

Sommaire

Introduction	3
I- Rappel historique	4
1. CONTEXTE POLITIQUE ET GEOGRAPHIQUE	4
2. LA CREATION D'EMERGENCES.....	5
3. LES OBJECTIFS ET LES VALEURS.....	7
4. LES MOYENS - LES BUDGETS	8
<i>Le budget pauvreté-précarité</i>	8
<i>Le budget Mission Ville</i>	8
5. L'INSTALLATION D'EMERGENCES	9
II- Le fonctionnement	10
1. L'EQUIPE ET SON ORGANISATION INTERNE	10
<i>a. Le fonctionnement communautaire de l'équipe</i>	10
<i>b. Les points équipe</i>	11
<i>c. L'équipe de rue.</i>	11
<i>d. L'agent d'accueil et de développement</i>	11
2. LES OUTILS	12
<i>a. Les cahiers</i>	12
<i>b. La feuille de bord</i>	13
<i>c. L'outil « Profil de public »</i>	13
3. LE GROUPE DE SUIVI	14
<i>a. Définition – principes – composition</i>	14
<i>b. Objectifs</i>	14
<i>c. Fonctionnement</i>	14
4. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	15
<i>a. Composition du conseil d'administration en 2001 :</i>	15
<i>b. Fonctionnement</i>	15
5. LE COMITE DE PILOTAGE.....	16
6. EVALUATION PERMANENTE	17
7. LA CONSTRUCTION COMMUNAUTAIRE.....	17
III- Le travail de rue	18
1. LES SITES – LES CONTACTS	18
<i>Les sites</i>	18
<i>Les contacts</i>	20
2. LA NATURE DE LA RELATION ET LE LIEN :	23
3. LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES	25
<i>a. Le matériel distribué</i>	25
<i>b. Discours autour des dispositifs existants</i>	27
IV- L'accompagnement social, sanitaire et juridique	28
1. POURQUOI, COMMENT, JUSQU'OU ?.....	28
2. LES DEMANDES SOCIALES	29
3. LES DEMANDES SANITAIRES	31
V- Le profil du public	32

1. SITUATION SOCIALE.....	32
2. SITUATION SANITAIRE :	36
3. LES PRODUITS DE CONSOMMATION :	37
4. EXEMPLES DE PARCOURS.....	39
VI- Communication, information et sensibilisation, partenariat: <i>Emergences comme outil de modification des représentations sociales liées à l'usage de produits...</i>	40
1. LES OUTILS DE COMMUNICATION D'EMERGENCES.....	40
<i>a. Le Logo</i>	40
<i>b. Les plaquettes</i>	40
<i>c. Les répertoires spécialisés et la presse locale</i>	41
2. INFORMATION – SENSIBILISATION	41
<i>a. Les outils</i>	41
<i>b. Interventions de l'association</i>	42
3. LE PARTENARIAT	43
<i>a- le travail de reconnaissance : questionnaire pharmaciens et questionnaires de contact.</i>	43
<i>b. Rencontres et actions ponctuelles</i>	44
4. MANIFESTATIONS AUTOUR DU 1 ^{ER} DECEMBRE.....	45
VII- Documentation, formations, groupes de travail.....	46
1. L'ACTIVITE DOCUMENTAIRE.....	46
<i>a. La veille documentaire</i>	46
<i>b. Le fonds documentaire</i>	47
<i>C. Le projet de constitution d'un CIRDD en Seine-et-Marne</i>	48
2. LES GROUPES DE TRAVAIL	49
<i>a. Groupes de travail externes</i>	49
<i>b. Groupes de travail internes</i>	50
3. FORMATIONS ET COLLOQUES	53
<i>a. Les formations suivies</i>	53
<i>b. Les apports de ces formations</i>	55
VIII- Conclusion et perspectives	58
1. BILAN.....	58
2. PERSPECTIVES	59

INTRODUCTION

L'année 2001 aura été la première année de fonctionnement d'Emergences. Si nous sommes aujourd'hui confiants dans l'évolution de notre activité, les premiers mois n'ont pas été sans inquiétudes... Nous avons commencé l'année avec une file active à 0, nous explorions les sites sans savoir réellement où nous allions, avec une certaine impatience, tout en sachant que la patience serait notre meilleure alliée. Les premiers contacts ont eu raison de nos attentes et nous sommes aujourd'hui relativement satisfaits de cette première année d'activité.

Nous tenons en préambule à rendre hommage à Pierre CHAMBOREDON qui par son implication dans la politique de réduction des risques sur le département a été amené à participer à la création d'Emergences.

En 1998, dès le début du groupe « usages et drogues » au sein de Turbulences, Pierre nous a éclairé de ses connaissances en la matière et nous a facilité le contact avec d'autres associations, nous permettant d'étoffer notre projet.

C'est en grande partie grâce à lui qu'aujourd'hui nous pouvons nous féliciter du bon travail de partenariat qui existe entre l'équipe qu'il animait au sud du département et nous.

Nous regrettons de ne pas avoir travaillé plus longtemps avec lui tant son approche du travail avec les usagers était humaine et engagée.

I- RAPPEL HISTORIQUE

1. Contexte politique et géographique

La réduction des risques et en particulier le terme de « service de première ligne », désigne l'ensemble des actions menées par des acteurs sanitaires ou sociaux en contact direct avec des usagers de produits psycho-actifs légaux et illégaux en situation de risque sanitaire et /ou social.

Cette politique de santé publique a aujourd'hui une dizaine d'années. Elle se propose de faire la distinction entre les produits et les modes d'usage, elle n'est plus une politique d'abstinence ni d'éradication du produit mais elle prend en compte une réalité : drogues et usages existent

Les premières actions de réduction des risques ont été financées dans un objectif de prévention du sida et des maladies infectieuses. Mais au delà de la prévention du sida, il s'agit de reconsidérer les données élémentaires de la vie et de la vie sociale : où manger, où dormir, où se laver, se déplacer, pouvoir téléphoner, (re)trouver un travail, retisser des liens avec des gens du commun...

Les actions de réduction des risques reposent sur la reconnaissance des droits à la santé et des droits sociaux qui sont ceux de tout citoyen, fut-il usager de drogues.

S'il a été nécessaire de réaffirmer ces droits, c'est qu'ils ont longtemps été conditionnés à l'arrêt de toute consommation : le toxicomane irresponsable devait reconquérir ses droits d'être humain. Il aura fallu l'épidémie du sida pour que soient reconnues les capacités de l'usager à se responsabiliser et à protéger sa santé. La reconnaissance des droits des usagers même s'ils poursuivent leur consommation n'est en rien un obstacle aux soins ou à l'insertion, au contraire c'est bien lorsqu'ils sortent de l'urgence, lorsqu'ils peuvent souffler, retrouver un minimum de décence au quotidien, qu'ils peuvent envisager des changements plus ambitieux.

La réduction des risques présente aujourd'hui un bilan positif en terme de diminution des contaminations au VIH pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, de diminution des overdoses et d'amélioration générale de l'état de santé des usagers. Pourtant force est de constater que tous les objectifs n'ont pas été atteints : la répression reste encore la première réponse face à l'usage, l'offre de soins et de prévention reste

fragile, fragmentaire et cloisonnée et de plus, les résultats obtenus n'ont pas fait l'objet d'une diffusion massive ni d'une modification profonde des lois et des pratiques. La loi de 1970 maintient la RDR dans une position délicate où elle doit d'abord accepter les contradictions de sa situation, et notamment l'antagonisme santé publique et ordre public.

De plus, le dispositif étant essentiellement subventionné au titre de la lutte contre le sida, ces budgets peuvent difficilement répondre à l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux.

La Seine-et-Marne est le plus grand département d'Ile-de-France, mais aussi le plus démuné en matière de réduction des risques liés à l'usage de produits. Le département compte aujourd'hui deux équipes, l'une au sud, l'autre au nord. Par ailleurs, le travail de modification des représentations liées à l'usage de drogues est parfois difficile, et chemine lentement. La Seine-et-Marne est un département fortement rural où l'usage de produits est particulièrement tabou.

C'est dans ce contexte politique et géographique que naît l'association Emergences.

2. La création d'Emergences

C'est en 1998 que se constitue – au sein de l'association Turbulences - le groupe de réflexion autour des usages de drogues à l'origine de l'association Emergences.

Turbulences est une association locale d'habitants militants et bénévoles dont l'objectif principal est de lutter contre toute forme de discrimination (racisme, homophobie...) et de favoriser l'accès aux droits. Dans cette optique, son rôle est de soutenir toute initiative citoyenne et de promouvoir toute idée nouvelle visant à améliorer la vie de et dans la cité.

La philosophie de Turbulences est avant tout communautaire. Il ne s'agit pas de répondre à un problème spécifique, mais de générer à partir des habitants un espace collectif de participation et d'élaboration de solutions communes, de susciter un échange de savoirs apportant de nouveaux savoir-faire.

L'objectif de ce groupe a dans un premier temps été de se former et s'informer sur la réduction des risques. Pendant une période de deux ans, des membres du collectif ont ainsi rencontré différentes personnes travaillant dans le secteur de la réduction des risques.

Parallèlement, l'IREP (Institut de Recherche Epidémiologique en Pharmacodépendance) ayant à la même époque été mandaté par la DDASS de Seine-et-Marne pour faire un état

des lieux sur Marne-la-Vallée, le collectif de Turbulences a pu participer à cette enquête sur le Val-Maubuée.

Il faut enfin signaler qu'un certain nombre d'associations a été régulièrement informé de l'avancée des réflexions au sein du collectif RDR de Turbulences.

Le projet Emergences est né à la fois de la rencontre entre des travailleurs sociaux et des habitants de la ville nouvelle, soucieux des problèmes rencontrés dans les domaines de la santé, des usages de produits licites et illicites, des multiples formes de l'exclusion, et du constat de l'absence de structure de réduction des risques sur Marne-la-Vallée. Ce projet s'appuie sur les orientations de la circulaire 98/72 du 4 février 1998, qui garantit la diversité des approches et des pratiques en matière de réduction des risques. La déclaration de l'association en Sous-préfecture a été effectuée le 23 mars 1999. Après la constitution de l'association Emergences, un pré-projet a été rédigé par un groupe issu de ces deux associations composé de travailleurs sociaux, de personnes concernées directement ou indirectement par l'usage de drogues, par une meilleure prise en charge sociale et sanitaire des usagers de drogues, et intéressées par la réduction des risques. Le projet a été accepté par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), principal financeur de l'association, en juillet 2000. Une première convention a été signée pour cette même année avec la DDASS, convention renouvelée pour l'année 2001.

Par ailleurs, un lien important a été maintenu entre les deux associations. Ce lien se traduit notamment par la présence, au sein du Conseil d'Administration d'Emergences, de deux représentants de l'association Turbulences, qui en est membre de droit. De plus, les membres de cette association sont systématiquement invités aux conseils d'administration d'Emergences. Enfin, des membres de Turbulences participent régulièrement aux activités d'Emergences.

L'objet de l'association est :

- La lutte contre les exclusions.
- La recherche sur la place des usagers dans les institutions sociales.
- La création et la gestion d'établissements sociaux.

Le but de l'association est de mener à bien une action de santé publique. Nous entendons santé au sens large, telle que la définit l'Organisation Mondiale de la Santé : bien-être physique, psychique et social.

3. Les objectifs et les valeurs

Dans le cadre de la lutte contre le VIH et les hépatites, nous avons pour mission de mettre en place auprès des usagers de drogues actifs **un programme d'échange de seringues** et de **faciliter leur accès aux soins**.

Dans le cadre de ce programme, les objectifs généraux de l'association sont les suivants :

La prévention du SIDA, des hépatites et des risques liés à l'usage de drogues par la promotion des attitudes d'hygiène et de protection concernant l'ensemble des pathologies infectieuses, et à la consommation de substances psycho-actives ;

L'amélioration et/ou l'accès aux soins des usagers les plus démunis ;

L'amélioration et/ou l'accès aux droits des usagers les plus démunis ;

La promotion de la citoyenneté des usagers de drogues dans un cadre communautaire où les usagers comme les riverains sont nos partenaires privilégiés.

Nous voulons aussi rappeler les **valeurs** sur lesquelles l'association a construit son projet :

- L'approche communautaire, qui veut que notre action s'inscrive dans une communauté d'acteurs : usagers, habitants, professionnels du secteur sanitaire et social, commerçants, élus...
- L'usager citoyen, interlocuteur des pouvoirs publics, dont la participation est prévue dans l'association et à mettre en oeuvre.
- L'auto-support des usagers de drogues qui se constituent en tant qu'interlocuteurs responsables.
- L'acceptation de la situation de dépendance des usagers de drogues pour mieux aller à leur rencontre, améliorer leur état de santé global et éviter de nouvelles contaminations.

Le projet a été validé dans le sens de ces valeurs.

4. Les moyens - Les budgets

Outre le budget accordé par la DDASS dans le cadre d'une convention relative à la lutte contre le sida, l'association Emergences a fonctionné sur l'année 2001, en particulier sur le dernier trimestre, avec deux autres budgets :

Le budget pauvreté-précarité

Dans le cadre de son projet d' « interventions sociales et réduction des risques liés à l'usage de drogues », l'association Emergences a effectué à la DDASS, fin août 2001, une demande de budget pauvreté-précarité. En effet, étant donné les situations de grande précarité et / ou marginalité des personnes rencontrées sur le terrain, et un certain nombre de besoins que l'activité de l'association a permis de faire émerger sur le secteur, un fonds de secours d'urgence nous a paru utile, voire nécessaire pour nous permettre de dépanner certains usagers sous forme d'aide au quotidien, ou encore pour leur faciliter l'accès aux soins et aux institutions.

Une subvention d'un montant de 24750,00F a été accordée à l'association par le service Action Sociale de la DDASS en novembre. Il faut préciser qu'il s'agit d'une subvention sur l'année 2001.

Le budget Mission Ville

D'autre part, l'association a eu l'occasion, sur proposition de la DDASS, de faire une demande de subvention à la Mission Ville, sur des crédits de la MILDT¹, pour financer l'achat de kits de sniffs. Nous pensions en effet qu'il pouvait être intéressant, dans le cadre de notre activité de lutte contre les risques de contaminations par le VIH et les hépatites, de proposer aux usagers que nous rencontrons, à titre expérimental, l'usage de ce nouvel outil de réduction des risques.

Une subvention de 2100,00F a été allouée à l'association dans ce but. 300 kits de sniffs, que nous avons convenus avec la DDASS et la Mission Ville de partager avec l'équipe de réduction des risques du Réseau Ville Hôpital Sud Seine-et-Marne, ont ainsi pu être commandés.

¹ Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et des Toxicomanies.

5. L'installation d'Emergences

Si dès le début de son activité l'association Emergences a pu occuper les locaux de Turbulences, l'installation véritable dans ces locaux n'a pu s'effectuer qu'en 2001, après le déblocage des subventions.

Notre première préoccupation a été de nous équiper en matériel informatique. Deux postes de travail ont ainsi pu être aménagés. L'achat en cours d'année de mobilier de bureau supplémentaire (en plus de celui partagé avec Turbulences) nous a permis d'aménager un troisième poste de travail.

Il faut noter ici que fin 2001 nous étions toujours, contrairement à ce qui était prévu initialement, hébergés par l'association Turbulences. Nous devions en effet obtenir des locaux sur Noisiel, proches de ceux de l'association Turbulences, que nous n'avons finalement pas obtenus. Nous avons ensuite effectué des demandes auprès de la mairie de Noisiel et du SAN, sans succès. Nous n'avons d'autre part pas de budget pour envisager la location de locaux. Nous avons donc continué à cohabiter avec Turbulences. Nous tenons d'ailleurs ici à remercier la Mairie de Noisiel pour sa tolérance quant à notre présence dans des locaux attribués initialement à Turbulences et nous espérons à terme la convaincre de l'utilité et de la légitimité de notre action et pouvoir continuer à partager ces locaux.

Nous n'avons donc pu, faute de locaux propres à Emergences, acheter tout le mobilier prévu par notre budget.

Cependant, si cette situation nous a paru en un certain sens inconfortable et quelque peu contraignante concernant notamment le développement de notre activité sur les locaux mêmes, elle nous a permis en revanche de mettre en place, sur des bases qui existaient déjà étant donné un historique lié, un travail de partenariat intéressant et efficace avec l'association Turbulences.

Par ailleurs, l'association a pu acquérir un véhicule de fonction en janvier 2001, après le déblocage de la subvention du conseil régional Ile-de-France, subvention accordée sur 2000.

II- LE FONCTIONNEMENT

1. L'équipe et son organisation interne

a. Le fonctionnement communautaire de l'équipe

Un véritable travail d'équipe s'est mis en place, chacun des salariés apportant dans les réflexions communes, mais aussi au quotidien, ses savoirs, ses savoir-faire issus de formations diverses, d'expériences de vie différentes.

S'il s'est instauré très naturellement entre les salariés, ce travail d'équipe correspond aussi à la politique de l'association, à une volonté de travailler, de réfléchir ensemble. Il y avait là le souhait, au-delà de la circulation minimum d'informations, de transposer sur le plan professionnel cet esprit d'échange, ce fonctionnement déjà communautaire qui était présent dès la création du groupe de réflexion « Drogues et Usages », interne à Turbulences.

C'est dans cette optique que l'association a fait le choix de ne pas introduire de coupure entre l'administratif et le travail de terrain. Cela se traduit notamment dans l'organisation hebdomadaire de l'équipe, l'agent d'accueil et de développement (cf. plus bas) effectuant ses horaires de travail sur le même temps que les intervenants en réduction des risques. De même, l'agent d'accueil et de développement accompagne quelquefois l'équipe de rue sur le terrain dans le but de se faire connaître des usagers et de faciliter un accueil éventuel dans les locaux ; mais aussi de mieux appréhender la nature de ce travail de terrain et par conséquent de participer plus efficacement aux réflexions communes. Une réelle coordination a ainsi pu se mettre en place entre les membres de l'équipe.

Nous avons aussi fait le choix de ne pas introduire de hiérarchie entre les différents membres de l'équipe. Comme nous le verrons un peu plus loin (cf. § sur le groupe de suivi – P 14), l'association n'a d'ailleurs pas ouvert de poste de direction. Nous avons pensé que, même si par ailleurs nous comptons bien deux profils de poste distincts, impliquant donc des missions différentes, une telle politique pouvait faciliter l'échange aussi bien d'informations que de compétences.

Enfin, les trois salariés participent de manière égale à un travail collectif d'évaluation (construction d'outils et analyse des activités de l'association), aux réunions de supervision et aux actions de recherche menées par l'association.

b. Les points équipe

C'est dans cet esprit qu'a pu se mettre en place, de manière un peu informelle, ce que l'équipe a appelé un « point équipe ». De manière quotidienne, les trois salariés se rencontrent autour d'un café afin d'organiser leur journée de travail, de réfléchir sur les événements et les actions menées les jours précédents et sur leur travail de manière générale. Ces échanges sont aussi des temps de diffusion et de partage de l'information.

c. L'équipe de rue.

Nous évoquons plus haut la diversité des personnes recrutées. A Emergences en effet, le salarié n'est pas nécessairement un « travailleur social diplômé », mais a été recruté en fonction de son expérience professionnelle et/ou de vie, de son parcours personnel. Il n'est pas non plus confronté à une « population-cible » qui ne se détermine pas comme « objet de l'intervention » mais comme partenaire. L'identité professionnelle se définit alors par cette nouvelle construction, ce nouveau lien, cette nouvelle dynamique. Les professionnels ne détiennent plus des « solutions ». Ils apparaissent comme une ressource supplémentaire et doivent se mettre en position de « construire avec ». Il leur faut investir les lieux, les quartiers, la rue, confondre les savoirs dans un échange permanent.

La mixité de l'équipe de terrain, ainsi que la complémentarité des compétences des salariés répond à la volonté de favoriser au maximum les interactions possibles.

d. L'agent d'accueil et de développement

Le 07 février 2001, un troisième salarié a rejoint l'équipe. Ce troisième salarié occupe un poste d'agent d'accueil et de développement, poste aménagé en emploi-jeune sur un équivalent temps plein de 35 heures.

Outre les missions mentionnées plus haut, missions qui sont communes à l'ensemble des salariés, l'agent d'accueil et de développement est chargé d'assurer le secrétariat, de recueillir et d'enregistrer les données comptables, de participer à la préparation des budgets, d'assurer l'accueil téléphonique et physique des personnes.

Il est chargé également du développement de l'association. Il participe pour ce faire à l'intégration de la structure dans la vie locale, à la promotion des activités de l'association. Il a aussi pour mission de mettre en place un projet documentaire et effectue dans ce cadre une veille documentaire (Cf. § sur L'activité documentaire – p 46).

La présence de l'agent d'accueil et de développement au local a aussi été jugée importante, en particulier lorsque l'équipe de rue est en tournée. Outre l'accueil téléphonique, il fallait en effet que l'association aménage la possibilité d'accueillir les usagers, voire toutes les personnes se présentant directement au local, en vue de les renseigner, voire en cas de besoin, de fournir du matériel.

Etant donné la polyvalence de ce poste, l'association a fait le choix de recruter une personne avec un niveau d'étude assez élevé, lui permettant de s'adapter assez facilement. Nous avons pensé d'autre part que ses études en sciences humaines (philosophie) étaient susceptibles d'apporter quelque chose, tant dans ce travail de mise en place de l'action que dans celui de réflexion. Dans le cadre de cet esprit de recherche-action qui anime l'association, un regard et un mode d'analyse formé par des méthodes rigoureuses de pensées pouvaient venir compléter l'approche de ces problématiques de réduction des risques et de santé publique par une équipe (au sens large, c'est-à-dire comprenant les salariés et les administrateurs) déjà pluridisciplinaire.

2. Les outils

a. Les cahiers

Le cahier de bord

Le cahier de bord sert à consigner les comptes rendus des journées des salariés, mais aussi des séances de travail des ou avec les administrateurs (bénévoles). Les actions menées, mais aussi les impressions, le ressenti de chacun y sont donc rapportés.

Si ce cahier contribue à représenter la mémoire de l'association, il permet aussi un meilleur suivi des actions mises en place par l'association. A la disposition de toute l'équipe de salariés comme des administrateurs, il vient compléter le rôle du point équipe et du groupe de suivi en tant que vecteur d'informations. Il contribue d'autre part, avec les autres outils de recueil de données tels que la feuille de bord et la feuille de profil du public, à fournir la matière première du rapport annuel d'activité.

Le cahier de réunion

Dans le cahier de réunion sont consignées les notes prises durant les diverses réunions internes : le groupe de suivi en premier lieu, les conseils d'administrations et les Assemblées générales ordinaires et extraordinaires. Ce cahier sert de base à la rédaction des comptes rendus.

b. La feuille de bord

La feuille de bord est le principal outil de recueil de données. Elle est remplie après chaque sortie pour chaque contact établi. Nous avons établi une forme de codification qui n'est connue que de l'équipe de terrain. Cet identifiant ainsi obtenu garantit un anonymat totale des personnes. Nous consignons sur cette feuille le matériel distribué, les seringues récupérées, le lieu où l'on a rencontré la personne et la durée du contact. On y note également les demandes sanitaires ou sociales ainsi que les orientations effectuées. Elle nous sert, enfin, à noter des remarques, des impressions sur l'environnement ou les personnes rencontrées.

c. L'outil « Profil de public »

Cet outil nous permet d'obtenir en fin d'année une sorte de photographie du profil du public que nous rencontrons. L'identifiant qui garantit l'anonymat sur la feuille de bord est repris sur l'outil profil de public. Ce profil concerne la situation administrative, juridique, familiale, sociale et sanitaire de la personne. Il s'étoffe au fur et à mesure de l'année. Cet outil ne fait pas l'objet d'un traitement individuel mais d'une analyse de groupe.

Nous avons abandonné en cours d'année un outil appelé « feuille de bord environnement » qui avait pour objectif de recueillir des impressions, des soucis, des questionnements des habitants, commerçants, ou des remarques sur l'environnement. Cet outil ne s'est pas avéré très utile. Les remarques d'ordre environnementale sont consignées dans le cahier de bord. Si par la suite, cet outil nous semble retrouver une pertinence, nous le retravaillerons et le remettrons en place.

Les outils sont dynamiques, nous les réadaptons en permanence au fur et à mesure de notre évolution, tout en conservant une base permettant la confrontation des chiffres d'une année sur l'autre.

Toutes ces données sont analysées avec le logiciel d'épidémiologie EPI 6.

3. Le groupe de suivi

a. Définition – principes – composition

En accord avec la philosophie communautaire à partir de laquelle s'est développé le projet Emergences, nous avons fait le choix, au sein de l'association, de ne pas avoir de direction.

Le fonctionnement de l'équipe s'appuie donc sur un groupe de suivi, qui tient un rôle de régulateur. C'est cette instance qui est chargée de rappeler leurs missions aux professionnels, de leur donner des repères dans leur pratique. Il permet la gestion des problèmes rencontrés entre les membres de l'équipe ou dans les relations nouées avec les différents publics. C'est encore le groupe de suivi qui se trouve garant des valeurs et de la déontologie de l'association.

Ce groupe comprend pour le moment les administrateurs et les salariés. **Il devra aussi comprendre dans un avenir proche des usagers ou ex-usagers.**

b. Objectifs

Ce mode de fonctionnement représente différents avantages. Par la responsabilité partagée qu'elle implique, cette formule permet un plus grand investissement des salariés. Il ouvre d'autre part la possibilité d'une grande liberté d'expression pour les salariés comme pour les administrateurs, et à l'avenir nous l'espérons, pour les usagers. Ce fonctionnement permet d'autre part à l'association de se garder d'un fonctionnement trop « classique » qui conviendrait peut-être moins bien aux différents publics auxquels s'adressent les actions développées par celle-ci.

c. Fonctionnement

Le groupe de suivi se réunit de manière hebdomadaire. **Il représente un véritable espace de travail, de réflexion ; un lieu d'organisation et de coordination, mais aussi d'information et d'échange. Le groupe de suivi représente l'instance de décision de l'association, décisions qui sont prises de manière collective.** Ces décisions concernent aussi bien les orientations de l'association, les actions menées, que les dépenses de la semaine ou encore le lien avec les partenaires...

Si ce fonctionnement peut paraître un peu lourd du fait que les décisions et les actions sont plus longues à se mettre en place puisqu'elles exigent une validation collective, il a cependant l'avantage d'exiger une grande rigueur aussi bien des administrateurs que des salariés et d'ouvrir un espace de réflexion commun et enrichissant. Il faut préciser cependant que ce fonctionnement ne ralentit pas l'action au quotidien de l'équipe, qui est bien sûre amenée à prendre un certain nombre de décisions dans l'urgence. Mais toutes les questions de fond font l'objet d'un traitement en groupe de suivi.

Il est prévu que les usagers soient représentés au sein du groupe de suivi par deux usagers ou ex-usagers. Cela n'a pu se concrétiser en 2001. Il était peut-être trop tôt, durant cette année qui était malgré tout une année d'exploration, d'expérimentation. Nous pensons pouvoir remédier à cela dans la première moitié de l'année 2002.

4. Le Conseil d'Administration

a. Composition du conseil d'administration en 2001 :

Annie PRUDHOMME, Présidente

Patrick NIVOLLE, Secrétaire

Jérôme JOLY, Trésorier

Dominique MALBETE, Administrateur

Le conseil d'administration est encore composé de deux membres du conseil d'administration de l'association Turbulences. Le premier de ces postes est occupé par Abdelkrim MEDIENE. Le second est resté vacant en 2001.

b. Fonctionnement

Durant le premier semestre 2001, les conseils d'administrations se sont déroulés tous les deux mois, puis de manière plus espacée durant le second semestre.

Le conseil d'administration a essentiellement pour rôle de valider les grandes décisions et orientations prises par l'association, de valider les budgets prévisionnels et, une fois par an, de valider et ratifier le rapport d'activité et le bilan financier.

Les salariés sont représentés au conseil d'administration avec voix consultatives. Actuellement, tous les salariés assistent systématiquement au conseil d'administration et tous ont voix consultative.

Par ailleurs, et outre sa représentation de droit, l'association Turbulences joue un rôle important au conseil d'administration. Les deux associations ont d'ailleurs décidé, d'un

commun accord, d'effectuer, à partir du dernier trimestre 2001, leurs conseils d'administration à la même date. Cette décision vise notamment à une meilleure circulation de l'information entre les deux associations, base d'une meilleure complémentarité dans leurs actions, d'un travail en partenariat plus efficace ; mais aussi à une meilleure connaissance des deux associations par leurs membres respectifs.

De même pour l'Assemblée Générale annuelle de décembre 2001 : les deux associations ont organisé une séance commune.

Il faut préciser cependant que durant ces séances communes, les conseils d'administration et les assemblées générales de chacune des deux associations se déroulent de manière distinctes. De même, chaque association effectue son propre compte-rendu.

5. Le comité de pilotage

Il était prévu dans le projet d'Emergences tel que nous l'avons présenté à la DDASS que l'association constitue un comité de pilotage.

Ce comité devait comprendre, outre des représentants du réseau ville hôpital nord (L'AVIH), des associations de quartiers, de la Direction Départementale de l'Action Sociale et Sanitaire, du Conseil régional et du Syndicat d'Agglomération des villes Nouvelles, des représentants des différentes structures ou associations locales avec lesquels nous étions susceptibles de travailler (la Mission locale, le Centre Communal d'Action Sociale, le Club de Prévention, Aides, l'équipe de réduction des risques du Réseau Ville Hôpital Sud...), ou encore des représentants d'associations nationales (telle l'Association Française de Réduction des Risques), voire des élus locaux.

Ce comité devait avoir pour mission :

- de coordonner le dispositif global entre les différents partenaires,
- de coordonner le travail de prévention et de RDR,
- de suivre l'évolution de ce travail et d'identifier de nouveaux besoins,
- de faire la promotion de ce dispositif,
- et de veiller au respect par les différents opérateurs de la déontologie et des valeurs de l'action.

Ce comité n'a pas vu le jour pendant cette première année d'activité. La constitution d'un tel comité demande en effet un investissement assez important, et nous n'avons pas encore trouvé vraiment le temps d'y travailler, de réfléchir à son fonctionnement.

Il faut préciser cependant que la plupart des partenaires professionnels sur le secteur ont été rencontrés. Des contacts ont été établis, et même quelques fois, des actions ont été menées de concert (telles les actions autour de la journée mondiale de lutte contre le sida, cf. p 45. Voir aussi le § sur le partenariat, p 43).

6. Evaluation permanente

La supervision s'est poursuivie telle qu'elle avait été mise en place en 2000. Elle se fait de manière commune avec l'équipe du Réseau ville-hôpital Sud. Participent à cette supervision les trois membres de l'équipe du sud, les trois membres de l'équipe du nord et un intervenant de l'I.R.E.P (Institut de Recherche Epidémiologique en Pharmacodépendance). Ce groupe se réunit tous les 15 jours. Il a un objectif de régulation et permet la mise en commun des pratiques, de la réflexion, l'échange autour des difficultés rencontrées. La supervision nous offre le point de vue d'un expert sur nos pratiques, mais aussi d'une manière plus générale, sur la politique en matière de drogues. Il nous fait profiter par ailleurs de son expérience et de ses connaissances des actions menées à l'échelle nationale et internationale.

Cependant, outre la supervision, les groupes de suivi et les réunions de travail représentent aussi des temps d'évaluation.

7. La construction communautaire

La démarche communautaire part du postulat qu'au-delà du savoir professionnel existent d'autres formes de savoirs et de savoir-faire qui appartiennent à la communauté. Il s'agit de créer la possibilité d'un échange de savoirs entre professionnels et non-professionnels qui permette de repérer et de valoriser les ressources locales. **La relation qui s'instaure alors entre professionnels et population modifie les systèmes de communication mais aussi et surtout de pouvoir.** En effet, lorsque le savoir appartient à une élite, il devient pouvoir.

L'une des données fondamentales d'un fonctionnement communautaire est l'intégration des usagers à l'association dès les prémices de sa création. C'est effectivement dans ces conditions qu'Emergences est née, mais les usagers alors investis se sont essouffés (deux années se sont écoulées entre les premières discussions et la mise en place de l'équipe).

Nous avons donc pour objectif aujourd'hui de relancer cette dynamique en ouvrant les groupes de suivi aux usagers, puis plus tard étendre cette participation aux conseils d'administration.

Il semble en effet que **l'exploitation de nouvelles appartenances à un groupe, la promotion de l'implication et la participation à la vie de l'association, favorise « un mieux-aller » des personnes exclues ou marginalisées. Le participatif autonomise et augmente le sentiment de citoyenneté. Il permet de réinvestir les personnes d'une responsabilité qui leur est souvent niée au sein de la société.**

Par ailleurs, rappelons qu'un fonctionnement communautaire n'est pas le fonctionnement d'une communauté qui renverrait à quelque chose de figé et de fermé. S'il s'agit bien d'une communauté, elle est avant tout d'idées, de préoccupations communes et d'élaboration de solutions ; elle est ouverte, dynamique et en perpétuelle construction-reconstruction.

III- LE TRAVAIL DE RUE

Aller au devant de l'utilisateur sur son territoire, c'est offrir à tous la possibilité de protéger sa santé, c'est aussi accepter de se placer sur le terrain de l'utilisateur, à la différence des dispositifs institutionnels qui imposent leur fonctionnement et leurs règles. Il s'agit d'entrer en relation avec le plus grand nombre possible d'utilisateurs sans exiger d'eux qu'ils renoncent à la consommation de produits psychotropes.

1. Les sites – les contacts

Les sites

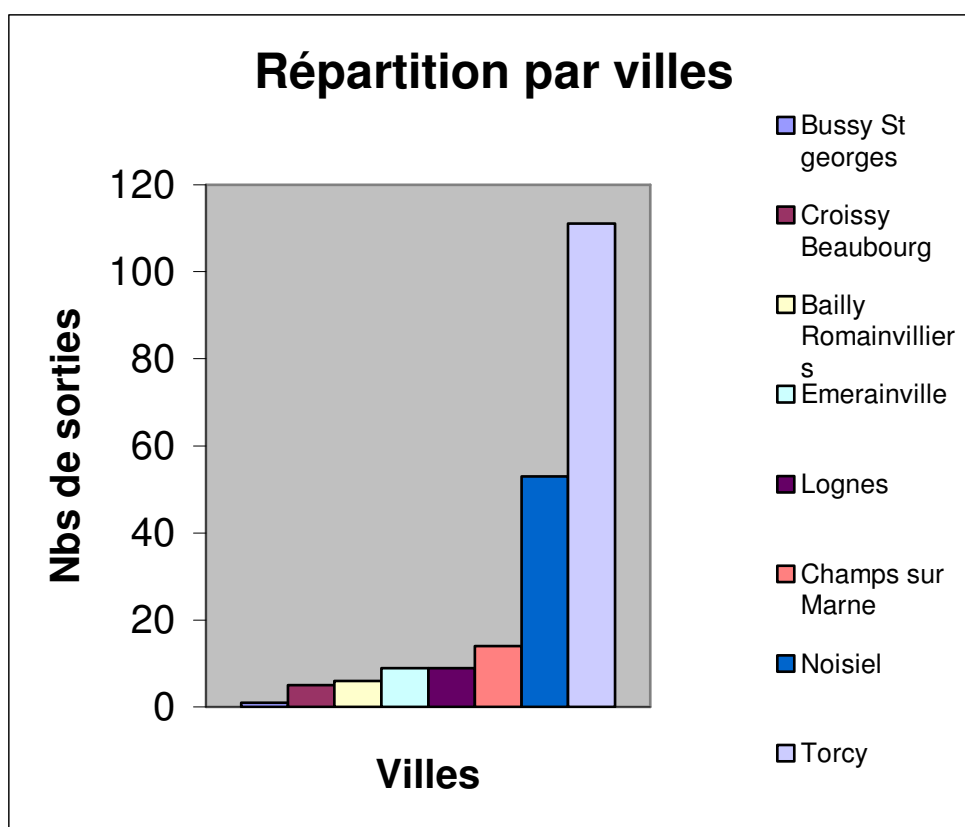
Les sites pressentis au début de notre activité étaient les suivants :

- sur Lognes : les quartiers du Segrais et des Coliberts ;
- sur Champs sur Marne : les quartiers Pablo Picasso et des Deux Parcs ;
- sur Noisiel : le Cours du Lizard, les quartiers du Bois de Grâce et de la Ferme du Buisson ;
- sur Torcy : les quartiers de l'Arche Guédon et de Beauregard ;
- sur Emerainville : le quartier du clos d'Emery ;
- et Croissy Beaubourg.

Nous avons donc commencé à tourner, en voiture et à pieds, sur ces communes puis très rapidement les villes de Torcy et de Noisiel nous ont semblé plus porteuses et dès les premiers contacts à Torcy nous avons concentré nos efforts sur ces deux sites.

Cependant, les autres communes restent des sites à explorer puisque rien ne nous permet de penser qu'il n'y aurait pas d'usagers dans ces communes.

Notre activité a couvert les 52 semaines de l'année et durant cette période nous avons effectué 208 sorties qui se répartissent de la façon suivante :



Le premier contact a eu lieu en Mars, à Torcy, où nous sommes allés très régulièrement jusqu'à être reconnus comme équipe de RDR auprès des usagers. Peu à peu une régularité dans nos passages s'est installée en accord avec eux. Aujourd'hui les passages se font les lundis et jeudis dans un lieu public à 15 heures.

Nous avons maintenu des sorties sur Noisiel mais avons sans doute manqué de régularité, ce qui a eu pour effet une perte de contact à la fin des beaux jours. Cependant, fin

décembre, des usagers de Noisiel ont commencé à venir nous voir au local. Des liens de confiance s'étaient donc établis en amont alors que nous pensions avoir perdu le groupe.

Nous sommes allés une fois à Bussy pour découvrir la ville. Nous n'avons pas cherché à démarrer une activité mais contrairement à Croissy Beaubourg nous pensons que des accroches seraient possibles.

Au tout début de notre activité, nous sommes allés au clos d'Emery à Emerainville, quartier qui nous avait été signalé comme « à problèmes ». Nous n'y avons pas fait de rencontre, mais les tournées sont à reprendre.

Les six sorties à Bailly concerne un couple que nous avons dépanné sur demande du réseau l'AVIH. Nous n'avons pas cherché à développer notre activité sur cette ville.

Croissy a été abandonné assez vite : c'est un site pavillonnaire de classe moyenne où il ne semble pas qu'une activité de réduction des risques soit nécessaire.

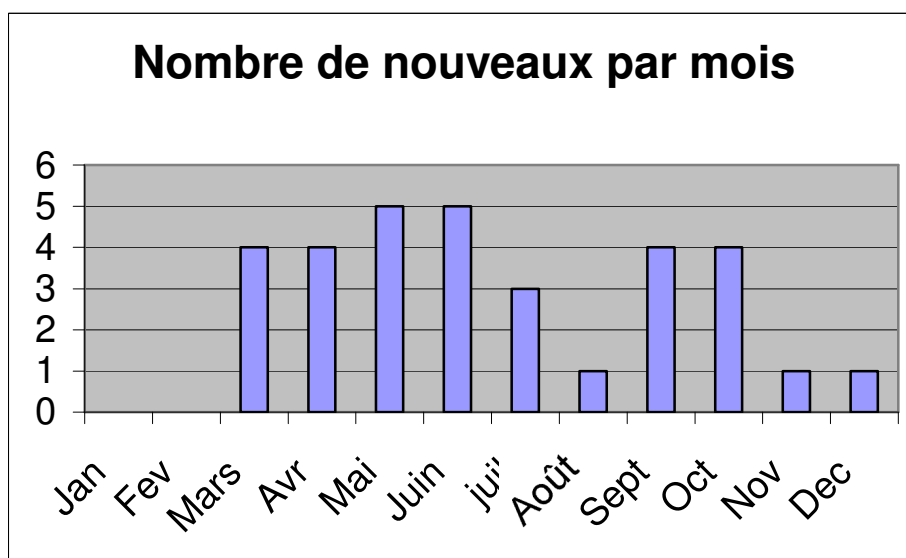
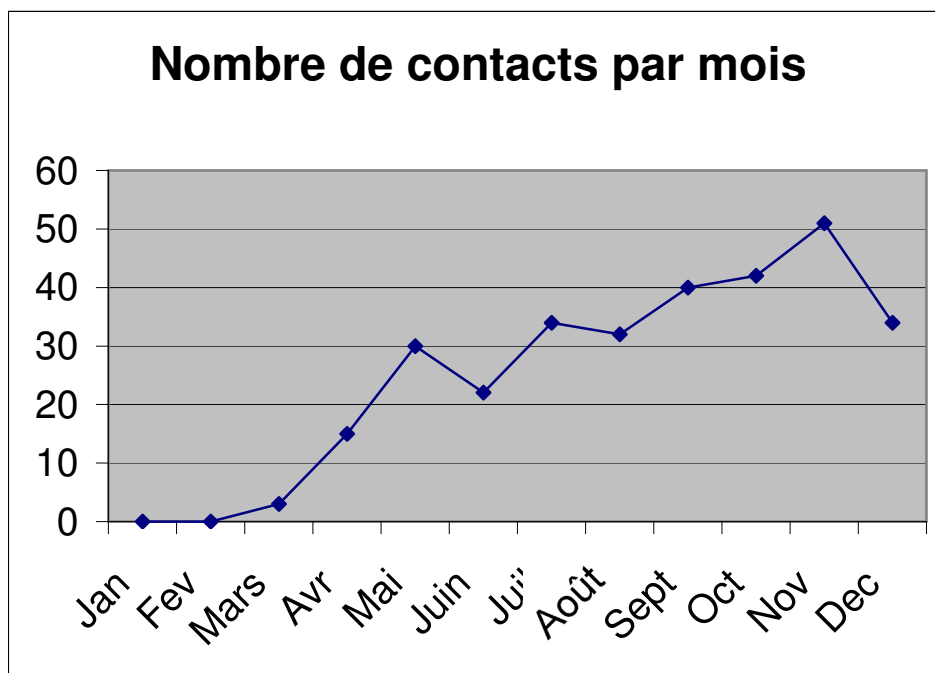
Nous sommes allés sur Lognes au début de notre activité mais n'y avons pas fait de rencontres. Les choses sont identiques pour Champs qui a été provisoirement abandonné, puis repris en fin d'année, encore sans résultat.

Les contacts

Les 208 sorties ont donné lieu à **303 contacts** sur l'année répartis sur trois sites (sachant qu'en janvier et février, nous n'avions encore aucun contact).

- **256 contacts à Torcy**
- **35 contacts à Noisiel**
- **10 contacts à Bailly Romainvilliers**

Pour une file active de 32 personnes.

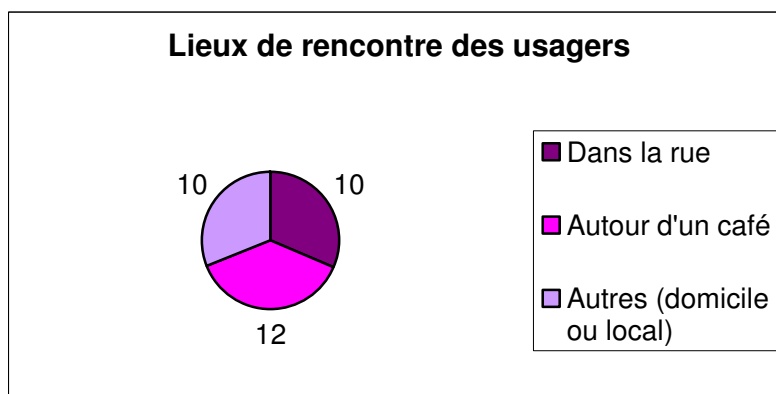


La file active s'est donc constituée de manière régulière. En effet, chaque mois de l'année (hormis janvier et février) a vu apparaître de nouvelles personnes.

90% des contacts ont été supérieurs à 30 minutes, 7% ont duré entre 5 et 10 minutes et seulement 3% inférieurs à 5 minutes.

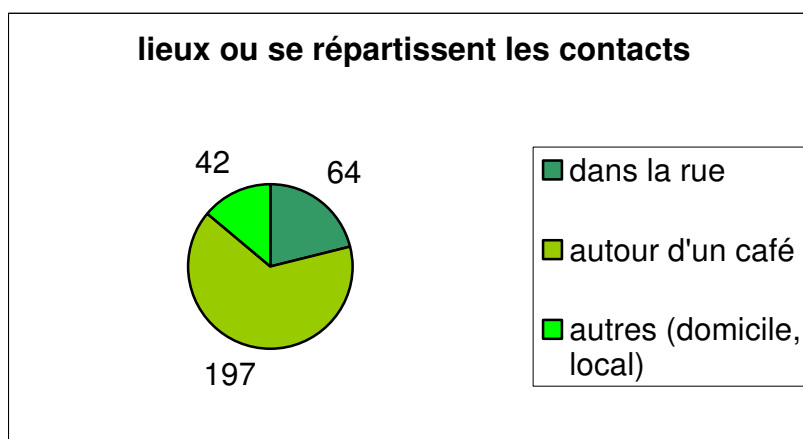
Lieux où ont été rencontrés les nouveaux :

- Dans la rue : 10 personnes (31,25%)
- Autour d'un café : 12 personnes (37,50%)
- Autre (domicile ou local) : 10 personnes (31,25%)



Lieux où se sont répartis les 303 contacts :

- Dans la rue : 64 contacts (21%)
- Autour d'un café : 197 contacts (65%)
- Autre (domicile ou local) : 42 contacts (14%)



2. La nature de la relation et le lien :

La relation qui s'instaure avec les gens que nous rencontrons est avant tout chaleureuse, bienveillante et exempte de tout jugement. L'absence de jugement n'est-elle pas l'acceptation que les actes et les comportements humains sont toujours motivés par des raisons, qu'elles soient conscientes ou inconscientes ?

Nous travaillons dans la **discrétion** en préservant l'**anonymat** des personnes et en respectant la **confidentialité** des situations et des histoires de vie. Le récit de ces histoires de vie est une immense marque de confiance que nous recevons avec la plus grande humilité, tant il est dangereusement possible de se sentir investi d'un pouvoir immense face à des personnes en situation de vulnérabilité et de surcroît en demande. Il s'agit d'être contenant, de pouvoir recevoir la souffrance, la dédramatiser, rassurer et aider la personne à rebondir, en l'accompagnant sans l'infantiliser ni l'assister et en lui faisant confiance.

L'une de nos fonctions auprès des gens fragilisés que nous rencontrons est une **fonction de structuration**. En effet, il s'agit souvent de réapprendre à anticiper, à établir un ordre de priorité dans les choses à faire et à mener les démarches jusqu'au bout sans s'essouffler en route. Pour se faire, nous nous devons de maintenir un soutien stable, une continuité dans l'effort, l'attitude et le discours. Nous honorons les rendez-vous pris et sommes vigilants à être ponctuels, même si les usagers ne le sont pas. Respecter ses engagements est une marque de confiance et de respect à laquelle nous veillons. Comment, en effet, aider une personne ou une famille à se structurer et à se stabiliser si le soutien que nous proposons est instable et déstructuré ?

Nous tutoyons très rapidement, voire d'emblée les gens que nous rencontrons. Nous les appelons par leur prénom et ce tutoiement par lequel se dit **la parité, la confiance**, est aussi le signe d'une **proximité** qui a longtemps fait peur aux travailleurs sociaux. Craignant de s'exposer à la critique, de se laisser « embarquer par l'affectif », ils se mettaient en retrait, invoquant la « nécessaire distance », la « neutralité bienveillante » qui se sont avérés des concepts refuges plus que des garde-fous nécessaires. C'est dans cet esprit communautaire impliquant une nouvelle conception du travail social que nous souhaitons nous inscrire. **L'intervenant social ne se voit plus seulement comme détenteur de savoir mais se met en état de recevoir.** Dans les institutions, la transmission des savoirs est le plus souvent unilatérale et de ce fait maintient la personne en difficultés dans la dette vis-à-vis de l'éducateur omniscient. Nous partons du principe

que chacun sait quelque chose, peut le transmettre et que tous les savoirs ont la même valeur (connaissances intellectuelles ou pratiques, expérience de vie...). Ces savoirs sont à promouvoir, d'autant qu'il semble plus judicieux de travailler sur la promotion des compétences que sur l'analyse des défaillances et la réparation.

Quand les usagers s'expriment, il faut pouvoir accepter ce qu'ils ont à dire, pouvoir adopter une attitude d'écoute véritable. En effet, **travailler avec des gens en difficultés c'est d'abord accepter ces difficultés**, savoir les entendre, les respecter, ne pas les juger ou vouloir d'emblée les supprimer. C'est une force d'attendre de l'utilisateur qu'il cherche lui-même la solution à son problème en l'aidant à prendre du recul sur sa situation.

D'autre part, nous pensons qu'il n'est pas besoin de se prendre au sérieux pour faire des choses sérieuses, c'est pourquoi l'humour tient une place importante dans la relation que nous entretenons avec les usagers. En effet, **l'humour et parfois même la dérision sont d'importants vecteurs de dédramatisation**.

Les gens que nous rencontrons ont une notion du temps, et des repères de vie qui peuvent surprendre, il est nécessaire que nous nous y adaptions. Notre travail est un travail de rue qui consiste à « aller vers ». Il nous appartient donc de faire un effort d'adaptation.

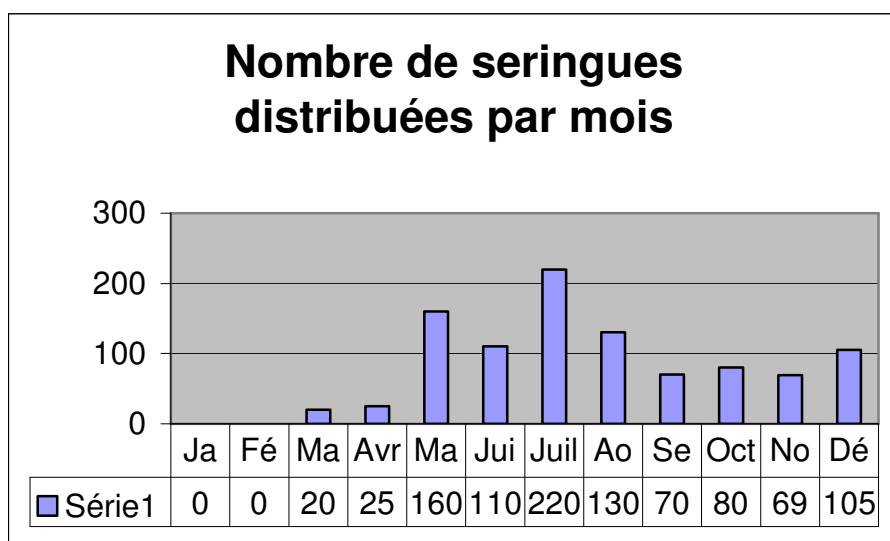
La relation ainsi établie constitue un lien fondamentale, plus ou moins fort. Il est parfois très fort, mais s'il est plutôt faible, nous cherchons à le maintenir de manière à ce que les usagers puissent le solliciter lorsqu'ils en ont le désir. Par ailleurs, **ce lien est une reconnaissance** et pour certains un premier pas vers une réinscription sociale. **La compréhension, le soutien et le respect qui motivent ce lien sont autant de (re)valorisations** qui favorisent un mieux-aller. **Le nombre de contacts établis sans distribution de matériel, ni demande de quelque ordre qu'elle soit témoigne de l'importance de ce lien.**

Remarques : Il semble important d'apporter une nuance aux termes classiques de « réinscription social » ou de « lien social ». En effet, aussi exclues que soient les personnes les plus marginalisées, elles conservent une vie sociale et des liens, qu'ils soient amicaux, familiaux, ou institutionnels. Il s'agit davantage de retrouver des liens avec « des gens du commun », hors le milieu de la rue. Les termes de réinscription sociale, d'exclusion ou de marginalisation renvoient d'abord à une norme politique, économique et sociale.

3. La mise en place du programme d'échange de seringues

a. Le matériel distribué

Seringues 1 ml	984
Seringues 3 ml	5
Total	989
Tampons alcoolisés	776
Stéricups	685
Eau stérile	720
Préservatifs	1080
Kits de sniff (sur 1 mois)	23



Le nombre de préservatifs annoncé ci-dessus ne concerne que les préservatifs distribués avec du matériel d'injection. Il arrive en effet assez fréquemment qu'ils soient distribués seuls, à des usagers mais aussi à d'autres personnes en demande. Des préservatifs masculins et féminins (depuis le dernier trimestre 2001 pour ces derniers) sont aussi directement mis à disposition au local, où encore sont mis en libre service lors de manifestations organisées avec des partenaires professionnels du secteur. (Cf. § partenariat, p 43).

La distribution de kits de sniff n'a commencé qu'en décembre : le chiffre du tableau représente donc un seul mois. Ce nouveau matériel de réduction des risques a tout d'abord suscité chez les usagers une certaine curiosité et a donc remporté un certain succès, succès qui s'est assez vite apaisé. Cependant, étant donné la nouveauté du produit et la petite période sur laquelle nous avons pour le moment été amenés à le distribuer, nous ne pouvons en aucun cas évaluer l'impact de ce matériel.

Nous avons fait le choix au début de notre activité de ne pas distribuer de stéribox, mais plutôt du matériel « en vrac ». Le conditionnement en stéribox ne paraissait en effet pas approprié, voire encombrant pour les usagers. D'autre part, les usagers peuvent avoir des besoins ne correspondant pas au matériel présenté dans le stéribox, faire par exemple la demande d'un nombre important de seringues... Le matériel « en vrac » nous semblait

d'une gestion plus souple et par ailleurs permettre d'engager des discussions sur l'importance du matériel secondaire ou de manière plus générale sur l'injection.

Notons que le taux de retour des seringues usagées est de : 508, soit 51%.

Nous n'avons jamais distribué 1 seringue seule : si l'utilisateur n'en demande qu'une nous en donnons systématiquement une seconde au cas où la première injection aurait échoué. C'est aussi l'occasion de faire passer des messages sur l'hygiène du shoot.

La seringue est un outil facilement disponible que nous distribuons largement de manière à sortir d'une certaine culture de la conservation de la seringue.

Le maximum de seringues distribué en une fois à une personne est de 30, bien que nous ayons décidé de ne pas limiter le nombre de seringues ni même de pratiquer une sorte de « chantage au retour du matériel ».

On remarque que sur la totalité des seringues, nous en avons distribué 5 de 3 ml. En effet, au début de notre activité, nous avons essayé de conseiller à certains usagers, qui utilisaient des seringues 2 ml avant leur disparition et s'injectaient des médicaments (dont le subutex), d'utiliser des seringues de 3 ml, ces seringues permettant de diluer plus les produits. Une dilution plus importante de ces produits permet de moins abîmer le tissu veineux, ou moins rapidement. Cependant, la taille importante de la seringue décourageait les usagers. La seringue de 3 ml a donc été très vite abandonnée.

Lorsque nous avons commencé à distribuer du matériel, nous procédions de la manière suivante : l'équipe préparait des sachets de 10 à 20 seringues accompagnées du matériel secondaire nécessaire, c'est-à-dire stéricups, tampons alcoolisés et eau stérile. En cours d'année, il nous est apparu plus pratique de distribuer le matériel à la demande des usagers. En effet, nous nous sommes très vite aperçu que le matériel ainsi conditionné ne correspondait pas nécessairement à la demande des usagers. Il nous a donc paru plus intéressant de ne pas préparer le matériel en amont, mais de le mettre « en vrac » dans le sac à dos et de le distribuer à la demande. Ce même principe a été adopté au niveau du véhicule : le coffre a toujours contenu, à partir de cette période, un carton de matériel « en vrac ».

Le matériel secondaire est également distribué à la demande des usagers. S'il est préférable en effet d'accompagner une seringue d'une dose d'eau stérile, d'un stéricup et de deux tampons alcoolisés, la pratique des usagers fait qu'ils ne ressentent pas nécessairement le

besoin de matériel secondaire. Par exemple, un usager se préparant un shoot pourra préférer utiliser sa petite cuillère qu'un stéricup, autrement dit préférera préserver ce qui constitue un « rituel ». Si le discours de prévention est bien présent à chaque distribution de matériel, nous ne pouvons « forcer » un usager à emporter du matériel qu'il refuse ou qu'il ne prévoit pas d'utiliser.

On observe d'ailleurs une distribution beaucoup plus importante de seringues que de matériel secondaire.

Il semble en effet que pour un usager de drogues par voie intraveineuse, le premier souci reste encore de se procurer une seringue neuve, le matériel « annexe » étant plus facile à se procurer dans la vie courante, même si celui-ci n'est pas nécessairement adéquat d'un point de vue préventif. Nous pensons d'autre part, comme nous l'avons évoqué plus haut, que les usagers s'installent dans des rituels qui font qu'ils n'ont pas nécessairement besoin du matériel dit secondaire. Or l'utilisation de ce matériel permet de diminuer de manière importante les risques de contamination à l'hépatite C, ainsi que les risques de poussières ou d'abcès. Un important travail de prévention reste donc à effectuer autour de ce matériel dans une optique de lutte contre les risques d'infection par l'hépatite C.

Il faut noter cependant qu'il nous est arrivé quelques fois de donner du matériel secondaire sans donner de seringues, soit à des usagers particulièrement consciencieux à qui ils restaient seulement des seringues, soit à des usagers en grande précarité utilisant des tampons alcoolisés pour se nettoyer les mains avant l'injection ou pour nettoyer de petites plaies.

Le « vrac » nous permet également de proposer des préservatifs et d'aborder la question du risques de contaminations par voie sexuelle, notamment auprès des consommateurs d'alcool.

De nombreuses plaquettes de prévention ont par ailleurs été distribuées, sur le shoot propre, sur les produits, les hépatites, le VIH, l'injection, le subutex... ; ainsi que des journaux, notamment ASUD et ALTER EGO.

b. Discours autour des dispositifs existants

Nos interventions auprès des usagers ne se limitent pas à la distribution de matériel ou de plaquette de prévention. En effet, nous passons un certains temps à informer les personnes

sur les dispositifs existants en rapport avec les difficultés qu'ils rencontrent. Pouvoir orienter les personnes vers les structures adaptées à leurs démarches est pour nous quelque chose d'important. Nous insistons toujours sur le fait que l'association représente une « passerelle » vers les réseaux spécialisés et les partenaires de droit commun. D'autre part, nous pensons qu'**il appartient à l'utilisateur de choisir la stratégie de prévention, de soin ou d'insertion qui lui convient**. Il est primordial, en effet, de reconnaître à chacun les capacités d'apprendre à gérer les risques qu'il encourt, et par conséquent de mettre à sa disposition les informations lui offrant la possibilité de cette gestion.

Nous avons été amenés dans cette optique à prendre contact et à travailler avec nombre de professionnels sur le secteur de Marne-la-Vallée.

IV- L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, SANITAIRE ET JURIDIQUE

1. Pourquoi, comment, jusqu'où ?

Ces trois questions font l'objet d'interrogations récurrentes des salariés et des administrateurs, et de discussions-débats fréquentes lors des groupes de suivi.

La politique de réduction des risques ne peut pas se réduire à la mise en place de programmes d'échange de seringues et au développement des traitements de substitution.

Au contraire, il s'agit d'avantage d'une démarche de prévention, à la fois globale et spécifique, qui se décline sous deux aspects complémentaires : la prévention des risques et la réduction des dommages. Les risques comme les dommages sont d'ordre sanitaire, mais aussi social, juridique et environnemental.

Il importe de prendre en compte les comportements de consommation des usagers en faisant la distinction entre l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance. La prévention doit s'adresser à la globalité de la personne, dans ses dimensions physiques, psychologiques et sociales, car ce sont ces différents déterminants qui permettent à l'individu, avec ses compétences propres, de gérer sa santé et l'ensemble de sa vie.

La RDR doit s'attacher à agir, d'une part, sur les déterminants à l'origine des comportements de consommation des personnes, et d'autre part, sur les conséquences sociales et sanitaires résultant de ses consommations

2. Les demandes sociales

En matière de toxicomanie, les réponses ont longtemps été essentiellement sanitaires alors que les besoins sont d'abord sociaux.

Nous avons reçu **69 demandes sociales** se répartissant comme suit :

- 25 demandes d'ordre juridique (conseils, extrait d'acte de naissance, régularisation, COTOREP, ASSEDIC, allocations, couverture maladie...). Pour ces demandes, nous avons pu répondre directement à certaines. Pour d'autres, nous avons fait des orientations vers des structures adaptées et pour d'autres encore, un véritable accompagnement avec une médiation.
- 20 demandes d'aide au quotidien (douches, vestiaires, lave-linge, sandwichs, cartes téléphoniques, timbres, photocopies, téléphone...).
- 19 demandes d'ordre administratif (conseils, aide aux courriers, demandes d'aide pour remplir un document administratif...).
- 3 demandes d'hébergement d'urgence orientées sur le SAMU.
- 2 demandes de formation/emploi (conseils, adresses).

Pour ce qui est de l'aide au quotidien, le petit budget précarité qui nous a été alloué a été très précieux. Il nous a permis de répondre en urgence à de petites demandes que les services de droit commun ne couvrent pas. A priori, ces aides mises en place en urgence doivent être conçues comme des aides momentanées qui devront ultérieurement être remplacées par une mobilisation des partenaires. C'est toujours avec un caractère d'exception que nous pratiquons ce type d'aide, et c'est ainsi que les usagers le conçoivent.

Un certain nombre d'accompagnements physiques des personnes ont dû compléter les réponses que nous avons apportées à ces demandes. Il faut en effet tenir compte du contexte particulier à la Seine-et-Marne qui est un département très grand et assez mal desservi. Il existe donc une réelle difficulté pour les usagers à se rendre sur les lieux nécessaires à leurs démarches, ce qui augmente encore pour eux les difficultés que celles-ci représentent déjà en soi. Nous pensons que l'idéal, pour pallier dans l'urgence ce manque flagrant sur le département en matière de transports en commun, serait la mise en place de taxis sociaux.

Cependant, en dehors de ces difficultés géographiques et « techniques », **ces accompagnements physiques répondent aussi et surtout chez les usagers à un réel besoin d'être soutenus dans leurs démarches, et en particulier au début. Ils représentent aussi pour certains un moyen de structuration par rapport au processus entamé.**

Ces accompagnements permettent par ailleurs de renforcer le lien, de contribuer à établir une relation de confiance avec les usagers ; ce type de rapport privilégié pouvant par la suite ouvrir la voie à d'autres types d'actions. Ils permettent enfin, si nécessaire, de faire de la médiation entre les usagers et les structures de droit de commun ou les réseaux spécialisés; certains usagers pouvant en effet éprouver des difficultés à entrer en relation et / ou à maintenir un lien avec ces structures.

Il est important de noter que dans tous les cas, le rôle de « passerelle » de l'association vers les structures de droit commun ou les réseaux spécialisés est souligné. L'accompagnement n'est pas un service sur lequel les usagers peuvent compter. Chaque accompagnement s'effectue dans un contexte particulier et en réponse à un besoin particulier, et a par conséquent toujours un peu valeur d'exception.

Nous avons effectué **25 accompagnements** se répartissant comme suit :

- 1 accompagnement au centre méthadone à Villemomble ;
- 1 accompagnement à la Croix Rouge, pour des machines à laver ;
- 3 accompagnements au centre de Sécurité sociale de Bussy ;
- 1 accompagnement au CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ;
- 1 accompagnement au Tribunal de Lagny ;
- 2 accompagnements aux urgences de l'hôpital de Lagny ;
- 1 accompagnement à l'hôpital de Lagny (en dehors des Urgences) ;
- 1 accompagnement au siège social de Médecins du Monde à Paris, dans le cadre d'un passage à la méthadone en médecine de ville ;
- 1 accompagnement au Centre Médical Marmottan ;
- 1 accompagnement à la CAF de Melun ;
- 1 accompagnement dans un organisme pour les handicapés qui travaille avec la COTOREP, à Melun ;
- 1 accompagnement à la Préfecture de Melun ;

- Plusieurs accompagnements dans des Hôtels pour des personnes ou famille s'étant retrouvées sans logement ;
- Plusieurs accompagnements au CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) ;
- 1 accompagnement au Consulat du Portugal à Nogent, pour un usager ayant des problèmes de papiers ;
- 1 accompagnement dans une agence d'intérim à Lagny.

Outre les demandes sociales mentionnées plus haut, nous avons aussi reçu par téléphone quelques demandes d'usagers ou de professionnels en lien avec des usagers pour des renseignements, une orientation voire un rendez-vous.

Nous pouvons citer :

- l'appel en août d'un usager pour une orientation vers un psychologue. Cet usager avait eu nos coordonnées par l'hôpital de Lagny ;
- une demande de relais par l'AVIH (Réseau Ville Hôpital de Lagny) ;
- un appel de l'infirmière du CSST de Meaux – Hévea ;
- une demande d'orientation méthadone d'un usager ayant eu nos coordonnées par son médecin.

Nous avons aussi reçu quelques demandes de renseignements de particuliers confrontés à un proche consommant des produits. Nous avons ainsi pu effectuer des actions de soutien, d'informations et d'orientations par téléphone et courrier.

Il faut noter cependant que certaines demandes n'ont pas eu de suite, les personnes n'étant pas venues au rendez-vous que nous avons fixé ensemble, ou encore n'ayant pas rappelé, comme cela avait été convenu.

3. Les demandes sanitaires

Nous avons eu **16 demandes sanitaires** se répartissant comme suit :

- 7 demandes d'ordre somatique, dont un abcès pour lequel nous avons accompagné la personne d'abord au CDAG puis à l'hôpital de Lagny. Pour les autres, il s'agit de problèmes dentaires, gynécologiques ou de médecine général et des accompagnements aux urgences.

- 7 demandes d'ordre spécifique dont 4 pour une orientation méthadone (MDM, centre méthadone de Villemomble, adresses sur Paris), 2 demandes de sevrage (Marmottan, Lille), 1 demande de post-cure orientée vers le Peyry mais non aboutie.
- 2 demandes d'ordre psychologique renvoyées pour l'une vers le CMP de Torcy et pour l'autre vers le CCAA de Champs-sur-Marne.

Parallèlement à ces demandes, nous avons pu constater dans notre pratique des besoins en matière de douches publiques et de consignes. En effet, très peu de structures proposent sur le secteur un service de douches publiques, et aucune structure ne propose à notre connaissance un service de consignes. Or nous nous sommes assez souvent retrouvés en lien avec des personnes confrontées à des problèmes de logement et ne sachant que faire de leurs affaires. La prise en charge de ce problème vient donc bouleverser les priorités. Elle peut par ailleurs prendre beaucoup de temps et nous amène souvent à inventer des solutions de fortune.

V- LE PROFIL DU PUBLIC

Les données qui suivent concernent donc les 32 personnes constituant notre file active pour cette première année d'activité.

Les pourcentages donnés ci-dessous sont à prendre à titre indicatif car basés sur 32 et non sur 100.

1. Situation sociale

Sexe :

- 8 femmes (25%)
- 24 hommes (75%)

Cette répartition par sexe est proche des normes nationales et l'on peut émettre quelques hypothèses concernant ce pourcentage :

- les femmes seraient moins consommatrices ?
- elles auraient une meilleure gestion de leur consommation ?
- elles auraient une meilleure gestion de la précarité ?

- elles craindraient un éventuel placement d'enfant en faisant appel à des structures ?
- elles seraient plus discrètes ?

Catégories d'âges :

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans (25 personnes, soit 80%).

Les 20-29 ans représentent 3 personnes.

Les 40-49 ans représentent 4 personnes et les contacts avec des moins de 20 ans ont été essentiellement avec des jeunes de quartiers pendant des tournées sur des questions touchant à la consommation de cannabis. Ces personnes ne font pas partie de notre file-active.

Nous supposons que les jeunes qui débutent une consommation n'ont pas ou ne se sentent pas en difficulté d'une part, et que d'autre part, même si pour certains la consommation est problématique, elle reste cachée et culpabilisée.

Lieu de résidence :

26 personnes sur 32 résident sur le nord du département et plus précisément 21 sur le Val-Maubuée. Nous ignorons le lieu de résidence de 4 personnes.

Les personnes n'habitant pas sur le Val Maubuée se situent sur les communes de Bailly-Romainvilliers pour 2 usagers, Collégien pour 2 usagers et Bussy-Saint-Georges pour 1 usager.

Seulement 2 usagers viennent d'autres départements (Paris, Val de Marne).

(90% sont du nord Seine-et-Marne, dont 75% du Val Maubuée)

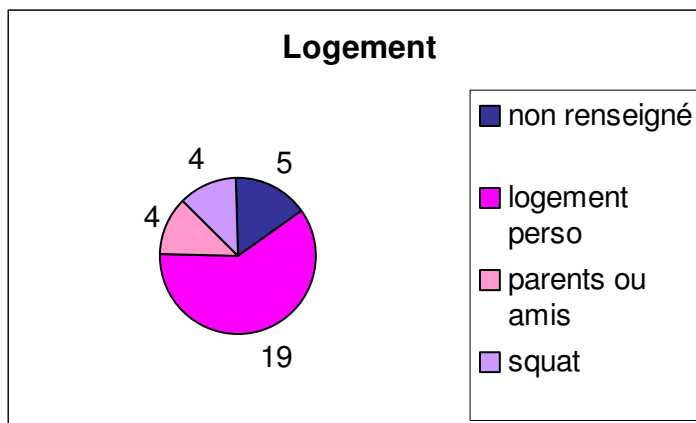
Situation familiale :

Nous ignorons la situation familiale pour 2 personnes, 4 ont une vie de couple sans enfant, 11 ont une vie de famille monoparentale ou en couple avec au moins 1 enfant et 15 sont des personnes isolées.

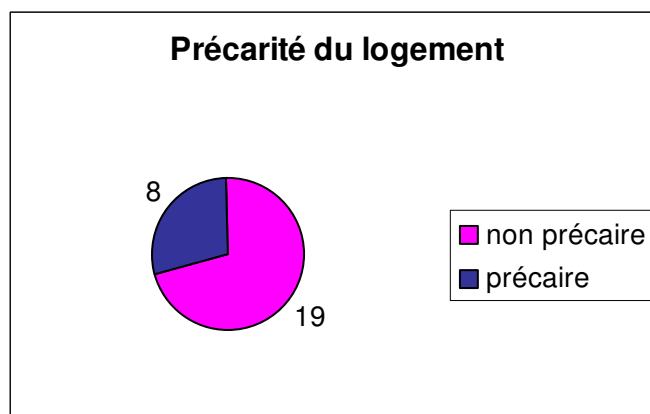
Sur les 32 personnes que nous connaissons, 17 sont pères ou mères, qu'ils vivent ou non avec leurs enfants, totalisant pour leur ensemble **24 enfants**.

Logement :

Nous ignorons la situation de logement pour 5 personnes, 4 vivent chez des parents ou amis, 4 vivent en squat et 19 ont un logement personnel.



Si l'on considère la vie chez des parents ou des amis ainsi que la vie en squat comme une forme de précarité du logement nous obtenons le graphique suivant (les non-renseignés ont été éliminés du graphique) :



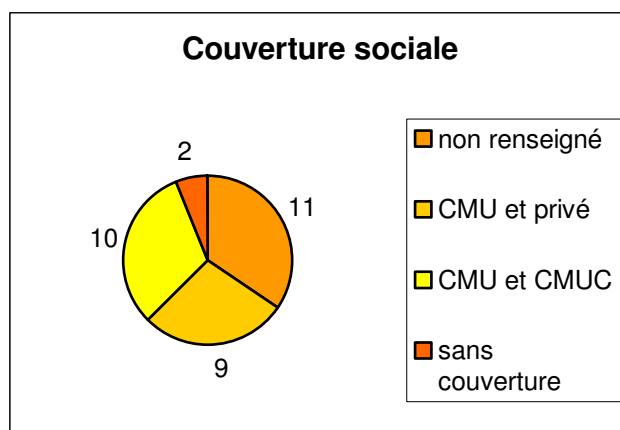
On constate donc que la majorité du public que nous avons rencontré a un toit. En effet, la politique du logement en banlieue est différente de la politique menée dans les grandes zones urbaines. Si la précarité existe bien, elle est moins visible et on observe une certaine solidarité des gens en précarité et logés qui accueillent chez eux des gens sans toit. Les appartements deviennent alors à certains moments des lieux de consommation et de squat. Le graphique ci-dessus n'est donc pas représentatif de la précarité du logement en Seine-et-Marne.

Couverture sociale :

Nous n'avons pas d'information sur la couverture sociale concernant 11 usagers. Sur les 19 qui ont une couverture sociale, nous obtenons la répartition suivante :

- 9 ont la CMU et une couverture complémentaire privée.
- 10 ont la CMU et la CMU complémentaire, n'ayant pas de revenus suffisants pour assumer une mutuelle.

Nous connaissons seulement 2 personnes sans couverture sociale, pour lesquelles nous avons engagé des démarches.



Ressources :

Sur 27 personnes dont les ressources sont connues, 9 ont une situation stable (CDI) et 13 sont en précarité (sans ressources, RMI ou chômage).

La grande précarité reste supérieure à la stabilité et quelques personnes sont en CDD, en intérim ou dans le spectacle.

Nous ne connaissons pas la situation de 5 personnes.

Antécédents judiciaires :

Pour la majorité des gens (21), la question des antécédents judiciaires n'a pas été abordée. Le sujet est abordé lorsque nous sommes sollicités pour un problème de cet ordre.

Pour 11 personnes dont nous connaissons la situation, 9 ont été incarcérées il y a plus d'un an et 2 ne l'ont jamais été. Pour certains, ils sont encore en relation avec la justice (sursis, aménagement de peine...).

Compte tenu de la différence entre la banlieue et les grandes agglomérations en termes de visibilité de la consommation de produits, on a moins le sentiment en banlieue d'une « chasse aux toxicomanes » par les services de police.

2. Situation sanitaire :

Statut sérologique :

	Non renseigné	Positif	Négatif
VIH	21	2	9
VHB	21	0	11
VHC	20	6	6

Le statut sérologique reste une question tabou et par conséquent relativement difficile à aborder avec les usagers.

Nous observons que les personnes se mettent à nous parler de leur statut sérologique à partir du moment où une relation de confiance est établie avec l'équipe et où ils commencent à s'interroger sur la nécessité d'un traitement.

Il est aussi arrivé que nous apprenions le statut sérologique d'une personne au détour d'une conversation. Quoiqu'il en soit, nous attendons que les usagers abordent leur situation personnelle eux-mêmes. Nous remarquons cependant que les personnes parlent plus facilement de leur séropositivité au VHC qu'au VIH.

Nous pouvons également supposer que certains usagers n'ont pas fait de recherche de leur statut sérologique du fait qu'ils n'ont pas de contacts avec les structures de droit commun ou les réseaux spécialisés, cette absence de contact pouvant s'expliquer par le fait qu'ils gèrent leur consommation et que leur usage de produits ne leur pose pas de problèmes. Il faut noter d'autre part que pour un certain nombre d'usagers, même si cette recherche a été effectuée, elle peut être lointaine et donc plus valide. Nous parlons fréquemment du Sida, des hépatites ou de tous les problèmes sanitaires connexes à l'usage de produits ; nous rappelons l'existence des C.D.A.G. et donnons des adresses.

Nous savons que 2 usagers sont positifs au VIH et 6 au VHC. Les personnes séropositives au VIH sont dans un protocole de soin qui se passe relativement bien. Pour les personnes positives au VHC, aucune n'est en traitement mais la question s'amorce pour deux d'entre elles.

Substitution :

Nous connaissons 12 personnes en substitution : 2 sont à la méthadone et parmi les 10 au subutex, 9 sont en traitement et 1 seul est au subutex de rue.

Parmi ces 10 consommateurs de subutex, 6 l'injectent, 3 le prennent en sublingual et 1 le sniffe.

Pour deux d'entre eux, la situation a évolué à la suite de nos rencontres : une personne est passée à la méthadone, une autre, après avoir sniffé son subutex pendant une période, s'est mise à le prendre en sublingual (cf : § l'accompagnement sanitaire p 27).

La substitution à la méthadone reste difficile d'accès en Seine-et-Marne. En effet, il existe actuellement trois centres méthadone sur le département : à Melun, à Provins et à Meaux. Ces centres sont assez éloignés du Val Maubuée, et mal desservis par les transports en commun. Il est plus facile pour un usager de se rendre sur Paris ou sur des départements comme la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne pour entrer dans un processus de substitution à la méthadone.

En ce qui concerne la substitution au subutex, nous avons la chance d'avoir sur le val Maubuée des médecins généralistes sensibilisés à la question, avec lesquels nous travaillons.

3. Les produits de consommation :

Par son histoire liée à l'épidémie de sida, la réduction des risques a privilégié les injecteurs qui, à l'origine, étaient principalement des injecteurs d'héroïne. Aujourd'hui, les injecteurs utilisent fréquemment des médicaments détournés de leur usage et d'une façon générale, les usagers de drogues illicites mêlent drogues licites et illicites. Certains de ces usagers ne consomment plus que des produits légaux, alcool et médicaments et ne se distinguent en rien du public accueilli dans les équipements généralistes, en particulier ceux qui reçoivent un public précaire. La distinction des publics n'est pas toujours pertinente et le sera sans doute de moins en moins.

Fréquence et mode de consommation :

Note :

N-R = Non –Renseigné

Les modes de consommation ne sont indiqués que lorsqu'ils sont connus.

La fréquence et les modes de consommation correspondent à des informations données par les personnes.

Fréquence de consommation

	Souvent	Parfois	Jamais	N-R
Héroïne	1	3	3	25
Cocaïne		5	3	24
Crack		1	5	26

Modes de consommation

Sniffé	Fumé	Injecté
	1	3
4		
	1	1

	Souvent	Parfois	Jamais	N-R
Subutex	10		5	17
Méthadone	2		9	21
Rohypnol	4		3	25
Lexomil	1		3	28
Tranxène	4		3	25
Valium	1		3	28
Néocodion	1		2	29
Stilnox		2	3	27
Ectasy		6	1	25
Kétamine		2	1	29
LSD		4	1	27
Speed		2	2	28

Sniffé	Avalé	Injecté	Sublinguale
1		6	3
	3	1	
	1		

	Souvent	Parfois	Jamais	N-R
Cannabis	26		1	5
Alcool	19	3	2	8
Tabac	31		1	

Les produits les plus massivement consommés sont le tabac, le cannabis et l'alcool. Sur les 32 personnes rencontrées, une seulement ne consomme pas de tabac mais consomme ponctuellement du cannabis.

Le cannabis est consommé régulièrement par 26 d'entre eux pour seulement une personne qui déclare ne jamais en consommer.

L'alcool est consommé pour plus de la moitié des personnes quotidiennement. Seulement deux personnes déclarent ne jamais boire. La consommation d'alcool, qu'elle soit excessive ou de l'ordre de la dépendance, est massive et problématique tant pour les usagers que pour les riverains. Elle est problématique aussi pour nous. En effet, quelles réponses apporter? Les dispositifs existants ne sont pas toujours adaptés à un public en précarité, pour lequel un long travail de levée du déni est à faire. Nous avons été amenés,

face à l'importance du phénomène et des demandes d'aide, à ré-interroger notre pratique. (participation à des colloques, rencontre de partenaires, groupes de travail interne...)

Le subutex, après le tabac, le cannabis et l'alcool, est le produit le plus consommé par les usagers rencontrés. Pour certains ils y associent de l'alcool, des médicaments et ponctuellement de la cocaïne ou de l'ecstasy. Une fois de plus on constate que le subutex est pris par voie intraveineuse. Ce mode de consommation entraîne une dégradation assez rapide du tissu veineux. Nous pensons qu'il serait intéressant de réfléchir à une substitution injectable pour les usagers qui ont du mal à se passer de la seringue.

L'héroïne semble peu présente sur le Val-Maubuée. Si plus de la moitié des usagers que nous connaissons sont d'anciens héroïnomanes, beaucoup ont substitué l'alcool à l'héroïne et ne semble plus en prendre, même occasionnellement. En revanche, les « petites fêtes » se font à l'ecstasy et à la cocaïne. Le seul usager pour qui l'héroïne reste le produit d'élection se fournit sur Paris et gère sa consommation.

Globalement, la majorité des usagers rencontrés sont des poly-consommateurs de produits légaux (subutex, médicaments, alcool) et illégaux. Le cannabis reste le produit illégal le plus consommé : 26 usagers sur 32 le consomment.

4. Exemples de parcours

Nous avons évoqué dans cette partie l'évolution positive du mode de consommation de deux personnes. Nous allons illustrer ici ces parcours :

Nous avons rencontré O. en Mars 2001. Il injectait son subutex deux fois par jour avec des seringues qui n'étaient pas à usage unique. Nous avons dans un premier temps fourni à O. du matériel stérile et avons peu à peu engagé avec lui des discussions autour de l'injection du subutex et de ses conséquences sur la santé. Au détour de ces discussions, il nous a semblé que O. n'entretenait pas un lien complexe à l'injection. Celle-ci était réalisée par sa femme qui lui administrait son « médicament », impossible à prendre sous la langue compte tenu du dégoût qu'il lui provoquait. Nous avons commencé à évoquer un passage à la méthadone mais O. travaillait, n'était pas véhiculé et se voyait dans l'impossibilité de se rendre chaque jour dans un centre méthadone. Rappelons que l'accès à la méthadone sur le Val-Maubuée reste compliqué. Après quelques recherches, nous avons

convenu d'un accord avec Médecins du Monde à Paris, où nous avons accompagné O. pour une primo prescription relayée directement par son médecin de ville. Les médecins sont restés en contact jusqu'à la stabilisation du dosage de O., qui s'est trouvé rapidement très satisfait par cette nouvelle substitution.

L'histoire de E. illustrera davantage la mise en place d'une hiérarchie dans la réduction des risques. Nous avons rencontré E. durant l'été 2001. Elle allait très mal, injectait subutex et Rohypnol. Nous lui donnions du matériel stérile mais elle était peu réceptive aux messages de prévention. Peu à peu, sa situation sociale s'améliorant, un dialogue a pu s'amorcer. Cependant, E. ne semblait pas prête à prendre son subutex en sublinguale. Elle nous a parlé du sniff : nous l'y avons encouragé, dans une dynamique du moindre risque. Nous sommes restés en contact et l'avons soutenue dans ses démarches sociales. Aujourd'hui, E. va mieux, prend son subutex par voie orale et manifeste le désir de se sevrer.

VI- COMMUNICATION, INFORMATION ET SENSIBILISATION, PARTENARIAT: *Emergences comme outil de modification des représentations sociales liées à l'usage de produits...*

1. Les outils de communication d'Emergences

a. Le Logo

Nous avons tout d'abord fait appel à un artiste peintre pour élaborer le logo de l'association. Nous souhaitions plutôt quelque chose de figuratif, reflétant l'esprit de l'association et facilement identifiable. Une première rencontre avec la personne contactée eut lieu à la mi-janvier afin de lui expliquer l'activité et les valeurs de l'association.

b. Les plaquettes

Nous avons pu ainsi compléter la plaquette de présentation d'Emergences et élaborer des cartes de visite, qui sont souvent préférées, chez les usagers, aux plaquettes. Ces deux documents sont diffusés assez largement : des exemplaires sont distribués ou laissés dans les structures à chaque déplacement de l'équipe, d'autres sont diffusés dans les locaux même de l'association.

c. Les répertoires spécialisés et la presse locale

Un travail a été commencé par ailleurs afin d'inscrire l'association et son activité dans les différents répertoires existants, notamment dans le Guide Info Jeunes édité et diffusé par le Syndicat d'Agglomération Nouvelle du Val Maubuée(SAN) et le Catalogue du Réseau spécifique aux substances psychoactives en Ile-de-France édité par le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS).

Ce travail de communication s'est encore traduit par quelques communications à la presse et à la télévision locale. Un article de présentation de l'association a ainsi été édité dans le Parisien – Seine-et-Marne le 17 octobre. De même, une intervention de l'équipe expliquant l'activité et les objectifs de l'association a été diffusée le 12 novembre sur la chaîne locale, Canal Coquelicot. Un texte de présentation de l'association et de son activité a été proposé par la suite à la même chaîne dans le but d'une diffusion en infographie.

2. Information – sensibilisation

a. Les outils

Dans le cadre de ses activités d'information et de prévention des risques liés à l'usage de drogues, l'association Emergences veille à se pourvoir auprès du CRIPS¹, de la MILDT² du CFES³, d'associations et structures tant locales que nationales, de plaquettes d'information et de revues sur les structures existantes, les produits, les différents modes de consommation, les risques qui y sont liés, etc.

Ces documents sont ensuite diffusés lors des tournées effectuées par l'équipe de rue, ou encore lors des différentes rencontres, sensibilisations et interventions de l'association, tant auprès des usagers, des partenaires professionnels ou bénévoles, que de toute personne en demande d'information.

Outre ces plaquettes et revues, sont aussi disponibles et visibles à l'association des affiches et des documents vidéos.

¹ CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida.

² MILDT : Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

³ CFES : Comité Français d'Education pour la Santé.

b. Interventions de l'association

Enfin, toujours dans un souci de communication, mais aussi de sensibilisation autour des questions de réduction des risques, l'association a été amenée à intervenir dans diverses réunions ou groupes de travail.

On peut citer :

- le groupe de travail du SAN du Val Maubuée « Prévention / Santé / Jeunes »,
- la soirée de formation organisée par le Réseau Ville-Hôpital de Lagny Marne-la-Vallée sur le thème suivant : « Toxicomanie : Les produits en usage »
- l'intervention, sur demande de la Direction Départementale de l'Action Sociale et Sanitaire, au commissariat de police de Moissy-Cramayel.

On peut encore signaler la demande d'intervention auprès du service jeunesse de la mairie de Lognes. Outre une présentation de l'association et de son action, l'intervention – qui s'est déroulée en janvier - a essentiellement porté sur l'usage du cannabis. Une seconde intervention était prévue mais n'a finalement pas eu lieu.

Nous avons cependant été recontactés par la suite pour suivre, en partenariat avec ce service, des jeunes qui souhaitaient monter une vidéo de prévention sur la toxicomanie. Une première rencontre avec les jeunes en question a eu lieu en janvier. Le projet n'a cependant pas pu aboutir, les jeunes se trouvant assez pris par leurs études et l'investissement nécessaire à la réalisation de leur projet s'étant peut-être révélé trop important. Peut-être aurait-il fallu dans un premier temps les orienter vers la réalisation d'un projet un peu moins ambitieux.

Cependant, au-delà de ces interventions ponctuelles, le souci de communication et de sensibilisation est en fait omniprésent. Il se traduit par le discours tenu au quotidien par les membres de l'équipe ou du conseil d'administration en direction des usagers, des professionnels et des bénévoles des structures et associations partenaires, en direction de toute personne rencontrée dans le cadre de notre action, aussi bien dans les rencontres formelles que les rencontres informelles.

3. Le partenariat

a- le travail de reconnaissance : questionnaire pharmaciens et questionnaires de contact.

Pour commencer un travail de partenariat et afin de nous faire connaître des différentes structures et des réseaux spécialisés existants sur le secteur, mais aussi des usagers eux-mêmes et des habitants, nous avons élaboré en 2000 différents questionnaires :

- un questionnaire en direction des pharmaciens du Val-Maubuée, questionnaire donnant suite à un premier questionnaire élaboré en 1998, dont la synthèse fut effectué à la fin de l'année 2000 ;
- trois questionnaires de contact, l'un en direction des professionnels du secteur sanitaire et social, le second en direction des usagers, le troisième en direction des habitants du Val-Maubuée.

Dans le cadre de l'élaboration du questionnaire en direction des pharmaciens et dans un souci de rigueur, l'association a rencontré Madame LAPORTE, présidente de l'Ordre des Pharmaciens afin d'obtenir, outre un regard critique sur ce travail, son soutien pour cette action et la validation de ce questionnaire.

Le questionnaire en direction des pharmaciens a été distribué dans les pharmacies, en même temps que la synthèse du questionnaire 1998, au cours du premier trimestre 2001. Nous avons rencontré quelques difficultés ensuite à le récupérer rempli. Il a fallu passer plusieurs fois dans certaines officines et certains pharmaciens ont refusé explicitement d'y répondre.

La synthèse que nous avons obtenue avec les données recueillies est donc à lire avec beaucoup de précautions. Nous supposons en effet, au vue des données obtenues à partir du questionnaire 1998, que ce sont les officines qui sur le secteur rencontrent le plus d'usagers qui n'ont pas souhaité répondre. Nous pensons par conséquent que les résultats obtenus à partir du questionnaire 2000 ne sont pas vraiment représentatifs des ventes réelles de matériel stérile, de médicaments ou substitution sur le secteur ; ni sans doute de la position des pharmaciens par rapport à la politique de réduction des risques et des représentations qu'ils se font des usagers de drogues.

Pour les mêmes raisons, ces résultats ne sont que très peu comparables à ceux obtenus à partir du questionnaire 1998.

Ces questionnaires ont du moins présenté l'avantage de créer l'occasion d'une rencontre avec chacun des pharmaciens du Val Maubuée et de présenter l'association, son action et l'équipe.

Comme leur nom l'indique, les questionnaires de contact avaient moins pour but de recueillir des données que de faire connaître l'association et son activité sur le secteur. Ces questionnaires ont été déposés dans différentes structures et associations, tels le CDAG, l'Unité d'Action Sociale, l'hôpital de Lagny, ou encore chez les médecins du secteur. Nous n'avons eu que peu de retour de ces questionnaires. Les données se sont donc avérées réellement insuffisantes pour donner lieu à de quelconques statistiques et analyses.

Nous ne pouvons non plus vraiment évaluer l'impact, même au niveau de la simple information, de ces questionnaires. Cependant, de même que le questionnaire en direction des pharmaciens, ils nous ont permis de nous présenter à un certain nombre de professionnels, en particulier à certains médecins de ville, à des professionnels associatifs... Nous pouvons penser d'autre part que certains usagers, voire d'autres professionnels que ceux que nous avons rencontrés directement, ont pu avoir connaissance de l'existence de l'association par l'intermédiaire de ces documents.

b. Rencontres et actions ponctuelles

Suite à ces premiers contacts occasionnés par la distribution des questionnaires, le travail de rencontre, de présentation de notre action s'est effectué tout au long de l'année.

Nous avons ainsi rencontré :

En janvier :

- le Réseau Ville Hôpital de Lagny (l'AVIH).
- le SAJED
- l'association Migrations santé

En février :

- l'équipe du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- les animateurs du service jeunesse de la mairie Lognes

En mars :

- le Secours Populaire
- le Centre d'Hébergement d'Urgence de la Croix-Rouge de Brou-sur-Chantereine

En mai :

- le médecin de l'antenne médicale du Val d'Europe (antenne de l'hôpital de Lagny)

En juin :

- les professionnels de l'Unité d'Action Sociale de Noisiel
- le Secours Catholique
- le directeur de l'association Aides - Torcy
- l'association Travail-Entraide
- l'équipe des Urgences de l'hôpital de Lagny

Un certain nombre d'actions ponctuelles a pu être mené avec certains de ces partenaires.

L'association a ainsi participé, en avril, à une tournée de nuit dans le bus de la Croix Rouge. Cela a permis de faire connaître l'équipe à un public en grande précarité. Certaines personnes comptées aujourd'hui dans notre file active ont été rencontrées une première fois lors de cette tournée.

L'association a aussi été invitée par la Croix Rouge, en mars, à tenir un stand de prévention dans le cadre d'une soirée organisée autour d'un concert gratuit. Cette manifestation nous a permis de rencontrer d'autres professionnels du secteur, dont la coordinatrice du SAMU Social, la coordinatrice du secteur Prévention de l'Alcoolisme dans les CHRS du secteur 77, ainsi que quelques élus, dont le maire de Chelles.

Il faut noter encore le travail de partenariat mis en place avec l'équipe de réduction des risques du Réseau Ville Hôpital de Melun. En effet, par l'intermédiaire des supervisions, mais aussi compte tenu de la participation de Pierre CHAMBOREDON au groupe Drogues et Usages de Turbulences à l'origine d'Emergences, puis de son soutien lors de la création d'Emergences, une réelle habitude de travail et de réflexion en commun s'est installée.

4. Manifestations autour du 1^{er} décembre.

Par ailleurs, des actions réunissant plusieurs professionnels du secteur ont été prévues autour de la Journée mondiale de Lutte contre le Sida, à l'initiative du Service Santé Jeunes et Adultes de l'Unité d'Action Sociale de Noisiel.

Plutôt qu'une action se déroulant le 1^{er} décembre même, le Service Santé Jeunes et Adultes de l'Unité d'Action Sociale de Noisiel a souhaité organiser une action d'Information et de

Prévention s'inscrivant sur quatre demi-journées : les mercredis après-midi 5 et 12 décembre et les vendredis après-midi 7 et 14 décembre sur la Place Gaston Deferre où se tient le marché de Noisiel.

Quatre réunions ont précédé ces journées d'action, réunions visant notamment à la rédaction commune d'un Quiz concernant le sida et les hépatites.

Ce Quiz a servi de support à la diffusion d'informations et de base à des discussions éventuelles. L'action s'organisait autour d'un stand mettant à la disposition du public des préservatifs féminins et masculins, des plaquettes d'informations, des informations sur le Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit de Lognes, et d'une équipe sillonnant le marché pour aller à la rencontre des personnes. Les personnes avaient d'autre part la possibilité d'accéder à un dépistage anonyme et gratuit du sida et des hépatites, dans un laboratoire d'analyses médicales proche de la place Gaston Deferre.

Ces journées ont été très positives, riches en échanges tant au niveau du public qu'au niveau partenarial. Nous sommes entrés en contact avec 150 personnes sur le stand, 700 quiz ont été distribués, 37 dépistages ont été effectués, 37 questionnaires anonymes ont été remplis, 800 préservatifs ont été distribués. Le quiz est un excellent outil pour aborder les risques sexuels et reprendre les informations erronées.

VII- DOCUMENTATION, FORMATIONS, GROUPES DE TRAVAIL.

1. L'activité documentaire

a. La veille documentaire

L'activité documentaire consiste tout d'abord en une activité de veille documentaire, qui se traduit par la réalisation d'une revue de presse (incluant la lecture de la presse locale), l'exploration de sites Internet pouvant apporter des informations en relation avec l'activité et les préoccupations de l'association et la diffusion d'informations concernant les formations, colloques et autres rencontres autour de la réduction des risques et des problématiques connexes.

La revue de presse de l'association est réalisée à partir de la revue de presse de la MILDT, de la presse nationale, de la presse locale et de la presse spécialisée. Outre les problématiques en lien direct avec l'action de l'association, nous recherchons des

informations sur les problématiques associatives, de santé communautaire, etc. Cette revue de presse, comme l'ensemble du projet documentaire, vise à fournir les informations nécessaires à la réflexion de l'équipe, des administrateurs, des membres de l'association, mais peut-être aussi à terme, des usagers et des partenaires avec lesquels l'association est amenée à travailler.

Cette activité documentaire se traduit aussi par des recherches ponctuelles à partir de demandes précises formulées par l'un des administrateurs ou des salariés, par exemple en groupes de suivis, suite à des discussions initiées par notre pratique professionnelle, ou encore lors de groupes de travail thématiques.

Parallèlement à ces recherches ponctuelles, est encore en projet la constitution de dossiers thématiques visant à étoffer et à conserver une trace de ces dernières.

b. Le fonds documentaire

L'agent d'accueil et de développement a par ailleurs pour mission de mettre en place, en partenariat avec l'association Turbulences, un projet documentation. Outre l'objectif évoqué plus haut, ce projet vise d'autre part, à terme, à ce que l'association soit repérée comme un pôle ressource, ou du moins, un pôle relais vers d'autres pôles ressources.

En effet, et de même que pour les autres activités développées par l'association, il ne s'agit pas de mettre en place une activité redondante à celle de certaines structures existantes telles le Centre de Documentation et d'Information du SAN ou la Bibliothèque Publique du Val Maubuée, ou futures telles que le Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances (C.I.R.D.D) en passe de s'installer sur le département.

Il s'agit plutôt de constituer un fonds documentaire de base comprenant les ouvrages et revues nécessaires dans le travail quotidien et les réflexions menées au sein de l'association, de recenser et d'informer sur les ressources au sein des structures locales existantes et enfin, de développer une activité complémentaire à ces ressources.

Si les bases de ce projet ont été posées en 2001, un important travail reste à effectuer en ce sens, tant du point de vue de la mise en place du projet dans sa structure même, que dans la constitution du fonds. Nous pouvons cependant signaler d'ores et déjà l'abonnement de l'association à des revues spécialisée telles que ASUD, ACTION (la lettre mensuelle d'ACT'UP), Alter EGO (le journal de l'association Espoir Goutte d'Or à Paris), Remaides

(le journal de l'association AIDES), TOXIBASE, SWAPS... D'autres revues sont accessibles à l'association Emergences par le biais d'abonnements souscrits par l'association Turbulences, telles les Actualités Sociales Hebdomadaires.

Conformément à un partenariat défini entre elles, les deux associations partagent leurs fonds réciproques ; fonds dont l'exploitation s'effectue en commun et, dans les mois à venir, à partir d'une même base de renseignements.

Quelques ouvrages de base ont d'autre part été acquis par l'association lors d'une visite au Centre de Documentation et à la Librairie DIDRO à Paris.

Ce « début de fonds » a pu enfin être étoffé grâce à un don effectué par l'intermédiaire de Mohammed TOUSSIRT, de l'Institut de Recherche Epidémiologique en Pharmacodépendance (IREP) qui s'est malheureusement vu dans l'obligation de fermer ses portes à la fin de l'année 2001.

C. Le projet de constitution d'un CIRDD en Seine-et-Marne

Dans le cadre de cette activité documentaire et en lien avec ce souhait d'être repéré comme pôle ressource, l'association a pris part à l'élaboration d'un projet de constitution d'un CIRDD sur le département. Nous avons en effet appris début octobre par la DDASS la conclusion du comité de pilotage départemental de lutte contre la drogue et les dépendances quant à la nécessité de créer un tel centre en Seine-et-Marne. Compte tenu du contexte départemental, le comité de pilotage préconisait pour ce projet la fédération des associations oeuvrant dans la lutte contre les conduites addictives. Outre l'aspect documentaire, nous étions particulièrement intéressés par cette idée de fédération d'associations. Nous avons donc décidé de rejoindre le groupe de travail initié par la DDASS et la Mission Ville.

Toujours dans ce sens, et pour tenter de nous faire une idée plus concrète de ce que pouvait être un tel centre, nous avons entrepris de nous documenter sur les CIRDD déjà existants et avons rencontré – fin octobre - la directrice du CIRDD de Seine-Saint-Denis.

Enfin, afin de mieux comprendre le contexte départemental dans lequel devra s'inscrire ce centre, deux personnes de l'association ont assisté début décembre à une réunion du Comité de Pilotage Départemental de Lutte contre la Drogue et les Dépendances.

2. Les groupes de travail

a. Groupes de travail externes

Outre les réunions autour du projet de constitution d'un CIRDD, l'association Emergences a eu l'occasion, tout au long de l'année, de participer à plusieurs groupes de travail.

Nous pouvons citer:

- Au niveau du Val Maubuée

- Le groupe de travail « Prévention/ Santé/ Jeunes », organisé par la Mission Jeunes/ Prévention du Département Culture, Sport et jeunesse du Syndicat d'Agglomération Nouvelle.

- Le groupe de travail en vue des actions « Information et prévention du sida et des hépatites », organisé par le Service Santé Jeunes et Adultes de l'Unité d'Action Sociale de Noisiel.

(Cf. plus haut, le § Manifestations autour du 1^{er} décembre p 45)

- Au niveau départemental

- Le groupe « Jeunes », dans le cadre d'un programme de travail sur la Stratégie de Prévention du VIH, organisé par le service des « Actions de santé publique » de la DDASS de Seine-et-Marne.

- Au niveau régional

- Le groupe de travail « Analyse des besoins » du Comité Plénier Addiction, groupe qui s'inscrit dans le cadre du programme régional de santé Ile-de-France 2002-2006 (PRS Addictions).

Les réunions sont organisées par la DDASS du Val-de-Marne et se tiennent à l'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France.

- Au niveau national

- L'association Emergences a eu d'autre part l'occasion de participer, en juin, à deux réunions de travail organisées par l'Association Française de Réduction des Risques (AFR)

en direction des équipes d'Ile-de-France, autour du Cahier des Charges des programmes de première ligne et de bas seuil.

A partir d'un rapport intermédiaire, qui devait servir de base de discussion, l'objet de ces réunions était de « définir les missions des services de première ligne (en particulier PES fixes ou mobiles, boutiques et Sleep-in, équipes de rue) afin de servir de cadre dans les négociations avec les partenaires et les tutelles. »

Outre l'importance que représente la définition de ces missions, ces réunions ont vu émerger une véritable réflexion sur la réduction des risques, ses fondements, les professions et les questions de professionnalisation liées à ce type d'action.

Le cahier des charges des programmes de première ligne et de bas seuil a représenté ensuite un outil de travail important au sein de l'association.

Ces différents groupes de travail nous ont permis de faire connaître l'association et son action sur le secteur et, réciproquement, de faire connaissance avec nos partenaires. Ceci nous a donné la possibilité de nous inscrire dans certaines actions se développant ou amenées à ce développer sur notre région. De manière plus général, ces réunions ont ouvert la possibilité d'une réflexion commune sur le discours et les actions de prévention des professionnels du secteur sanitaire et social de Seine-et-Marne.

Ces réunions nous ont par ailleurs apporté un certain nombre d'éléments venus nourrir notre réflexion interne, aussi bien sur le plan pratique que théorique.

b. Groupes de travail internes

- Réunion de travail sur le fonctionnement interne.

Nous avons dû, avant l'été, consacrer un temps de travail pour développer une réflexion amorcée en groupe de suivi sur notre fonctionnement interne, notre pratique, et en particulier sur le fonctionnement du groupe de suivi lui-même. Au bout de quelques mois en effet, nous avons ressenti le besoin d'un ajustement concernant le fonctionnement du groupe de suivi, notamment du fait que les séances de bureau des administrateurs se mêlaient aux séances du groupe de suivi à proprement dit. D'un commun accord, il a été décidé que les ajustements et les discussions du bureau ne devaient pas avoir lieu pendant ce temps de travail avec l'équipe, ce qui permettait une meilleure cohérence dans le développement du groupe de suivi.

- Groupes de travail sur le projet d'hébergement d'urgence

Conformément à son projet initial, et motivée encore par un certain nombre de faits constatés sur le terrain via la pratique de l'équipe professionnelle, l'association Emergences a repris sa réflexion, au cours de l'année 2001, sur un projet d'hébergement d'urgence, plus précisément un projet d'hébergement d'urgence dans les cas de situation de crise.

Par sa pratique en effet, l'équipe de rue a pu repérer sur le terrain des besoins actuellement non satisfaits, en particulier en matière d'hébergement ; des besoins cependant qui ne se limitent pas aux usagers de drogues, mais s'étendent au contraire à d'autres publics tels que les femmes victimes de violence, les familles ou individus en grande précarité, les jeunes, les personnes d'origine étrangère. Ce repérage vient corroborer le diagnostic effectué en préalable du Contrat de Ville, qui fait apparaître des besoins en terme d'offre de structures d'accueil d'urgence.

Ce projet a donc pour but d'offrir une réponse associative, technique et institutionnelle dans les domaines de la cohésion sociale, de la lutte contre les exclusions, de l'accès aux droits et plus particulièrement au besoin d'hébergement d'urgence.

Outre un important travail bénévole effectué par les administrateurs sur ce projet, des réunions de travail (deux réunions fin 2001) ont été organisées avec l'équipe et certaines personnes intéressées afin d'élaborer une réflexion commune sur le fonctionnement et les implications de la mise en place d'une telle structure pour l'association.

Il s'agissait dans un premier temps de s'interroger sur le fonctionnement spécifique impliqué par la philosophie communautaire et sur la possibilité d'extension de ce fonctionnement à une équipe et une structure plus importantes. En effet, si ce système de groupe de suivi peut paraître plus lourd avec un nombre plus important de salariés, comment traduire alors dans le fonctionnement cette philosophie communautaire qui soutient notre action ? Comment ménager concrètement la possibilité d'expression de chacun ? Il a été décidé cependant que l'équipe de réduction des risques conserverait parallèlement ce fonctionnement spécifique. Celui-ci représente en effet un certain nombre d'avantages et nous a permis globalement une approche intéressante des problématiques dans lesquelles s'inscrivent son action. (Cf. § sur le groupe de suivi, p 14 et § sur la construction communautaire, p 17).

Toujours en lien avec cette philosophie communautaire, il nous fallait d'autre part réfléchir à la manière d'intégrer les usagers au fonctionnement de la structure, au moyen d'en faire des partenaires, non seulement dans les démarches les concernant, mais de manière plus générale, pour ceux qui le souhaitent, dans le développement même de l'action de l'association. Si le groupe de suivi nous paraît un bon moyen, en ce qui concerne l'activité de réduction des risques, pour intégrer ainsi les usagers, comment y parvenir au sein de l'activité d'hébergement et de logement d'urgence ?

Un important travail de réflexion s'est aussi effectué concernant les modalités de l'action mise en place au sein du centre. Notre souhait en effet est de ne pas simplement proposer un hébergement, mais d'offrir une réelle qualité d'accueil, d'écoute et les moyens d'un accompagnement social.

La première phase a été un travail d'écriture, à partir d'un projet initial d'Emergences, d'un avant-projet d'hébergement et de logement d'urgence, puis d'élaboration d'un budget prévisionnel.

Après une première rencontre et présentation de cet avant-projet à la directrice du contrat de ville, le projet a ensuite été présenté au comité technique du contrat de ville du Val Maubuée le 28 septembre 2001. Une rencontre était ensuite prévue avec la DDASS en janvier 2002.

- Groupe de travail sur l' « élargissement de la réduction des risques ».

Nous avons par ailleurs en projet d'organiser un groupe de travail sur ce que nous avons appelé dans un premier temps « l'élargissement de la réduction des risques ». Notre action est en effet financée sur une ligne budgétaire « Lutte contre le sida », visant par conséquent plus particulièrement l'usage de drogues par voies intraveineuses.

Or, confrontés sur le terrain à un certain nombre de problématiques dépassant la simple prévention des risques infectieux liés à l'injection, mais s'inscrivant par ailleurs tout à fait dans les problématiques d'usages de drogues et d'addiction, nous avons assez vite ressentis le besoin de réfléchir à notre pratique et aux perspectives de l'association. On peut citer particulièrement les problématiques de poly-consommation de produits ou encore liées à la consommation d'alcool (les deux n'étant d'ailleurs pas exclusives).

Ce groupe ne fera en fait que continuer et approfondir une réflexion déjà présente en groupe de suivi et déclenchée par l'expérience de terrain de l'équipe ainsi que par les

différentes formations et groupes de travail externes. Nous pensons mettre en place ce groupe dès le premier trimestre 2002. (Cf. notamment plus bas le passage sur les Assises Régionales Alcool-Addiction, p 57 (dans le § sur les apports des formations suivies, P 53)).

Il faut préciser ici que toutes ces réunions de travail internes se sont tenues en soirées, après la journée de travail des salariés, n'entamant donc en rien leur temps de présence sur le terrain.

3. Formations et colloques

a. Les formations suivies

Tout au long de l'année, l'équipe a pu suivre différentes formations et assister à différents colloques ou assises. La plupart du temps, les trois salariés se sont rendus à ces manifestations, parfois même accompagnés d'un ou plusieurs administrateurs. Tous les acteurs de l'association tentent en effet de perpétuer ce souci d'information, cette recherche de formation qui était présent au sein du groupe de travail dont est issu le projet Emergences. Ces formations et colloques sont par ailleurs le lieu de rencontre d'autres professionnels, et notamment de partenaires éventuels sur notre secteur.

Formations et journées de travail :

- **Formation « Réduction des Risques – Eléments pratiques »**

Les 11, 18 et 25 janvier 2001, à Bagnaux.

Formation organisée par FIRST (Formation Intervention Recherche Sida et Toxicomanie) et l'association Liberté.

- **Journée de travail : « Passer d'un fait divers à la réflexion sur l'éthique et la loi ».**

Le 2 mars à l'I.U.T. de Sarcelles.

Formation organisée par l'Association Française de Réduction des risques.

- **Journée débat : « Réduction des risques et structures à bas seuil d'accès avec salles d'injection à moindre risque ».**

Le 30 octobre 2001, à Mulhouse.

Journée organisée par l'Association d'auto support LUDIC (Libres, Usagers de Drogues Informés et Citoyens), avec le soutien notamment de la Boutique Bémol, de l'association Argile.

- **Forum Européen : « Un autre regard sur les drogues ».**

Les 14 et 15 décembre, à Paris.

Journées organisées avec la participation de ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues) et clôturées par Madame MAESTRACCI et le Professeur HENRION.

- **Après-midi d'information sur le Contrat de Ville**

Par ailleurs, en recherche d'informations sur le Contrat de Ville, l'association avait demandé à une personne compétente une séance de formation sur le fonctionnement et l'organisation de ce Contrat sur le Val Maubuée. Nous souhaitons en effet connaître et comprendre le fonctionnement de ce dispositif afin de savoir comment y situer l'action de notre association et les éventuelles actions futures (en particulier l'action d'un Centre d'Hébergement d'Urgence). Un après-midi a donc été consacré en mai à une information sur ce sujet.

Colloques et Assises :

- **Colloque scientifique : « Toxicomanie et devenir de l'humanité »**

Le 26 janvier 2001.

Journée organisée par le Centre Médical Marmottan, à l'occasion du XXXe anniversaire du centre médical.

- **Assises départementales en alcoologie de Seine-et-Marne**

Le 7 juin 2001.

Journée organisée par le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme de Seine-et-Marne.

- **Assises régionales Alcool-Addiction**

Le 10 décembre 2001.

Journée organisée par la Cramif¹, l'ANPA², le Centre Régional de Prévention de l'Alcoolisme et par la DRASS³ Ile-de-France, dans le cadre du Programme Régional de Santé.

Cette journée était notamment l'occasion pour le Programme Régional de Santé de communiquer le passage d'un Programme Régional Alcool à un Programme Régional Addictions.

¹ Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

² Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme

³ Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale

b. Les apports de ces formations

Certaines de ces journées ont été particulièrement enrichissantes et ont même pu susciter un certain nombre de réflexions et d'actions au sein de l'association, et notamment apporter de la matière pour nos groupes de travail (Cf. plus haut, § sur les groupes de travail internes, p 50).

- La formation « Réduction des Risques – Eléments pratiques »

Ces trois journées de formation furent particulièrement intenses et stimulantes – d'autant plus que, notre action de terrain venant de commencer, nous étions avides d'actualiser nos connaissances, de glaner quelques repères.

L'intérêt de cette formation, pendant laquelle nous avons pu bénéficier d'une approche pluridisciplinaire de la réduction des risques, fut autant théorique que pratique. Par ailleurs, son déroulement sur des journées entières, en direction d'un groupe restreint, permettait une certaine interactivité et favorisait la convivialité et la rencontre avec d'autres structures.

- La journée de travail : « Passer d'un fait divers à la réflexion sur l'éthique et la loi ».

Cette journée de travail fut organisée par l'Association Française pour la Réduction des risques (A.F.R.) et le C.S.S.T. (Centre de soin spécialisé aux toxicomanes) Rivage, suite à la saisie en juillet 2000, par un juge d'instruction, des pièces contenues dans les dossiers médicaux des patients suivis par le C.S.S.T., dans le cadre d'une enquête concernant une personne soupçonnée de trafic de stupéfiants.

L'objet de cette journée fut d'élaborer une réflexion éthique sur les problématiques de la justice et des politiques de soins et de réduction des risques, et en particulier sur la question de l'anonymat du soin.

- La journée débat : « Réduction des risques et structures à bas seuil d'accès avec salles d'injection à moindre risque ».

Cette journée a permis de reposer les bases des questionnements au sujet des salles d'injection et de relancer le débat sur les perspectives d'Emergences.

Nous avons pu entendre au cours de cette journée le récit d'expériences faites en Suisse et en Allemagne, pays pionniers en la matière. De manière générale, le bilan des salles

d'injection semble assez positif. Reste à réfléchir sur la possibilité d'implantation et d'adaptation d'un tel dispositif en France.

Une des questions essentielles posées au cours de cette journée fut la suivante : doit-on simplement reconnaître un droit à l'injection ou doit-on aller plus loin et créer un dispositif prévoyant l'ouverture de salles d'injection ?

Quoiqu'il en soit, l'injection est un fait et, nécessairement, des lieux d'injection sauvages existent (cf. les squats, les appartements...). Faut-il les reconnaître et leur donner les moyens d'exister dans des conditions optimales ou créer des salles d'injection subventionnées par l'Etat et encadrées par des professionnels des champs médical et social ?

Dans toutes les expériences rapportées durant cette journée, les salles d'injection sont le support d'un programme d'héroïne médicalisée. Une autre question surgit alors : peut-on concevoir une salle d'injection sans programme d'héroïne médicalisée ou de nouvelles substitutions ? Autrement dit, peut-on concevoir dans un tel dispositif la possibilité d'injection de tous produits, c'est-à-dire aussi des produits issus du trafic et par conséquent non contrôlables en terme de qualité ? Il semblerait même, compte tenu de l'évolution des pratiques et des produits, qu'on ne puisse plus uniquement parler de salles d'injection, mais de salles de consommation. Cependant, quel serait alors l'intérêt d'un tel dispositif ? Quoiqu'il en soit, la question reste sérieusement d'actualité et à réfléchir compte tenu notamment de l'importance de l'injection du subutex et de ses conséquences sanitaires.

Il fallait aussi s'interroger sur la signification, sur le plan social et politique, de la mise en place de salles d'injection ou de consommation. En effet, l'existence de telles salles induit quelque part une sortie de la clandestinité de l'usage. Il est d'ailleurs intéressant de noter en ce sens qu'il existe une certaine solidarité entre les besoins des usagers et ceux de l'environnement, certains habitants réclamant des salles d'injection.

- **Le Forum Européen : « Un autre regard sur les drogues ».**

Durant deux journées des experts européens (sociologue, travailleurs sociaux, psychologues, juristes, psychiatres, philosophes...) ont exposé leurs connaissances à propos des drogues et alimenté des débats sur la dépénalisation des usages et la légalisation contrôlée des drogues.

La dépénalisation de l'usage est au centre des débats, la prohibition étant inefficace et contre productive selon les juristes, les travailleurs sociaux et certains soignants.

Concrètement, comment sortir de la criminalisation de l'usager ? Comment combattre les abus tout en respectant les personnes ?

Ou encore, qu'est-ce que normaliser les usages ? Qu'est-ce que cela implique ? Jusqu'où la force publique peut-elle moralement intervenir ?

L'intérêt de ces journées réside dans le fait que nous avons pu sortir du simple conflit prohibitionnistes / anti-prohibitionnistes pour aborder de manière plus objective les questions de fond.

- **Les Assises régionales Alcool-Addiction**

Ces Assises nous ont permis de dresser un état des lieux, de mesurer l'ampleur du problème que représente l'alcool et la nécessité de nouer un dialogue entre les professionnels de réduction des risques liés à l'usage de drogues et les professionnels du secteur alcoologie. Nous avons pu ainsi faire le lien entre ce que l'on a pu entendre durant cette journée et ce que l'on rencontre dans notre pratique.

De manière générale, le constat est un constat de marasme, autant vis-à-vis des ravages de l'alcool que de la capacité des équipes à apporter des réponses.

La question pour nous est avant tout la suivante : peut-on consommer de l'alcool en réduisant les risques ? Y-a-t-il des conseils simples à donner pour pouvoir boire « à moindre mal » ?

Au-delà de la nécessité de sortir d'une logique du simple soin aux alcooliques, nous avons pensé à quelques concepts de réduction des risques que l'on pourrait peut-être appliquer au champ de l'alcool :

- La prise en compte et l'acceptation de la globalité de la personne
- La valorisation de l'existant et non la focalisation sur les défaillances et la réparation
- La valorisation de la santé humaine
- La prise en compte de la temporalité propre de la personne
- La notion de proximité : prendre soin de l'autre, anticiper les besoins sans se substituer aux désirs
- Le champ du lien et de la confiance
- Le fait de proposer des repères par rapport aux consommations
- L'accompagnement vers le soin et non plus le seul soin.

Il est apparu d'autre part, durant ces Assises, qu'il s'agissait de distinguer enfin alcoolisme et alcoolisation et d'être en mesure de proposer à chaque problématique une réponse spécifique. En effet, les problèmes somatiques et psychiques liés à l'alcoolisation sont au moins aussi importants que le risque de dépendance. Les dépendants ne représentent en réalité qu'une petite partie des consommateurs. De même, dans le champ de la toxicomanie, on a pris conscience et accepté l'idée que l'on pouvait être consommateur sans être dépendant, ce qui a permis le développement de nouvelles approches de travail comme celle de la réduction des risques. En terme de méthode, il s'agira à l'instar de la réduction des risques de s'appuyer sur l'expertise des usagers, de travailler en amont avec les populations ciblées.

Il faut noter ici que cette approche va à l'encontre de représentations sur les dépendances liées à l'alcool et à l'ivresse qui ont longtemps arrangé tout le monde.

Il semble par ailleurs que cette approche pourrait s'inscrire ou du moins s'articuler avec un programme de lutte contre les maladies infectieuses par la prévention des risques sexuels en cas de consommation excessive d'alcool.

VIII- CONCLUSION ET PERSPECTIVES

1. Bilan

Cette première année d'activité a été pour nous une année d'expérimentation, d'exploration, d'observation et de reconnaissance du terrain. Cela nous a permis sur un plan général comme sur un plan local de nous positionner comme acteurs de réduction des risques liées à l'usage de drogues.

En ce qui concerne les usagers, nous avons remarqué qu'une relative confiance s'est rapidement installée. Cela peut en partie s'expliquer par le fait que l'activité d'Emergences est nouvelle sur le secteur, et par le fait que l'équipe intervenait directement sur le terrain au plus près des personnes concernées par le champ d'activité de l'association, avec une approche « nouvelle », qui les a étonnés et rassurés.

Si nous avons été très vite sollicités par les usagers sur des demandes diverses, nous pouvons constater cependant qu'ils ne sont pas dans une relation de dû. On remarque chez certains d'entre eux un besoin de conseils et l'équipe d'Emergences leur a vite servi de cadre et de référence.

S'il est vrai qu'une bonne relation existe aujourd'hui entre les usagers et l'équipe, il s'agit néanmoins de rester vigilants, de ne pas oublier la fragilité de ce lien.

Si d'autre part, à la fin de l'année 2001, l'équipe et l'action de l'association Emergences sont relativement bien identifiées par les partenaires des réseaux associatifs et spécialisés, il reste cependant un travail important à faire de sensibilisation et d'information, un travail pédagogique de l'équipe en direction de ces partenaires.

Ils nous semble tout aussi important par ailleurs d'effectuer un travail similaire en direction des habitants et des commerçants du secteur. En effet, la sensibilisation des professionnels ne peut suffire à légitimer une action de réduction des risques. C'est en agissant sur l'environnement direct et indirect que nous pouvons espérer modifier les représentations.

Toujours dans ce souci de l'environnement, et dans cet esprit de « recherche-action » dans lequel s'est constituée l'association, nous souhaitons compléter notre action d'un réel investissement politique, autrement dit nous souhaitons, à partir de ce que nous constatons comme manques sur le terrain, faire remonter les besoins en vue d'une meilleure couverture de ces derniers et d'une plus grande efficacité des actions mises en place par les réseaux associatifs et professionnels.

2. Perspectives

En dehors du projet d'hébergement d'urgence, ou encore des différents groupes de travail évoqués plus haut, différentes perspectives d'action comme de réflexion s'ouvrent pour notre association au terme de cette année 2001.

Sur le plan des actions, il s'agira dans un premier temps de poursuivre le repérage des communes n'étant pas encore couvertes par l'activité de réduction des risques, en particulier les communes de Champs-sur-Marne et de Lognes.

Parallèlement au travail de terrain, l'équipe a plusieurs fois été amenée à donner rendez-vous au local, ou bien à venir directement avec les usagers afin de se poser pour discuter ou effectuer des démarches. Ces rendez-vous nous ont très vite poussés à nous interroger sur le besoin d'un lieu de rencontre autre que la rue, voire sur le besoin éventuel d'un accueil régulier des usagers dans les locaux. Les questions suivantes se sont assez vite posées dans ce cadre, en faisant abstraction de la petitesse des locaux et sans doute de leur caractère provisoire : quelles modalités d'accueil fallait-il organiser ? Fallait-il dans un

premier temps prévoir des permanences ou laisser les usagers venir de manière spontanée ?
Ou encore faire le projet (nécessitant la recherche de nouveaux financements) d'une boutique ?

Il s'agira par ailleurs dans une perspective de remontée des besoins, de réfléchir à la légitimité d'une implantation d'automates sur le secteur. Il faut noter en effet qu'aucun automate distributeur de seringues n'est actuellement en place sur les six communes du Val Maubuée, voire sur la Seine-et-Marne. D'une part, Emergences n'a pas pour l'instant identifié des besoins en ce sens. D'autre part, à notre connaissance, aucun état des lieux sur les besoins d'un tel dispositif en zone rurale n'a été effectué aujourd'hui. Pour nous, si l'utilité d'un automate peut être réelle, cette implantation ne peut se faire qu'en complément d'une équipe de terrain. En effet, le lien avec les usagers étant primordial en matière de réduction des risques, un automate ne peut en aucun cas se substituer à une équipe de première de ligne.

Enfin, et de manière générale, nous continuerons, par notre réflexion et nos actions, à nous inscrire...