suivi médical

Au fur et à mesure des années, on observe une amélioration du suivi médical des usagers. Ainsi, le nombre de personnes déclarant avoir vu un médecin il y a moins de trois mois est passé de 51% en 1996 à 70% en 2000. De même, la proportion de personnes, dont la dernière visite médicale remonte à plus d'un an, a elle aussi diminué et se stabilise à 10% cette année. On peut penser que la politique de réduction des risques, notamment le développement des programmes de substitution, a largement permis de renforcer le suivi médical des usagers. Toutefois, on remarque dans la pratique que le fait de voir régulièrement son médecin ne signifie pas toujours être suivi pour l'ensemble de ses problèmes de santé, et qu'un grand nombre disent voir leur médecin surtout pour leur substitution. Enfin, on peut également noter un « nomadisme » important parmi les usagers, qui cumulent les contacts médicaux sans pour autant bénéficier d'un suivi global et cohérent.

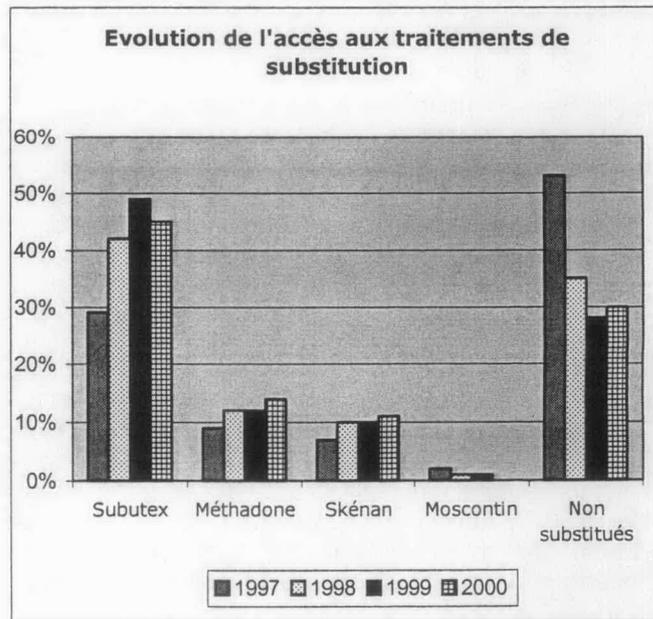
■ La substitution : une progression en voie de stabilisation ?

En cinq ans, les usagers de drogues ont très largement intégré la substitution dans leurs pratiques, soit comme une aide dans la gestion de leur consommation quotidienne, soit comme un outil thérapeutique pour stabiliser ou réduire leur usage. A STEP, le nombre de personnes substituées est ainsi passé de 47% en 1997 à 70% en 2000. Le subutex apparaît comme le produit le plus fréquemment utilisé par les usagers (45% en 2000), loin devant la méthadone (14%) et le skénan (11%). Le moscontin a quant à lui complètement disparu depuis cette année. La facilité d'accès au subutex, contrairement à la méthadone (excepté le programme de Médecins du Monde), a largement permis de jouer le rôle d'une substitution « bas seuil », chaînon manquant dans le dispositif thérapeutique, et de permettre ainsi aux personnes les plus marginalisées de profiter de ce type de traitement. Néanmoins, concernant la substitution, des problèmes persistent, liés notamment à l'injection de ces produits qui posent de graves complications sanitaires

Evolution du suivi médical

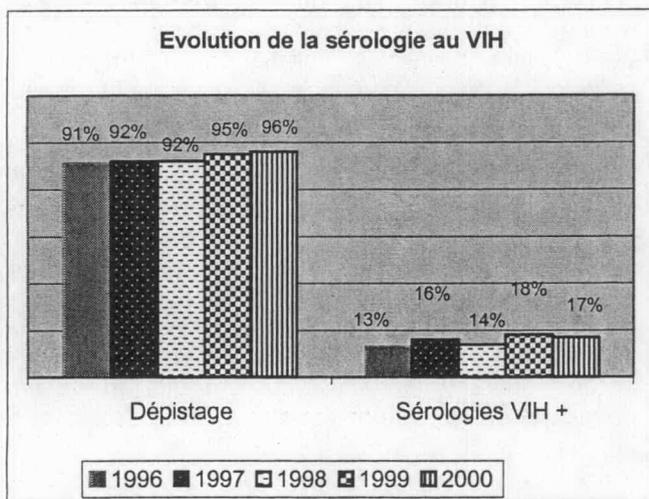


Evolution de l'accès aux traitements de substitution



■ Une stabilisation du VIH fragile ?

Si le Sida était encore en pleine expansion au moment où nous avons ouvert notre PES en 1995, nous constatons, cinq ans après, que nos indicateurs témoignent d'une évolution positive concernant cette maladie. Ainsi, le nombre de personnes déclarant avoir fait un test de dépistage a progressé, atteignant 96% en 2000, ce qui signifie, dans le même temps, que le nombre de personnes ne connaissant pas leur sérologie a diminué. Par ailleurs, il semble que la prévalence au VIH parmi notre population se stabilise à 17% cette année (- 1% par rapport à 1999). Ces tendances semblent s'accorder avec celles avancées dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire⁴ qui fait état d'une stabilisation du nombre de nouveaux cas de Sida en 1999 et 2000 autour de 1700 cas annuels. Selon cette même source, on constate une prépondérance des modes de contaminations hétérosexuelles (44% des cas diagnostiqués en 2000) alors que celles liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse ont largement chuté (14,6% en 2000 contre 27% en 1993).

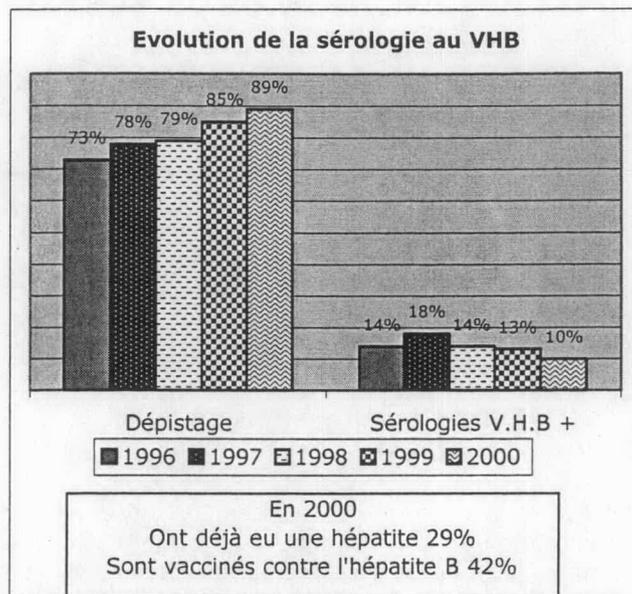


■ Une progression toujours inquiétante des hépatites, notamment l'hépatite C

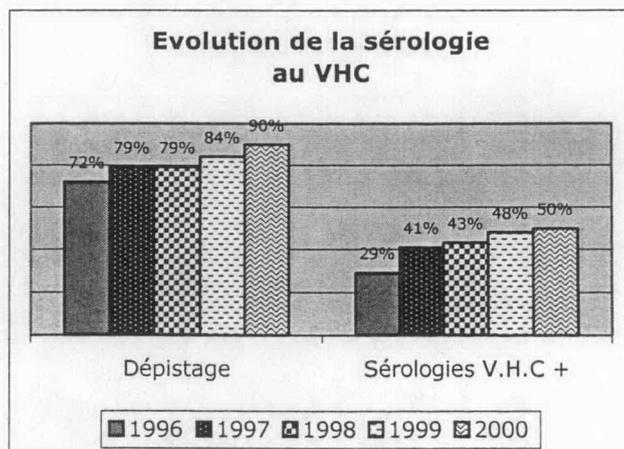
Contrairement à ce qui s'est passé pour le Sida, on assiste aujourd'hui à une progression inquiétante des hépatites parmi les usagers de drogues, notamment par voie intraveineuse. Le fait qu'un plus grand nombre d'usagers aient réalisé un test de dépistage pour le VHB (89% en 2000) et le VHC (90% en 2000) a permis une meilleure connaissance de leur situation sérologique par rapport à ces pathologies. Ainsi, il ressort cette année une prévalence au VHC de 50% parmi notre public (+ 21% par rapport à 1996) et de 10% pour le VHB. Concernant l'hépatite B, 29% des personnes interrogées disent avoir déjà eu une hépatite B et être guéries aujourd'hui. Il est clair

⁴ Surveillance du Sida en France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, Juin 2001.

que, pour cette dernière, l'existence d'un vaccin a largement permis d'éviter sa propagation et qu'une proportion importante d'usagers (42%) se sont saisis de cette opportunité.



Si l'on compare nos chiffres avec d'autres sources d'information, on peut penser que ceux-ci restent encore sous-estimés. Ainsi, Le Bulletin de Santé⁵ de l'ORS Ile de France et du CRIPS estime que la majorité des usagers de drogues sont contaminés par le VHC et situe leur prévalence à 54% sur l'ensemble du territoire. Selon lui, les usagers de drogues par voie intraveineuse résidant en Ile de France sont plus touchés par le VHC que dans le reste de la France, avec 67% de contamination. L'enquête DREES⁶ (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) sur « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales » situe la séroprévalence au VHC à 63,1%. Face à ces chiffres, l'hépatite C constitue pour nous une priorité en terme de prévention.



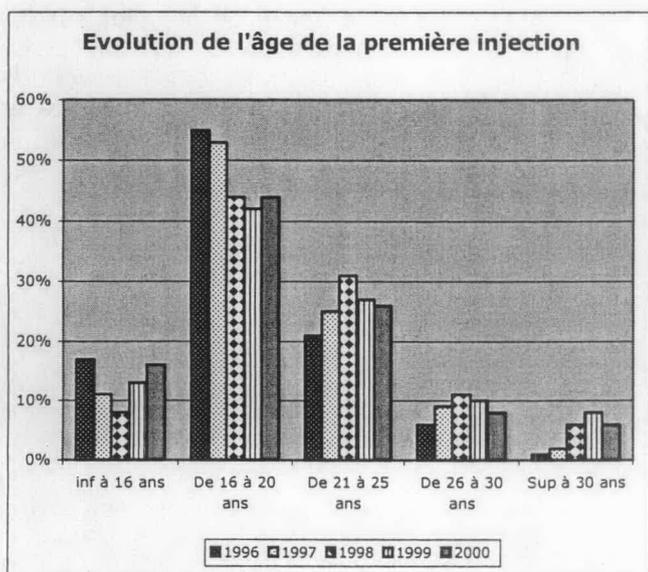
⁵ Hépatites B et C : aspects épidémiologiques et prévention en Ile de France, Bulletin de Santé, Observatoire Régional de Santé d'Ile de France - Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida en Ile de France, juillet 2001.

⁶ La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en 1999, n° 19, Février 2001.

Les produits et les modes d'usage

■ L'âge de la première injection

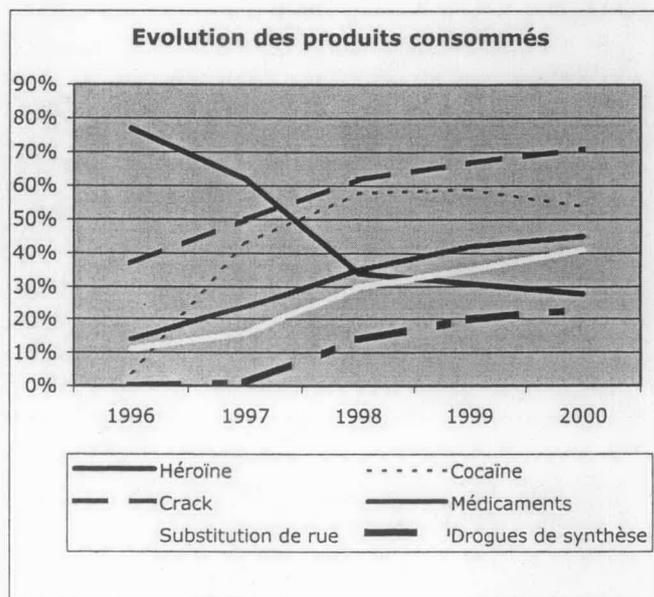
Les usagers qui fréquentent le programme STEP présentent un long parcours de toxicomanie. L'âge de la première injection montre que la majorité de notre public (60% en 2000) a commencé à consommer des substances par voie injectable avant l'âge de 20 ans. Seuls 14% des usagers affirment avoir réalisé leur première injection après 26 ans. Comparativement à 1996, il semble néanmoins que l'on puisse déceler une certaine diminution de l'âge d'entrée dans la consommation par voie injectable. Sachant que les $\frac{3}{4}$ de notre public ont plus de 30 ans et que la moyenne d'âge se situe à 33 ans, on peut alors estimer entre 10 et 25 ans leur parcours d'usage, avec une moyenne de 13 ans.



■ La cocaïne et le crack supplantent l'héroïne

En 1996, l'héroïne (77%) constituait à STEP le principal produit consommé par les usagers. En effet, la cocaïne était consommée plus dans des milieux « branchés » ou insérés et l'usage du crack se limitait à certaines populations, notamment antillaises et africaines. En cinq ans, cette configuration s'est totalement inversée. L'héroïne

n'a cessé de reculer dans les pratiques des usagers et chute à 28% cette année. Dans le même temps, la cocaïne s'est généralisée à l'ensemble des consommateurs, même parmi les exclus, et le crack a cessé d'être une drogue confinée à certains milieux culturels ou socialement défavorisés. Aujourd'hui, le crack est ainsi consommé par 71% de notre public et le chlorhydrate de cocaïne par 54% d'entre eux. Le crack ou « caillou » est principalement injecté (76%) par notre public mais également très souvent fumé (57%). Le chlorhydrate de cocaïne, lui, est beaucoup plus souvent injecté (90%) que fumé (16%) ou sniffé (14%). Les effets du crack sont très intenses mais aussi très brefs, c'est pourquoi ses adeptes sont amenés à faire un nombre très important d'injections par jour (jusqu'à 30), ce qui démultiplie l'ensemble des risques liés à sa consommation. Par ailleurs, son usage abusif entraîne rapidement une dégradation rapide de l'état de santé des personnes qui, sous son effet stimulant, négligent l'ensemble de leurs besoins vitaux (sommeil, alimentation, hygiène, etc.).



■ Une consommation plus fréquente de médicaments détournés

Si la consommation de médicaments, détournés de leur usage initial, n'est pas un phénomène nouveau, elle connaît en revanche une progression qui n'est pas sans lien avec la diversification des

produits consommés. Par rapport à 1996, cette forme d'usage est passée de 13% à 45% en 2000. Les médicaments le plus souvent utilisés par les usagers sont les benzodiazépines, notamment le rohypnol (30% en 2000), le lexiomil (15%), le tranxène (14%), le valium (11%) et enfin le rivotryl (4%). On observe dans la pratique que ces médicaments sont rarement utilisés seuls mais plus souvent en association avec d'autres produits, et tout particulièrement l'alcool. Cette polyconsommation n'a rien d'une pratique « sauvage » mais plutôt une fonction de régulation de la consommation, suivant que les personnes cherchent à potentialiser les effets qu'elles recherchent, atténuer les effets négatifs, ou assurer une fonction de recharge. Cet usage médicamenteux n'est pas sans poser de nombreux problèmes, car il provoque une altération de l'état de conscience des personnes qui peuvent ainsi davantage s'exposer à des situations à risques.

arrive donc très largement en tête des substances psychoactives utilisées par notre public. Si ces usages sont moins stigmatisés socialement, il reste que, associés à d'autres produits, ils ne sont pas sans provoquer, à court ou moyen terme, de graves dommages sur la santé. Par ailleurs, la consommation d'alcool avec des médicaments est très fréquente pour potentialiser les effets des produits et peut, dans certains cas, engendrer des complications sanitaires telles que dépression respiratoire, malaises, overdoses, etc...

■ Une progression confirmée des drogues de synthèse

Les drogues de synthèse ont cessé d'être des substances confinées à certains contextes de consommation (festif, techno, boîtes de nuit, etc.) et à certains types de publics (jeunes, « branchés », etc.). En effet, depuis 1998, elles sont apparues dans le panel des produits consommés par notre public, et ceci de façon significative. Cette année, les drogues de synthèse représentent 23% des consommations, parmi lesquelles l'ecstasy (13%), le LSD (6%), mais également deux nouvelles substances, à savoir la kétamine (2%) et le speed (2%). Le développement et la diversification des produits disponibles montre que les drogues de synthèse ont intégré de nouveaux réseaux de vente et de consommateurs, plus proches de ceux de « la rue ». Concernant leur mode d'usage, on observe que dans la majorité des cas l'ecstasy et le LSD sont « gobés » par leurs utilisateurs. Toutefois, nous n'avons pas cette année de données sur les pratiques de consommation de la kétamine et du speed. Il est clair que nos stratégies de prévention doivent s'adapter à ces nouvelles évolutions et intégrer de façon plus spécifique la question de la réduction des risques liés à l'usage de ces substances.

Produits consommés et modes d'usage à STEP en 2000		
Types de produits	%	Modes d'usage ⁷ (plusieurs réponses possibles)
Tabac	93%	Fumé 100%
Crack	71%	Fumé 57% injecté 76%
Cannabis	65%	Fumé 100%
Cocaïne	54%	Sniffée 14% Fumée 16% Injecté(e) 90%
Alcool	50%	Avalé 100%
Médicaments sédatifs	45%	Sniffés 3% Avalés 94% Injectés 3%
Héroïne	28%	Sniffée 22% Fumée 9% Injectée 92%
Subutex de rue	20%	Sniffé 9% Avalé 10% Injecté 46% Sublingual 55%
Ecstasy	13%	Gobé 100%
Méthadone de rue	11%	Avalée 96% injectée 4%
Skénan de rue	9%	Sniffé 1% Avalé 6% Injecté 98%
LSD	6%	Gobé 100%
Speed (amphétamines)	2%	Données manquantes
Kétamine	2%	Données manquantes
Moscontin de rue	1%	Avalé 20% injecté 75%

■ Les substances licites : Alcool et tabac très largement représentés

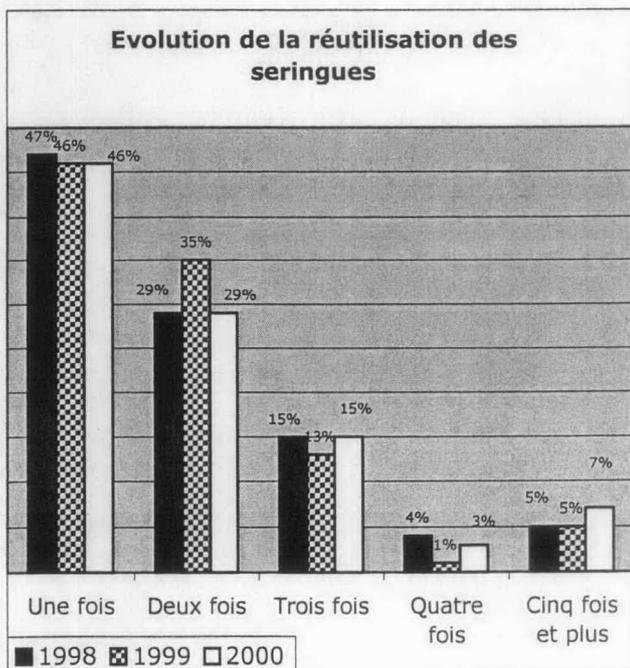
L'alcool et le tabac sont depuis toujours très largement consommés par les usagers. Cette année, nous comptabilisons 93% de personnes qui consomment du tabac et 50% de l'alcool. Le tabac

⁷ La question des modes d'usage a été posée de façon séparée aux personnes, ceci explique que les pourcentages présentés ici peuvent dépasser les 100% puisqu'une même personne peut adopter différents types d'usage à la fois.

Les pratiques à risques

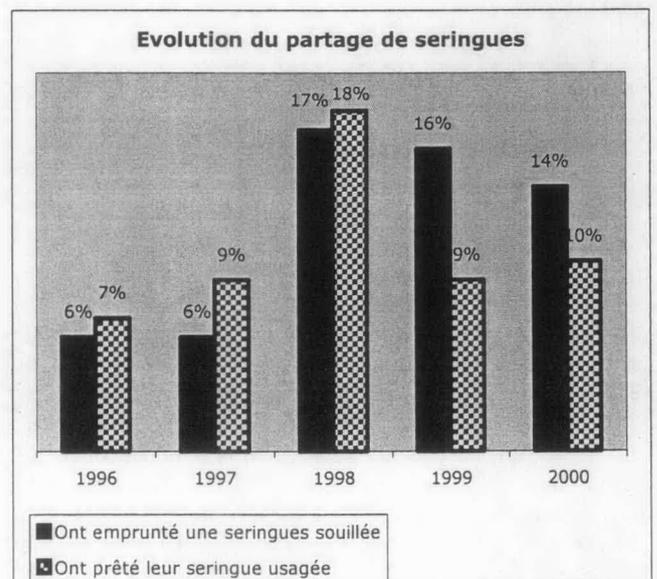
■ La réutilisation des seringues : une pratique encore majoritaire

La question de la réutilisation des seringues est sûrement celle par rapport à laquelle les pratiques des usagers évoluent le plus lentement. En effet, nous constatons, depuis 1998, un maintien des personnes qui déclarent utiliser une seule fois leur seringue (aux alentours de 47%) et une majorité qui affirment l'utiliser deux fois et plus. Parmi celle-ci, le nombre d'usagers utilisant leurs seringues plus de trois fois a augmenté par rapport à l'année dernière (+ 6%) alors même que nous offrons un accès continu au matériel d'injection et de prévention. Il semblerait que pour certains la réutilisation des seringues ne représente pas une pratique à risque à partir du moment où c'est eux-mêmes qui la réutilisent et qu'il n'y a pas de partage avec d'autres personnes.



■ Un partage de seringues persistant

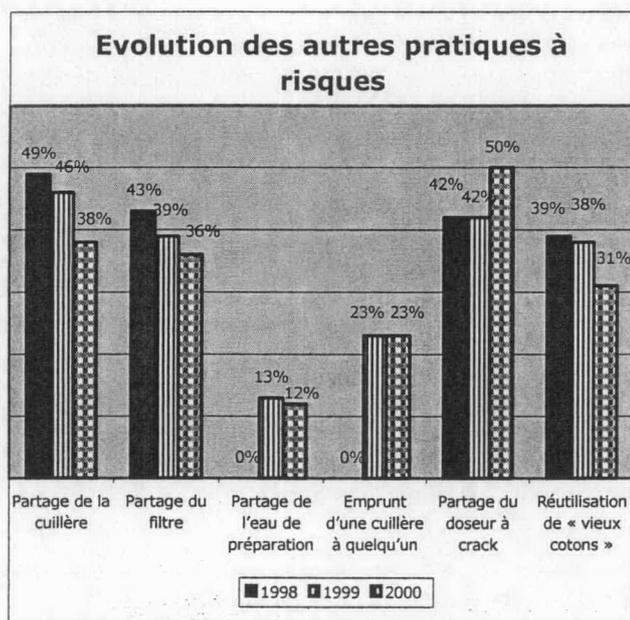
La mise en œuvre de la politique de réduction des risques a largement permis de faire évoluer les pratiques de partage de seringues chez les usagers de drogues. Ainsi, la dernière étude réalisée par l'INSERM⁸ sur les usagers fréquentant les PES a mis en évidence que ces pratiques varient aujourd'hui entre 10% et 15% (contre 70% à 90% en 1988) et concernent 18% des personnes. A STEP, nous constatons que près des ¾ de notre public déclare ne pas partager ses seringues, ce qui atteste là encore d'une responsabilisation des comportements des usagers. Toutefois, année après année, une proportion non négligeable de notre public continue de partager ses seringues. Ainsi, en 2000, 14% des usagers disent avoir emprunté une seringue souillée au cours du dernier mois et 10% avoir prêté leur seringue sale à quelqu'un. C'est depuis 1998, année où nous avons connu une explosion de la consommation de crack chez les usagers, que ce type de pratiques a largement progressé pour se maintenir aux alentours de 24% de pratiques de partage de seringues. En 2000, ces pratiques concernent 20% de notre public.



⁸ Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogues fréquentant les programmes d'échange de seringues en France, J. EMMANUELLI, F. LERT, M. VALENCIANO, InVS-INSERM, octobre 1999.

■ Une évolution mitigée des autres pratiques à risques

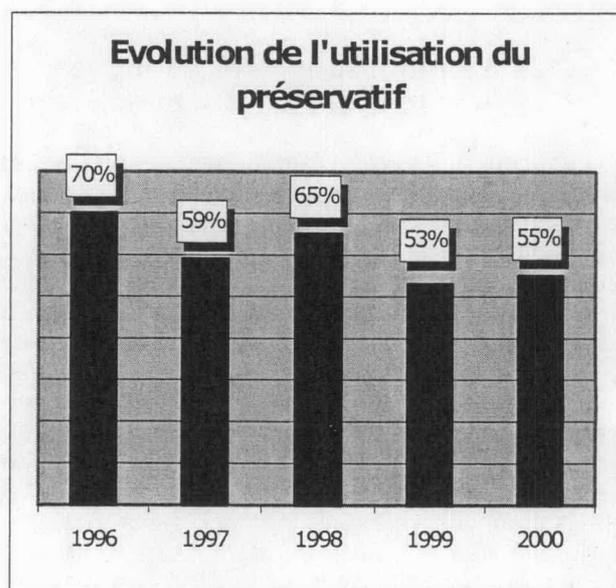
En ce qui concerne les autres comportements à risques des usagers, on peut observer par rapport à 1998 une tendance à la baisse du partage de la cuillère (- 11%), du filtre (- 7%) et de la réutilisation des vieux « cotons » (- 8%). Néanmoins, les pratiques de partage du matériel servant à réaliser l'injection restent encore élevées en 2000 : cuillère commune (38%), filtre (36%), emprunt d'une cuillère (23%), eau de préparation (12%). Et, le partage du doseur servant à fumer le crack (50%) a même augmenté par rapport aux années précédentes. Il semble que les usagers aient moins intégré l'information sur les risques découlant des pratiques de partage du matériel secondaire, alors même que celles-ci apparaissent comme un vecteur important des virus du Sida et des Hépatites, notamment l'hépatite C.



■ Un relâchement des conduites sexuelles

La transmission par voie sexuelle constitue un facteur de risque particulièrement important chez les usagers de drogues. En effet, l'instabilité de leur vie affective résultant d'une précarité sociale importante, mais aussi le niveau de prévalence du Sida et des Hépatites, font de cette population un groupe à risque face à ce mode de contamination. Or, il semble que l'on puisse constater aujourd'hui un certain relâchement dans les conduites sexuelles des usagers. Ainsi, l'utilisation du préservatif a largement diminué par rapport à 1996 (- 15%) et concerne cette année seulement 55% des personnes interrogées. Le fait de vivre en couple et d'avoir un(e) partenaire régulier(e) est évoqué comme raison principale de la non utilisation du préservatif par les participants. Toutefois, de nombreuses situations de multipartenariat existent et la notion de partenaire « régulier » est toute

relative. Ainsi, nous constatons souvent que, dans le cadre de relations investies de façon affective, l'utilisation du préservatif est moins fréquente, ceci pour faire la distinction des autres « activités » sexuelles. La perception du risque est alors amoindrie par la proximité de la relation. Par ailleurs, si le Sida est vu comme une maladie se transmettant par voie sexuelle, les hépatites, elles, sont beaucoup moins identifiées comme des MST, d'où là encore une sous estimation des risques possibles. Enfin, le développement des traitements et de leur efficacité, que ce soit pour le Sida ou les hépatites, ont pu modifier les représentations sociales liées à ces maladies et induire une baisse de vigilance des comportements sexuels.



Dernière relation sexuelle

Ont utilisé un Préservatif		N'ont pas utilisé de préservatif	
60%		40%	
Type de partenaire			
Régulière	Occasionnelle	Régulière	Occasionnelle
22%	38%	29%	11%

STEP :
**La mise à l'épreuve
de la pratique**



**Une comparaison des
pratiques à risques
entre les nouveaux et
les habitués du
programme**

**Discussion
autour de
l'impact du
programme STEP**

Une comparaison des pratiques à risques entre les nouveaux et les habitués

Quelques préalables méthodologiques

Depuis l'ouverture de notre programme, nous avons fait le choix, avant tout éthique et pratique, d'appréhender l'impact de notre action sur les pratiques des usagers fréquentant STEP. Il s'agit d'envisager en quoi notre activité a - t - elle ou non contribué à prévenir les risques et réduire les dommages liés à l'usage de drogues, et par là même, confronter directement notre pratique de travail avec ses objectifs de prévention.

Si chacun a pu s'accorder sur l'intérêt d'une telle démarche, le choix de la méthode sur laquelle s'appuyer pour mesurer l'impact d'un tel programme s'est avéré en revanche plus délicat. En effet, de nombreux facteurs extérieurs peuvent influencer sur la situation des usagers sans que nous en ayons la maîtrise dans l'analyse de nos données. Historiquement, c'est en réalisant une étude comparative entre les pratiques de consommation des personnes « nouvelles » de l'année en cours et celles « habituées » depuis au moins un an, que nous avons pu dégager, année après année, des différences de comportements entre les personnes qui arrivent pour la première fois et celles ayant bénéficié plus longtemps de l'action du programme.

Bien sûr, nous avons conscience des limites posées par la méthode que nous avons retenue, sachant que les protocoles d'évaluation dans le domaine de

la recherche comprennent en général une comparaison sur des critères précis entre, d'un côté, la population ciblée par l'action et, de l'autre, une population témoin, sociologiquement comparable à la première, mais non touchée par l'action. Dans le cas présent, il s'agit tout simplement d'un travail d'évaluation interne, réalisé avec la participation de l'ensemble de l'équipe, et intégrant la réflexion collective développée au cours de l'année.

Ici, le concept de « nouveaux » désigne essentiellement les personnes nouvellement venues au sein du programme, ce qui signifie qu'elles peuvent par ailleurs fréquenter d'autres structures spécialisées et être déjà sensibilisées aux messages de prévention. Il en est de même pour la notion d'« habitués », qui se réfère aux personnes fréquentant le lieu depuis au moins un an, mais celles-ci ont pu au cours de l'année venir occasionnellement ou rarement à STEP.

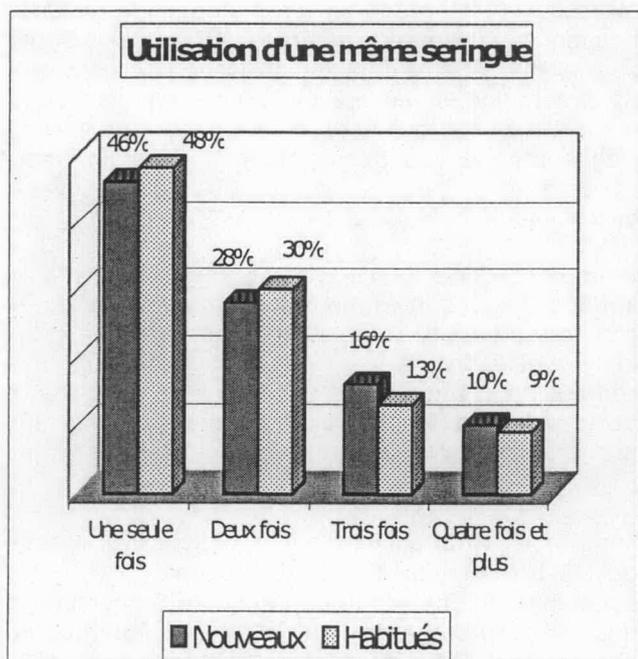
Il importe donc de considérer nos données à la lumière de ces présupposés méthodologiques et d'en retenir toute la relativité des faits que nous observons. Malgré ces quelques réserves, nos chiffres nous semblent tout à fait être révélateurs de grandes tendances sur les comportements des usagers, et c'est à ce titre que nous les présentons ici.

Les données qui suivent ont été recueillies auprès de 350 personnes ayant répondu à notre questionnaire de contact, dont 118 personnes nouvelles au cours de l'année et 232 habitués du programme. Cet échantillon représente donc 17% de notre file active de l'année 2000.

Comparaison des pratiques à risques des usagers au cours du dernier mois

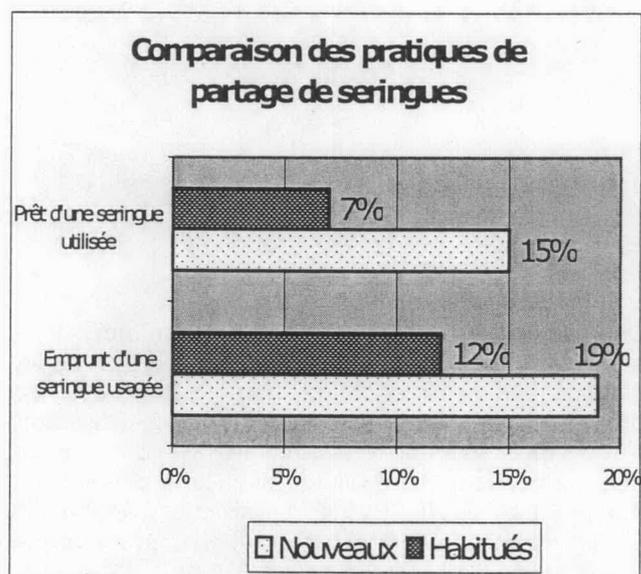
1. Une réutilisation des seringues légèrement moins fréquente

La réutilisation des seringues reste une pratique majoritaire parmi les usagers, qu'ils soient nouveaux ou habitués de notre programme. Toutefois il semble que l'on puisse déceler une légère différence (+ 2%) en faveur des personnes habituées qui déclarent plus souvent utiliser leur seringue de façon unique (48%). En fait c'est sur le nombre de fois où la seringue est réutilisée que l'on observe un plus grand écart entre ces deux populations : les nouveaux sont plus nombreux à l'utiliser trois et plus (26%) tandis que les habitués deux fois seulement (30%). Ces tendances semblent attester d'une évolution positive des comportements des personnes qui fréquentent le programme depuis longtemps, même si elles restent encore fragiles.



2. Une diminution du partage de seringues

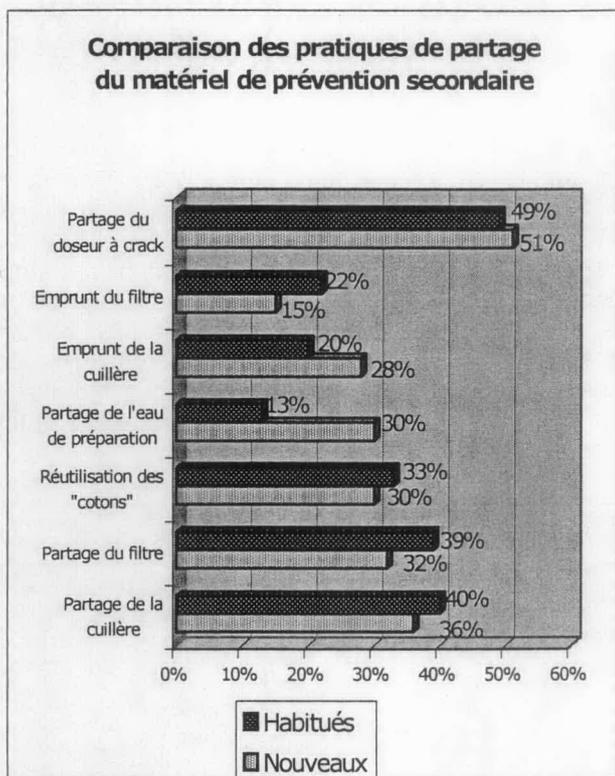
Au regard de nos chiffres, on s'aperçoit que le nombre de personnes qui adoptent des pratiques de partage de seringues est nettement plus élevé parmi les usagers nouvellement arrivés au sein de notre programme. Ainsi, on note 34% de pratiques de partage chez les nouveaux contre 19% chez les habitués, soit une différence de - 15%. C'est l'emprunt d'une seringue usagée à quelqu'un qui est le comportement le plus fréquent dans les deux groupes, ce qui pose la question du mode d'approvisionnement en matériel des usagers. Dans tous les cas, l'emprunt (-7%) et le prêt de la seringue (-8%) ont diminué chez les habitués du programme, témoignant ainsi d'une évolution favorable de ce type de pratiques parmi notre public.



3. La progression du partage du matériel servant à l'injection

Concernant le partage du matériel servant à réaliser l'injection, on assiste cette année à un retour des prises de risques parmi les usagers fréquentant le programme depuis longtemps. Ainsi, ils sont plus nombreux à partager leurs cuillères (+ 4%) et leurs filtres (+ 7%), souvent à l'occasion de « soupes » communes qui rassemblent plusieurs usagers autour de la consommation du produit. La réutilisation des vieux « cotons » est également plus fréquente (+ 3%) parmi les habitués. Seul le partage de l'eau de préparation semble avoir véritablement reculé (- 17%) par rapport aux personnes nouvelles. Quant au partage du doseur, qui reste une pratique très fréquente parmi notre public, on n'observe pas de différences significatives entre ces deux populations : 49% chez les habitués, 51% chez les nouveaux. A l'issue de ce panorama, il est clair que ces tendances, pour le moins hétérogènes, montre un relâchement réel

des comportements des usagers habitués du programme, et par là-même, une progression des pratiques à risques.

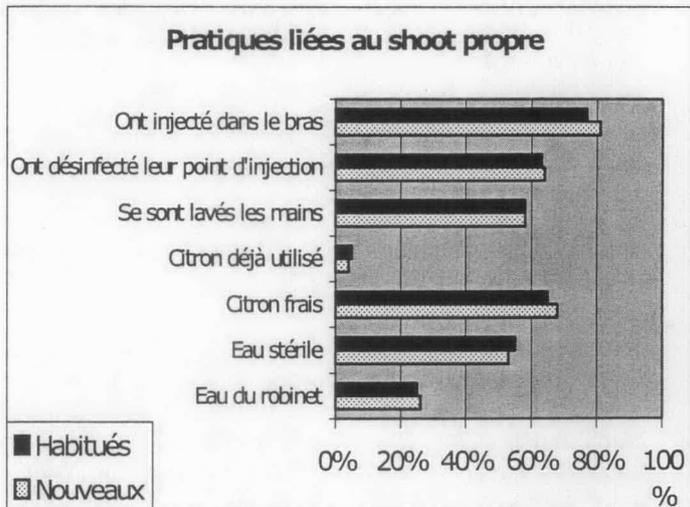
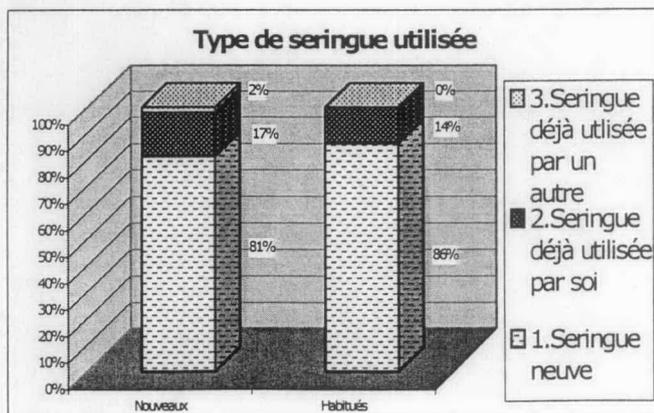


Concernant la dilution du produit, les habitués affirment plus souvent utiliser de l'eau stérile (+ 2%) que les nouveaux, chez qui on peut observer un usage plus fréquent de l'eau du robinet (26%) ou de l'eau minérale (9%). Toutefois, les autres aspects du « shoot propre » témoignent clairement d'un relâchement des comportements parmi les usagers fréquentant notre programme depuis longtemps. Ainsi, ils sont moins nombreux à utiliser un citron frais (- 3%) pour dissoudre leur produit, moins nombreux à désinfecter leur point d'injection (- 1%), et l'on n'observe pas de différences notables concernant le fait de se laver les mains avant l'injection (0%). Par ailleurs, ils affirment plus souvent s'injecter dans des parties du corps à risques : pied (+ 2%), jambe (+ 1%), cou (+ 1%) ; toutefois, ces chiffres restent faibles.

Comparaison des conditions de la dernière injection

1. L'hygiène du shoot : des tendances nuancées

Nos chiffres font apparaître, cette année, des évolutions mitigées concernant l'hygiène du shoot parmi les personnes habituées fréquentant notre programme. La différence de comportement la plus significative, au cours de la dernière injection, porte sur l'utilisation d'une seringue neuve qui semble plus fréquente (+ 5%) dans ce groupe par rapport aux nouveaux.



2. Le contexte de la dernière injection

Il semblerait que les personnes habituées du programme aient des comportements moins à risques par rapport au lieu où elles s'injectent. Ainsi, elles affirment plus souvent s'injecter chez elles (c'est-à-dire là où elles habitent sur le moment) (+ 6%) mais aussi plus souvent dans les toilettes publiques (+5%). Au contraire, les personnes nouvelles, elles, sont plus nombreuses à s'injecter dans la rue (+ 3%), dans un parking (+3%), dans un escalier (+2%) ou encore chez des amis (+5%).

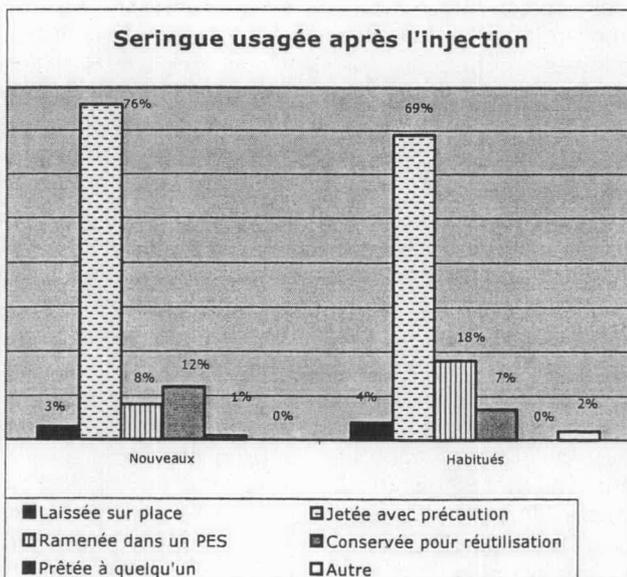
Il est clair que plus les personnes injectent dans des lieux de passage, à la va-vite, et plus elles vont avoir tendance à prendre des risques par rapport à l'injection. Le fait d'injecter seul ou en groupe est également un facteur supplémentaire de risques car les personnes font souvent leur préparation à plusieurs ou « soupes communes ». On s'aperçoit que les usagers habitués du programme injectent plus souvent seuls (+ 7%) que les nouveaux. Par contre, ils sont plus nombreux à faire leur injection avec leur partenaire, avec qui la proximité fait qu'on aura plus tendance à partager son matériel.

Lieu de la dernière injection	Nouveaux	Habituels
1. Chez eux	45%	51%
2. Chez des amis	13%	8%
3. dans la rue	9%	6%
4. Chez des parents	2%	3%
5. Dans un parking	4%	1%
6. Dans un escalier	7%	5%
7. Dans les WC publics	19%	24%
8. Autre	1%	2%

Contexte de la dernière injection	Nouveaux	Habituels
1. Seul	53%	60%
2. Avec un ami	34%	27%
3. En groupe	6%	2%
4. Avec sa/son partenaire	7%	11%
5. Avec un inconnu	0%	0%

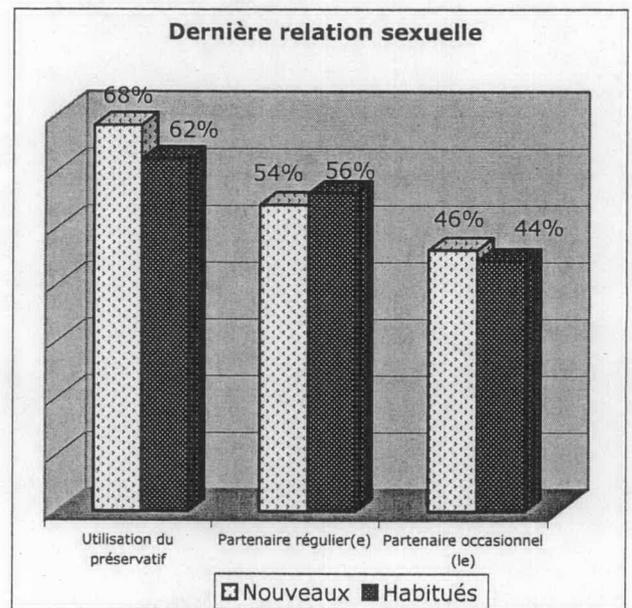
3. La seringue usagée après l'injection

A la question « Qu'avez-vous fait de votre seringue usagée après votre dernière injection ? » on remarque que les usagers habitués du programme sont moins nombreux à avoir jeté leur seringue sur place ou avec précaution (- 6%) et qu'ils affirment plus souvent l'avoir ramenée dans un PES (+ 10%). Les usagers nouvellement venus semblent afficher des comportements plus à risques en la conservant pour une réutilisation (+ 5%) ou en la prêtant à quelqu'un d'autre (+1%). Il semble sur cet item que des différences significatives puissent être observées vers une réduction des pratiques à risques, et par là-même une plus grande responsabilisation des usagers par rapport à leur environnement.



Comparaison des comportements sexuels

Concernant les comportements sexuels des usagers, on remarque que les personnes « habituées » déclarent moins souvent avoir utilisé un préservatif (- 6%) au cours de leur dernière relation sexuelle. Même s'ils affirment plus fréquemment être avec une partenaire régulière (+ 2%), cette tendance révèle un certain relâchement par rapport à la prévention des risques sexuels, sachant que ce qu'ils nomment « régulier » est tout relatif étant donné l'instabilité de leurs modes de vie.



Discussion autour de l'impact

■ Une mise en question de notre pratique

L'évaluation de l'impact de notre programme, et la persistance des prises de risques qui en ressort, nous oblige à poser un regard critique sur notre pratique. En effet, nous pensons que cette année a été marquée par des bouleversements d'équipe qui n'ont pas été sans conséquence sur l'efficacité de notre travail. Ainsi, l'équipe de STEP a été en grande partie renouvelée et a dû trouver de nouveaux repères en terme de fonctionnement de groupe. Si l'intégration de personnes nouvelles a apporté un regard « neuf » et critique, elle a aussi posé un certain nombre de difficultés, dues pour certains à un « deuil » douloureux de leurs fonctions passées au sein d'EGO, et pour d'autres à la découverte totale du champ des drogues. Il a donc fallu pour ces personnes un laps de temps suffisant pour qu'elles acquièrent un minimum de connaissances nécessaires à la transmission des messages de prévention auprès du public accueilli. Par ailleurs, dans une logique de promotion des personnes, deux de nos collègues se sont inscrits en formation de moniteur-éducateur, ce qui nous a obligés à faire appel de façon régulière à des remplaçants extérieurs. Là encore, la succession de personnes différentes, qui n'ont pas toujours eu le temps de s'approprier les messages de prévention, ni de construire une relation avec les usagers, a pu faire obstacle à un travail de prévention plus efficace auprès de notre public. Enfin, en réfléchissant sur notre pratique lors des réunions d'équipe, il nous est apparu que nous étions plus vigilants dans la passation des messages de prévention auprès des personnes nouvelles ou occasionnelles que celles fréquentant régulièrement le programme. Le fait de voir ces personnes tous les jours et qu'un travail d'information ait déjà été réalisé avec elles a pu donner l'impression qu'elles avaient « définitivement » intégré ces messages. A l'issue de ce paragraphe, il nous faut faire un bilan critique de notre pratique et repenser nos stratégies de fonctionnement, à commencer par la recherche d'une stabilisation de l'équipe de STEP.

■ Les facteurs sociologiques en lien avec les pratiques à risques

En analysant nos données, on observe qu'un certain nombre de facteurs sociologiques semblent être plus étroitement liés aux pratiques de partage de matériel :

- **L'âge** : les jeunes sont plus représentés dans ce groupe, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'au moment où ils débutent leur toxicomanie, ils méconnaissent les risques liés à l'usage de drogues.

- **Le sexe** : les femmes affichent plus que les hommes des conduites à risques, souvent parce qu'elles cumulent les situations de vulnérabilité sociale et sanitaire (prostitution, consommation compulsive, pression exercée par les hommes, violence, etc.).

- **La précarité sociale** : les personnes en situation d'hébergement précaire et sans ressources semblent avoir des pratiques à risques plus importantes. On peut penser que les personnes qui vivent dans la rue ont une perception différente du risque qui fait partie intégrante de leurs modes de survie et se trouve de ce fait banalisé.

- **Les produits consommés** : le crack apparaît fortement lié au développement des pratiques à risques. La démultiplication du nombre d'injections (jusqu'à 30 par jour), l'effet de « toute puissance » généré par le produit, la compulsivité des modes de consommation, sont autant de facteurs qui potentialisent les prises de risques.

- **Le nombre d'injections** : on observe que les personnes qui adoptent des pratiques à risques font plus souvent un nombre élevé d'injections par jour. On peut aisément comprendre que la démultiplication du nombre d'injections augmente de la même façon les prises de risques inhérentes à ce mode d'usage.

- **Le lieu de l'injection** : il semblerait que les personnes ayant partagé leur matériel réalisent plus souvent leur injection hors leur lieu d'habitation (WC publics, cage d'escalier, parking, etc.). Le contexte de l'injection (stress, mauvaise hygiène, malpropreté, etc.) n'est pas sans influencer sur les prises de risques.

- **Le fait d'injecter avec d'autres personnes** : les pratiques à risques sont avant tout des comportements collectifs, plus fréquents lorsque les personnes réalisent leur injection à plusieurs. On remarque que le partage de matériel a lieu plus

souvent avec des personnes du réseau social de proximité (partenaire sexuel, ami proche, membre de la famille, etc.) et beaucoup plus rarement avec un inconnu.

A la lumière de l'ensemble de ces données, on comprend aisément que la persistance des prises de risques est le résultat d'un processus complexe qui va au delà de la seule question de l'accès au matériel d'injection et à l'information. Elle met en interaction tout un ensemble de déterminants individuels et collectifs, sociaux et sanitaires, économiques et politiques, qu'il est nécessaire de prendre en compte dans les actions de prévention.

■ La confrontation de notre pratique au regard des recherches et études récentes

Si l'on cherche à confronter notre pratique au regard d'autres sources d'information, il semble que l'on puisse noter, à travers les recherches ou études récentes, une certaine confirmation des tendances que nous observons. Le rapport de L'inVS pour une « Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS »⁹ montre que les indicateurs comportementaux et infectieux ont diminué mais se maintiennent à un niveau toujours préoccupant. Ainsi, concernant le Sida, on observe une nette diminution de la contamination par le VIH, qui se stabilise depuis 1997 entre 15% et 20% chez les UDIV. Cette stabilité constitue à la fois une consécration de l'accessibilité aux seringues autant qu'une limite dans un contexte de persistance des prises de risques. Concernant l'hépatite C, sa prévalence chez les UDIV a beaucoup progressé pour finalement se stabiliser aux alentours de 60% entre 1996 et 1998. Ce niveau élevé de contamination du VHC, à la différence du VIH, serait dû à une synergie de facteurs biologiques (plus grande résistance du VHC), épidémiologiques (prévalence plus élevée) et comportementaux (prises de risques) qui rendent dans des circonstances comparables la transmission du VHC plus probable que celle du VIH. Ce rapport fait état également de comportements à risques persistants, notamment le partage de seringues (qui varie entre 13% et 20% selon les études) et les pratiques de réutilisation de la seringue (45% en 1998).

L'étude sur les usagers de drogues fréquentant les PES en France (précédemment citée) nous renseigne de façon plus précise sur l'ensemble des pratiques de partage du matériel : emprunt de la seringue (10%), prêt de la seringue (15%), partage du produit (54%), partage de la cuillère (40%), partage du filtre (31%), partage du doseur à crack (58%). En terme d'évaluation de l'impact des PES, la revue littéraire de l'InVS sur les

« Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringues à travers le monde »¹⁰ met en évidence un lien plausible entre la fréquentation des PES et la réduction de l'incidence du VIH chez les UDIV, ceci sans entraîner d'augmentation du nombre des UDIV, ni des consommations de drogues. En revanche, il n'est pas constaté d'effet protecteur des PES vis-à-vis des infections au VHB et au VHC. Concernant les prises de risques, un impact des PES est observé sur le partage des seringues et du reste du matériel mais aussi sur la réutilisation des seringues. Toutefois, là encore, dans l'ensemble des pays concernés est constatée la persistance de comportements à risques chez une partie de la population des UDIV.

On voit donc à travers l'ensemble de ces éléments une certaine convergence avec l'évolution constatée de nos indicateurs. Ceci signifie qu'au delà de notre singularité locale, c'est également le contexte plus large des politiques publiques et des modalités de leur mise en oeuvre qui joue sur la situation des usagers.

⁹ Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS. Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999, EMMANUELLI J., Institut de Veille Sanitaire, Novembre 2000.

¹⁰ Caractéristiques et efficacité des programmes d'échange de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective, EMMANUELLI J., Revue de littérature de l'Institut National de Veille Sanitaire, octobre 1999.

Mise en perspective et conclusions

Les premiers effets d'une politique de réduction des risques ?

A l'issue de ce rapport, on peut voir émerger les premiers effets de la mise en place des PES, et plus généralement, de la mise en oeuvre de la politique de réduction des risques.

- Les accueils de type « bas seuil » ont permis de favoriser l'accès à la prévention à un plus grand nombre d'usagers, notamment les plus marginalisés d'entre eux. A STEP, la fréquentation des usagers a été multipliée par 2,6 depuis 1996 et atteint cette année 17 662 passages. La file active de notre programme a elle aussi largement progressé et représente 1982 personnes différentes en 2000.

- Avec la mise en place des programmes de réduction des risques, les usagers ont appris à utiliser ces dispositifs en fonction de leurs besoins et ont intégré l'intérêt d'une telle démarche dans leurs pratiques. En cinq ans, la quantité de matériel distribuée à STEP n'a cessé de progresser et au total, ce sont près de 534 117 seringues, 685 539 tampons d'alcool, 355 126 fioles d'eau stériles, 226 087 préservatifs et 71 971 gels lubrifiants qui ont été distribués aux usagers.

- La mise en place de la politique de réduction des risques, notamment le développement des traitements de substitution, a permis d'améliorer le suivi médical des usagers. En 1996, seuls 51% des personnes fréquentant notre programme déclaraient avoir vu un médecin depuis moins de trois mois. En 2000, ce chiffre est passé à 78%, attestant ainsi d'une plus grande fréquence du contact médical parmi cette population.

- La substitution s'est également largement intégrée dans la vie quotidienne des usagers qui l'utilisent, soit dans une perspective thérapeutique à moyen terme, soit comme une aide dans la gestion de leur consommation au jour le jour. A STEP, en l'espace de cinq ans, le nombre de

personnes substituées est passé de 47% à 70% en 2000. Elle a également facilité l'accès aux services hospitaliers pour traiter les problèmes somatiques des usagers.

- Mis en place pour apporter une réponse pragmatique à l'épidémie de Sida chez les usagers de drogues, les PES ont aidé à endiguer la maladie et stabiliser la prévalence au VIH parmi cette population. A STEP, le nombre de personnes déclarant être séropositives au VIH se stabilise à 17% cette année.

- La plus grande facilité d'accès aux seringues et autres matériels de prévention, que ce soit à travers les PES, mais aussi les pharmaciens d'officine, a favorisé une évolution des comportements des usagers vers des pratiques à moindres risques. Nous comptabilisons au sein de notre programme 24% de pratiques de partage de seringues en 2000. Elles concernent 20% de notre public.

Des limites existantes à cette politique ?

- Les phénomènes d'exclusion sociale, qui touchent une grande partie des usagers de drogues, constituent un obstacle essentiel à la politique de réduction des risques et renforcent la vulnérabilité sociale et sanitaire de cette population. Dans notre pratique, nous avons pu observer en 2000 que 70% d'entre eux sont sans emploi, 28% sans ressources, 46% ont un hébergement précaire et 70% ont déjà été incarcérés au moins une fois. Cette précarité des conditions de vie des usagers renforce leur difficulté à accéder au réseau socio-sanitaire existant, leurs comportements et pratiques à risques, mais aussi accélère la dégradation de leur état de santé.

- Les femmes et les jeunes consommateurs de drogues se caractérisent par une situation de plus grande vulnérabilité sociale et sanitaire. A STEP, nous avons pu constater qu'ils affichent plus souvent des pratiques à risques (partage des seringues, du matériel secondaire, non utilisation du préservatif, etc.) et cumulent un ensemble de difficultés sociales (perte des liens avec la famille,

prostitution masculine et féminine, racket dans la rue, etc.) et sanitaire (VIH et VHC plus élevés chez les femmes, etc.).

- La contamination par les hépatites n'a pu être régulée chez les usagers de drogues et l'hépatite C continue de toucher un nombre plus important de personnes. En cinq ans le nombre de personnes déclarant une sérologie positive au VHC est passé de 29% à 50% cette année. Cette séroprévalence est de 10% pour l'hépatite B, sachant que 42% sont déjà vaccinés et 29% ont déjà eu une hépatite B. On ne peut qu'être inquiet pour cette population des conséquences à moyen terme de cette épidémie.

- L'évolution des phénomènes de consommation de substances (développement de la cocaïne et du crack, polyconsommations associant drogues licites et illicites, diffusion des drogues de synthèse hors des contextes festifs) ne sont pas sans engendrer de nouveaux enjeux en terme de prévention. Dans notre pratique nous avons vu en cinq ans le crack (71%) et la cocaïne (54%) supplanter l'héroïne (28%) et provoquer une dégradation rapide de l'état sanitaire et social des personnes, tout en sachant qu'il n'existe pas de réponse thérapeutique pour ce type de consommation. Lorsqu'à cela se rajoute l'usage de médicaments détournés (45%), d'alcool (50%) mais aussi les drogues de synthèse (23%), les stratégies de prévention deviennent d'autant plus compliquées et doivent évoluer rapidement.

- Les comportements des usagers font apparaître une persistance de leurs pratiques à risques ; et ce, malgré la mise en place des PES et autres programmes de réduction des risques. Nous observons cette année que 54% réutilisent leur seringue, 20% ont partagé leur seringue, 38% leur cuillère, 36% leur filtre et 50% leur doseur à crack. Une diminution de l'utilisation du préservatif (-15%) est également constatée par rapport à 1996.

De nouveaux enjeux pour la prévention des risques et réduction des dommages

Concernant les politiques publiques

- Face au contexte de précarité sociale dans lequel survit un grand nombre d'usagers, il importe de renforcer les stratégies de « bas seuil » dans le cadre de la politique de réduction des risques. Il s'agit de développer des actions pragmatiques qui répondent aux besoins d'urgence des usagers et s'adaptent à leurs modes de vie. Celles-ci devraient prendre forme à différents niveaux :

- Créer de nouveaux lieux d'accueil à bas seuil d'exigence, ceci pour éviter les phénomènes de concentration dans certains

quartiers et réduire les disparités existantes entre Paris et la banlieue mais aussi la province,

- Mettre en place des programmes de substitution bas seuil à la méthadone (sur le modèle du Bus méthadone de Médecins du Monde) pour maintenir un lien avec les usagers les plus marginalisés,
- Créer des lieux d'accueil de nuit pour offrir des espaces de ressourcement et de repos aux personnes, de plus en plus nombreuses, qui vivent et consomment la nuit.

- La politique de réduction des risques ne peut pas s'attacher uniquement à réduire les dommages liés à l'usage de substances, elle doit au contraire agir en amont pour prévenir les risques. Pour ce faire, il semble important :

- De développer des approches globales visant à renforcer les compétences psychosociales des personnes à gérer leur vie et leur santé
- D'agir sur l'environnement et les facteurs socio-économiques générateurs de pathologies
- De mettre en place des stratégies de prévention, à la fois sociales et sanitaires, individuelles et collectives
- D'intervenir de façon plus précoce sur les comportements de consommation des personnes, ce qui suppose une diversification des stratégies d'action auprès des personnes mineures et des jeunes adultes.

- La politique de réduction des risques ne peut être issue d'actions ponctuelles dans des champs cloisonnés. Au contraire, elle doit trouver une cohérence globale entre les différents acteurs du champ sanitaire, social, préventif et répressif, et ce, au niveau national. Dans ce cadre, il importe d'adapter l'application de la loi vers une meilleure prise en compte de la politique de prévention. Par ailleurs, il paraît nécessaire, au niveau local, de favoriser les partenariats entre les différents acteurs amenés à intervenir dans le champ des drogues et ainsi répondre aux problématiques locales.

- La multiplication des manifestations d'opposition des habitants envers les structures d'accueil d'usagers de drogues a fait émerger sur la scène politique ces nouveaux acteurs. Il s'agit aujourd'hui de pouvoir répondre aux difficultés rencontrées par les habitants (présence d'usagers dans les cages d'escaliers, seringues sur la voie publique, regroupements massifs d'usagers, agressions, etc..) et développer de nouvelles formes de médiation sociale dans les quartiers (sur le même modèle que la Coordination Toxicomanie 18è). Ce type de démarche doit s'attacher à recréer du lien entre les usagers, les habitants et les structures spécialisées, améliorer les conditions de vie quotidienne et aider à une meilleure compréhension des politiques publiques.

- Concernant les besoins spécifiques aux usagers de drogues par voie intraveineuse, un certain nombre de mesures méritent d'être développées :

- La nécessité de pouvoir bénéficier de seringues adaptées aux pratiques de consommation des usagers et susceptibles de pouvoir être utilisées à moindres risques.
En effet, suite à l'arrêt de fabrication des seringues 2cc et face à l'éventualité d'une disparition à terme des seringues 1cc (produites à destination des diabétiques qui utilisent de plus en plus les stylos à insuline), il semble indispensable de pouvoir élaborer un cahier des charges en direction des laboratoires de fabrication. Celui-ci devrait définir les caractéristiques d'un matériel spécifique pour les usagers de drogues mais aussi les critères d'une utilisation à moindres risques de cet outil.
- La mise en place de programmes de substitution injectable pour mieux prendre en compte la culture de l'injection dans les stratégies thérapeutiques et éviter les dommages graves résultant de l'utilisation par voie intraveineuse de ces substances (subutex, skénan, etc.).
- L'intérêt de pouvoir mettre à disposition des usagers de l'acide citrique ou ascorbique, sous une forme galénique adaptée, pour réduire les complications de plus en plus fréquentes liées à l'utilisation du citron.
- L'importance de pouvoir accéder à des lieux de consommation pour les usagers et réduire les risques liés aux conditions d'injection (stress, mal-propreté, etc.) mais aussi les nuisances occasionnées pour les habitants (investissement des cages d'escaliers, caves, etc.).

Concernant le programme STEP

Un certain nombre de pistes de travail peuvent être envisagées au sein de notre programme :

- Face à l'évolution des pratiques de consommation des usagers de drogues en général (cocaïne, crack, médicaments, alcool, drogues de synthèses) et au recul de la voie injectable parmi cette population, il importe d'élargir nos stratégies de prévention à l'ensemble des modes d'usages (sniffé, fumé, inhalé, gobé, etc.) et non pas seulement à l'injection. Pour ce faire, il nous semble pertinent de pouvoir étudier la possibilité de mettre à disposition de notre public différents types d'outils :

- Des kits sniff, comprenant des feuilles de papier pour rouler les pailles, une surface miroir, deux mouchoirs, un décongestionnant nasal,
- Des doseurs ou adaptateurs pour doseurs à destination des fumeurs de crack,

- Du papier aluminium, soit pour réaliser les pipes à crack, soit pour inhaler d'autres substances (héroïne, etc.)

La diversification de nos outils permettrait également de prévenir de façon plus efficace la contamination par les hépatites, et tout particulièrement par le VHC. En effet, un certain nombre de contaminations se font à travers le partage des pailles à snif, des doseurs ou des pipes à crack, dont l'.

- Pour renforcer la prévention des risques à STEP, il importe de développer la participation des usagers au sein du programme. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les pratiques à risques ne sont pas seulement des comportements individuels mais aussi des conduites collectives partagées par des groupes sociaux. Il s'avère donc nécessaire de mettre en place des stratégies collectives et participatives, à travers :

- La création d'un groupe de travail sur la question des nouveaux outils de prévention
- La réalisation de réunions avec les usagers à STEP

- Le travail avec l'environnement de STEP doit être réinvesti de façon plus directe et plus systématique par les membres de l'équipe. En effet, face au risque permanent de voir surgir des nuisances liées directement ou indirectement à la présence de notre local, il importe de rester attentif à ce qui se passe aux alentours. Dans ce cadre, il semble nécessaire de redéfinir les modalités de collaboration avec la Coordination Toxicomanie 18è pour être plus présents avec eux sur un territoire qui nous concerne directement. Par ailleurs, ce travail de rencontres avec les différents acteurs locaux (habitants, commerçants, gardiens, etc.) doit servir à réactiver la dynamique de fonctionnement du groupe de suivi de STEP.

- A l'issue du panorama sur les différentes prises de risques des usagers, il nous semble indispensable de renforcer certains messages de prévention, notamment :

- Informer sur l'usage personnel **et** unique du matériel
- Informer sur les risques sexuels concernant le VIH et les hépatites
- Informer sur les risques liés au partage du matériel secondaire.

- Pour favoriser un meilleur travail d'information sur les questions sociales et sanitaire auxquelles sont confrontés les usagers, il est possible d'envisager l'organisation de soirées à thèmes en faisant intervenir d'autres partenaires experts dans ces domaines. D'ores et déjà certaines thématiques peuvent être ciblées : les hépatites, l'accès aux droits sociaux, les produits, le dépistage, etc.. Ces rencontres seraient également l'occasion pour l'équipe de STEP de renforcer les partenariats avec le réseau socio-sanitaire existant.

