

Association Charonne

Président : Gilles MOINOT

Président d'honneur : Dr Rodolphe INGOLD

Directrice Générale : Catherine PÉQUART

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2009

104-106 rue Oberkampf 75011 Paris Tél. : 01.48.07.57.00 Fax : 01.48.07.57.05

administration@charonne.asso.fr

INTRODUCTION

Le changement dans la continuité

Après un changement de sa direction générale en 2008, l'année 2009 a été marquée pour l'Association Charonne par son changement de Président. Louis JOINET avait assuré cette charge durant plus de 10 ans et aidé l'association à traverser des moments de grande tourmente liés aux difficultés avec l'environnement des CAARUDs.

Qu'il trouve ici les sincères remerciements de tous et de chacun des personnels de l'association. Gilles MOINOT lui a succédé dans la continuité de la mise en œuvre du projet associatif. Qu'il trouve ici également un message de bienvenue de tous les salariés !

L'année 2009 a vu aboutir le déménagement du CAARUD 18 au 58 boulevard Ney. L'établissement a ré-ouvert en septembre dans des locaux plus adaptés à la réalisation de ses missions. L'équipe a profité de la suspension de quelques semaines de son activité pour repenser son projet dans de nouveaux locaux, relisant le projet d'établissement du CAARUD à la lumière des éléments de l'évaluation interne menée. Deuxième grand changement pour cet établissement : l'arrivée d'un nouveau chef de service Ysabel ROUX au départ d'André PREVOT qui encadrait l'équipe depuis de nombreuses années.

Le centre Beaurepaire a poursuivi dans la quiétude son activité... avec une fréquentation importante et une insertion très satisfaisante dans son environnement. Cette stabilité a permis la naissance d'un nouveau projet dit « Beaullywood » témoignant de l'adaptation du projet du CAARUD et de l'Association Charonne aux publics rencontrés. Ce projet développe une action spécifique auprès du groupe de « penjabis » particulièrement marginalisé, consommateurs d'alcool en produit principal, selon trois axes :

- Accès au droit et accès aux soins et réduction des risques en individuel et en groupe pour ces publics,
- observatoire d'une population cachée,
- modélisation d'un mode d'approche et d'intervention transférable auprès d'autres migrants.

La maison-mère des établissements de Charonne – le CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) a été autorisé en décembre 2009 comme CSAPA (Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie). Le choix a été fait d'un CSAPA Généraliste, c'est-à-dire compétent dans l'accompagnement médico-psycho-social et le soin des publics usagers de toutes substances psycho-actives (Drogues Illicites et Alcool). Cette option a été prise au regard des caractéristiques des publics déjà reçus (poly-consommateurs en grande précarité, mais aussi ex-consommateurs de drogues ayant développé des rapports problématiques avec l'alcool, voire usagers exclusifs d'alcool. Cette évolution du centre de soin a conduit à intégrer des compétences d'un médecin tabacologue, afin de mieux prendre en charge le tabac - qui n'est pas le moindre des produits en terme de dommages chez les personnes accompagnées.

L'insuffisance des locaux du 3 quai d'Austerlitz est criante depuis plusieurs années, avec une difficulté dénoncée par les équipes tant pour les conditions de travail que pour satisfaire aux exigences de l'accueil des usagers, ceci pour le centre de soins et le CHS. L'opportunité d'extension au 1 quai d'Austerlitz et 2 rue Giffard a pu être saisie et a été soutenue par les pouvoirs publics...

Le CHS trouvera également à travers cette extension du site des moyens d'accueil à la hauteur de ses activités.

L'équipe des ACT, stabilisée et renforcée du fait d'une extension de la capacité d'hébergement (20 places – autorisée en CROSMS en décembre 2009) rejoindra donc dès que possible le site du 13^{ème} arrondissement pour trouver des locaux également plus fonctionnels. L'Association a été approchée fin 2009 par une équipe de maraudeurs sociaux bénévoles souhaitant être accueillie dans l'Association Charonne. Cette décision, a été rapidement prise du fait du risque rupture de l'action engagée par cette équipe auprès des personnes sans abris régulièrement rencontrées sur le territoire du 11^{ème} arrondissement. Cette nouvelle activité vise pour l'Association Charonne au renforcement de son action sociale, parallèlement à sa reconnaissance dans le secteur médico-social. Les soutiens des pouvoirs publics et de la Mairie du 11^{ème} sont recherchés sur ce service qui pourrait permettre à terme un nouveau projet d'accueil de jour type ESI. L'intégration de bénévoles dans le fonctionnement associatif va nécessiter la rédaction rapide d'une charte et d'un document d'engagement mutuel.

Au plan global, si les comptes de l'association restent équilibrées, des difficultés sont à prévoir dans le contexte d'enveloppes financières toujours plus contraintes. En effet les budgets 2009 ont pu être équilibrés grâce à des crédits complémentaires non reconductibles, interrogeant sur le maintien à terme des effectifs à la hauteur des besoins...

Depuis plus d'une année les discussions ont lieu entre les Directions et les Conseils d'Administration des trois associations CHARONNE – GAIA – NOVA DONA, dans la perspective de rapprochements. Cette démarche s'appuie sur la volonté de préserver l'initiative et la créativité associatives dans un contexte de changements importants, annoncés de toutes parts (organismes de contrôle, fédérations professionnelles...), et en particulier face à la volonté de diminution du nombre d'opérateurs voulue par les pouvoirs publics. Ces rapprochements viseront à allier et articuler les compétences, défendre des spécificités, promouvoir les initiatives et les projets au bénéfice des usagers, mutualiser les ressources notamment dans la gestion, et leur donner les moyens de mieux résister aux aléas des financements et de faire face aux contraintes administratives... La communication de cette perspective a été faite auprès des salariés de l'association. La collaboration de conseils pour un accompagnement technique est engagée, afin de mener l'état des lieux des postes et des organigrammes, un diagnostic financier, un accompagnement en terme de droit du travail.

Toutes les hypothèses restent ouvertes pour ces rapprochements, depuis l'alliance tactique : plutôt conjoncturelle et circonstancielle, mais cette démarche ne saurait concerner que des projets précis et à durée limitée... en passant par l'alliance « stratégique » où les identités des associations persistent dans une logique de projet associatif (hypothèse des GCSMS, mandat de gestion, fédération etc.) ... jusqu'à l'alliance « fusionnelle » où par exemple l'union des trois associations donnerait naissance à terme à une nouvelle entité avec une nouvelle personnalité juridique et des pouvoirs partagés.

Dans tous les cas de figures, les objectifs suivants seront poursuivis : le service aux usagers et l'information de leurs représentants dans les grandes étapes du rapprochement (à travers la représentation type CVS dans les différents établissements), la déclinaison conjointe des projets associatifs actuels dont la compatibilité a été vérifiée, un niveau décisionnel opérationnel proche du terrain, le respect des salariés et des emplois, l'information et l'association des bénévoles des associations.

Dr Catherine PÉQUART
Directrice Générale

- SOMMAIRE -

LE CSST-CSAPA ET SES ACTIVITES D'HEBERGEMENT

LES PUBLICS REÇUS EN 2009 *Page 1*

L'ACTIVITE AMBULATOIRE DU CENTRE DE SOINS *Page 9*
Données qualitatives et quantitatives

LA CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS *Page 33*

L'ACTIVITE D'HEBERGEMENT

- Les réseaux hôteliers *Page 47*

- Les Appartements Thérapeutiques *Page 57*

LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

Page 66

LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES

LE CENTRE BEAUREPAIRE *Page 82*

LA BOUTIQUE 18 *Page 103*

- *L'Espace Mixte* *Page 103*

- *L'Espace Femmes* *Page 118*

- *L'Antenne Mobile* *Page 137*

LE CENTRE D'HEBERGEMENT DE STABILISATION

Page 148

LE RESEAU BOCIEK

Page 171

*Centre de Soins Spécialisés
en Toxicomanie*

*Centre de Soins, d'Accueil et de
Prévention en Addictologie*

Etablissement médico-social

3 quai d'Austerlitz 75013 Paris Tél. : 01.45.83.22.22 Fax : 01.45.83.88.33

charonne@charonne.asso.fr

LES PUBLICS REÇUS EN 2009

FILE ACTIVE 2009

(y compris Consultation Jeunes Consommateurs)

842 usagers de drogues ont consulté le CSST-CSAPA (-3% par rapport à 2008).

711 hommes (84%) et 131 femmes (16%).

331 sont « nouveaux » (272 hommes, 59 femmes) soit 39% de nouveaux en 2009 contre 44% en 2008.

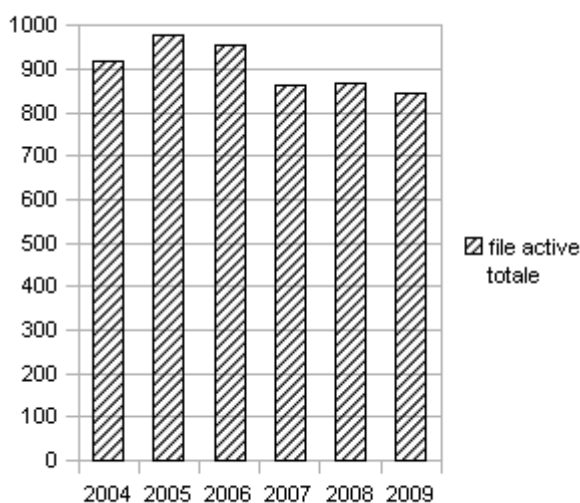
136 personnes ont été reçues dans le cadre de la Consultation Jeunes Consommateurs, dont 101 nouvelles situations.

La file active est stagnation depuis 2007 (-3% en 2008, -3% en 2009).

Seule la file active de la consultation jeunes consommateurs (La Consult') progresse : +5% en 2009 / 2008, + 33% en 2008 / 2007.

La Consult' représente une porte d'entrée dans le soin en permettant l'accès au CSST-CSAPA à plus de 30% des nouveaux patients. La seconde porte d'entrée est représentée par le C.H.S partageant les mêmes locaux et venant alimenter le second tiers des nouveaux usagers du CSST-CSAPA.

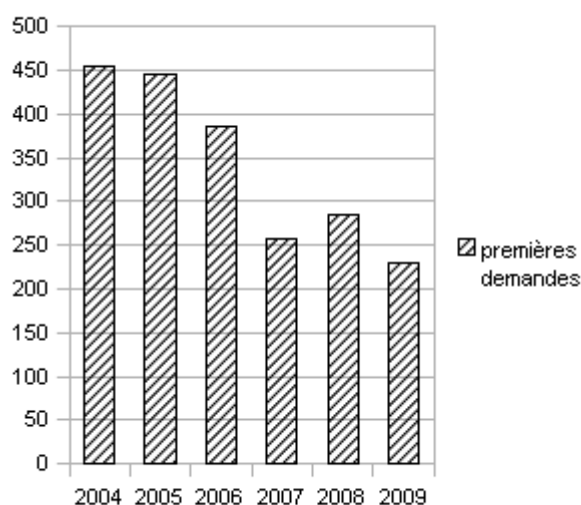
Evolution de la file active totale



Depuis 2007 la baisse de fréquentation est interrogée. Parmi les hypothèses explicatives, l'allongement des temps de séjours hôteliers reste la plus probante, celui-ci allant dans le sens de la « stabilisation », faisant de l'hébergement en hôtel un mode de soin, mais laissant une moindre place à l'urgence et au turn-over des patients.

L'absence d'augmentation des délais face aux premières demandes (rendez-vous donné sous huitaine) ne corrobore pas l'hypothèse d'un manque de disponibilité du fait des temps passés hors d'activités individuelles (temps passé en équipe à l'évaluation interne, à l'élaboration participative des projets, aux contacts avec les partenaires extérieurs, et aux activités de groupes), temps qui doivent être valorisés et situés dans leur impact sur la disponibilité d'accueil des professionnels.

Evolution des premières demandes



103 personnes (12% contre 10% en 2008) ont été **vues une seule fois** dont 54 nouveaux (16% des 331 nouveaux). Soit une augmentation du nombre des perdus de vue après un premier contact par rapport à 2008 (+9%).

MODES D'ACCES AU CSST-CSAPA

Orientations d'amont (origine de la demande)

Orientation initiale	File active totale		Nouveaux	
Initiative du parent ou des proches	385	46%	93	28%
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / CAARUD...)	226	27%	110	33%
Médecin de ville	32	7%	9	5%
Equipe de liaison	15		3	
Autre hôpital / autre sanitaire	13		6	
Institutions et services sociaux	40	5%	23	7%
Justice obligation soins	24	13%	15	22%
Justice injonction thérapeutique	36		23	
Justice - Classement orientation	35		28	
Autres mesures administratives ou judiciaires	17		7	
Milieu scolaire	7	<1%	4	>1%
Autres	12	1%	10	3%
Total	842	100%	331	100%

Les usagers accèdent au CSST d'abord par le bouche-à-oreille et l'orientation d'autres structures médico-sociales. Mais on notera l'augmentation des orientations via les mesures de justice, ceci malgré l'absence de conventionnement spécifique avec cette dernière.

Types de demandes

Demandes principales	File active globale (842)		Nouveaux patients (331)	
Sevrage tabac	28	29%	4	33%
Sevrage alcool	94		18	
Sevrage stupéfiants	122		42	
Substitution TSO	266	32%	80	24%
Soutien psychologique	297	35%	109	33%
Soutien socio-éducatif	264	79%	85	60%
Soutien matériel	184		35	
Soutien administratif	217		77	
Hébergement	210	25%	99	30%
Autres	164	19%	36	11%

Plusieurs types de demandes et/ou de besoins peuvent être repérés par les intervenants chez le même patient.

Les demandes sociales sont les plus importantes avec 80% des demandes, suivies des demandes concernant les problèmes liés aux substances psychoactives (60%). A noter que les demandes d'hébergement concernent 25% de l'ensemble des personnes reçues (autour de 30% des nouveaux patients)... ce qui représente une évolution notable par rapport aux années antérieures.

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

Caractéristiques socio-démographiques

Sur 842 personnes, 84% (711 personnes) sont des hommes et 16% (131) sont des femmes.

Classes d'âge	Total file active		Nouveaux	
<20 ans	35	4%	27	8%
Dont <18 ans	16	2%	14	4%
20-24 ans	70	8%	49	15%
25-29 ans	78	9%	50	15%
30-39 ans	246	29%	90	27%
40-49 ans	305	36%	85	26%
50-59 ans	97	12%	28	8%
60 ans et +	11	1%	2	0%
Total	842		331	

La moyenne d'âge est de 38 ans pour l'ensemble de la file active et 36 ans pour les nouveaux.

Les plus jeunes patients sont de fait recrutés par la Consultation Jeunes Consommateurs. On voit là tout l'intérêt d'un accueil fléché et non stigmatisant, à partir de lieux et/ou horaires différenciés, quitte à intégrer ensuite progressivement ces patients sur l'accueil tout venant du CSST-CSAPA selon les nécessités particulières de suivi (médical, assistant de service social, consultant juridique...).

Lieu d'ancrage Domiciliation	Total file active		Nouveaux	
75	669	80%	249	75%
Autre IDF	153	18%	68	21%
Autre région	13	1%	9	3%
Sans information	7	0%	5	0%
Total	842		331	

Logement	Total file active		Nouveaux	
Durable indépendant	199	24%	64	20%
Durable chez un tiers	104	13%	68	21%
Durable en institution	20y	2%	9	3%
Provisoire chez un tiers	101	12%	33	10%
Provisoire en institution	211	26%	70	21%
Autre provisoire	52	6%	20	6%
SDF	140	17%	62	19%
Sans information	15	-	5	0%
Total	842		331	

(% données connues)

Ressources	Total file active		Nouveaux	
Travail continu	257	30%	98	30%
Assedic / chômage	56	7%	25	8%
RMI	189	22%	73	22%
AAH	97	12%	20	6%
Autres prestations sociales	6	<1%	4	1%
Aide d'un tiers	51	6%	36	11%
Sans ressource	167	20%	73	22%
Sans information	19	2%	2	0%
Total	842		331	

(% données connues)

La situation de précarité des personnes reçues est une constante.

On remarquera une petite progression des ressources liées à la solidarité (aides par un tiers) et/ou des ressources d'origine inconnue...

Couverture sociale	Total file active		Nouveaux	
CMU Base + CMUC	284	34%	81	24%
AME	39	5%	15	5%
Régime général SS	253	30%	129	39%
100% ALD	367	44%	159	48%
SS + Mutuelle	154	18%	59	18%
Aucune	27	3%	19	6%
Total	842		331	

Malgré la grande précarité des publics du CSST-CSAPA, seuls 3% des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture sociale (6% pour les nouveaux patients).

Il n'empêche que la participation financière du CSST-CSAPA est plus souvent convoquée que ne le laisserait penser ces chiffres :

- Rupture périodique de CMUC ou de renouvellement d'AME, faute d'avoir entrepris à temps les démarches nécessaires à leur renouvellement (sortants de prison...),
- problèmes de prise en charge des médicaments non ou incomplètement remboursés,
- « déremboursement » des T.S.O. par la caisse d'Assurance Maladie.

Consommations de produits psychoactifs sur l'ensemble de la file active

Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables	Produit 1	Produit 2	Produit 3	Au total	
Alcool	146	105		251	30%
Tabac	-	-	792	792	94%
Cannabis et dérivés	155	139	-	294	35%
Héroïne	345	48	-	393	47%
Subutex [®] hors prescription	35	22	-	57	7%
Méthadone [®] hors prescription	5	2	-	7	<1%
Sulfates de morphine	24	8	-	32	4%
Dérivés codéinés	7	3	-	10	1%
Cocaïne	42	58	-	100	12%
Crack	66	55		121	14%
Amphétamines	1	2		3	<1%
Ecstasy	2	9		11	15%
Antidépresseurs	1	4		5	<1%
Benzodiazépines	9	34		43	5%
Autres hypnotiques	1	6		7	<1%
LSD et autres dysléptiques	-	4		4	<1%
Colle solvants	1	1		2	<1%
+Autre substance	-	2		2	<1%
Addiction sans produit	2	3		5	<1%
Total	842			842	

Les consignes suivantes ont été respectées dans le recueil des données :

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

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

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

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

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

Consommations de produits psychoactifs chez les nouveaux patients

Répartition des patients suivants les produits les plus dommageables	Produit 1	Produit 2	Produit 3	Au total	
Alcool	84	80		164	49%
Tabac	-	-	331	331	100%
Cannabis et dérivés	88	91	-	179	54%
Héroïne	63	37	-	100	30%
Subutex [®] hors prescription	19	13	-	32	10%
Méthadone [®] hors prescription	2	2	-	4	1%
Sulfates de morphine	12	6	-	18	5%
Dérivés codéinés	1	2	-	3	<1%
Cocaïne	19	31	-	50	15%
Crack	36	42		78	24%
Amphétamines	-	-		-	-
Ecstasy	-	3		3	<1%
Antidépresseurs	-	3		3	<1%
Barbituriques	-	-		-	-
Benzodiazépines	4	13		17	5%
Autres hypnotiques	1	4		5	2%
Colles - solvants	-	-		-	
LSD et autres dysléptiques	-	2		2	<1%
+Autre substance	-	-		-	-
Addiction sans produit	2	2		4	1%
Total	331		331	331	

Les produits consommés par ordre de fréquence des consommations :

- le tabac (94% des usagers) pour la plupart dépendants (6% de fumeurs occasionnels),
- les opiacés (~60% sur l'ensemble de la file active, y compris chez les nouveaux patients). Parmi ces produits les Médicaments de Substitution Opiacés en usage détournés sont présents (7% sur l'ensemble de la file active, 11% chez les nouveaux patients),
- l'alcool (autour de 30% sur la file active globale mais 50% chez les nouveaux patients),
- les cocaïniques (autour de 30% sur la file active globale, 35% chez les nouveaux patients),
- les cannabinoïdes (35% sur la file active globale, 54% chez les nouveaux patients),
- les médicaments psychotropes non-opiacés (6 % sur l'ensemble de la file active, 8% chez les nouveaux patients).

La mobilisation sur la dépendance tabagique se poursuit (présence dans l'équipe d'un médecin expérimenté en tabaccologie, projet proposé au GRSP et finalement financé par le CRIF pour une meilleure accessibilité des traitements de sevrage tabagique).

Mode d'usage Produit n°1	Total file active		Nouveaux	
Usage à risque	79	10%	38	12%
Usage nocif	87	11%	48	15%
Dépendance	599	78%	227	72%
Données manquantes	77	-	18	-
Total	842		331	

(% données connues)

Usage voie intraveineuse	Total file active		Nouveaux	
Dans le mois précédent	33	4%	10	3%
Antérieurement	291	37%	82	26%
Jamais	460	59%	217	70%
Non renseigné	58	-	22	-
Total	842		331	

(% données connues)

On constate la poursuite du recul de l'injection dans les publics du CSST-CSAPA.

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION OPIACES

Patients sous T.S.O.*	File active totale		Nouveaux patients	
Méthadone®	185	22%	50	29%
B.H.D.	191	23%	45	14%
Sulfates de morphine	7	0%	1	0%
Autres	2	0%	1	0%
Total	385/842	46%	97/331	29%

* lors des premières consultations de l'année sur le CSST-CSAPA

- 46% des personnes reçues sont sous T.S.O., proportion équivalente à 2008.
- 29% des nouveaux patients sont sous T.S.O. contre 33% en 2009.

En 2009, seulement 7% des patients substitués déclarent détourner ces traitements (injectés, sniffés, fumés, mélangés...).

Evolution Subutex® / Méthadone® sur 5 années

Patients sous T.S.O.	2009	2008	2007	2006	2005	2004
B.H.D.	191 (50%)	200 (51%)	218 (53%)	286 (60%)	298 (61%)	274 (63%)
Méthadone®	185 (48%)	184 (47%)	188 (46%)	183 (38%)	182 (37%)	152 (35%)

L'écart B.H.D. - Méthadone® s'est sensiblement réduit au fil des années.

On ne dispose pas des chiffres différentiels B.H.D. générique/Subutex®... mais la prescription de générique est en progression au sein du CSST-CSAPA. Ceci malgré le fait que beaucoup

de patients aient été au départ réticents à la prescription de générique. Le CSST-CSAPA a mis en place en fin d'année une politique progressive afin de favoriser sa prescription (cf. documents d'information des patients).

LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES

Le pourcentage de sérologies inconnues, et une couverture vaccinale insuffisante en matière d'Hépatite B, a conduit à la mise en place d'une action de dépistage avancée en partenariat avec le CDAG de La Pitié-Salpêtrière.

Les données déclaratives (de plus recueillies en début d'année ou en début de prise en charge pour les nouveaux patients) sous-évaluent sans aucun doute la réalité des contaminations en matière d'Hépatite C et au vu de l'ancienneté des tests. La diminution de ces inconnues constitue une priorité dans le suivi et l'accompagnement des usagers.

VIH	File active totale		Nouveaux patients	
Sérologies effectuées	655	78%	220	67%
Sérologie + *	147	17%	26	8%
Sérologie inconnue	203	24%	111	33%
Total patients	842		31	

* dont 122 personnes en traitement.

VHC	File active totale		Nouveaux patients	
Sérologies effectuées	658	78%	222	67%
Sérologie + *	218	26%	41	12%
Sérologie inconnue	225	27%	113	34%
Total patients	842		331	

* dont 82 personnes en traitement au cours de l'année

Pathologies psychiatriques	File active totale		Nouveaux patients	
ATCD hospitalisation	226	27%	68	20%
ATCD T.S.	156	18%	49	15%
Pathologie actuelle	135	16%	33	10%
Suivi en cours	119	14%	21	6%
Total patients	842		331	

(Antécédents TS : comprend les TS avant addiction et depuis les problèmes d'addiction)

La prévalence des comorbidités psychiatriques paraît se chiffrer autour de 15 à 20% au cours des dernières années.

SITUATIONS ET ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Situation judiciaire	File active totale		Nouveaux patients	
Patients sous main de justice*	200	24%	92	28%
Dont injonction thérapeutique	53	6%	27	8%
Dont classement/orientation	27	3%	27	8%
Dont obligations de soins	93	11%	27	8%
Dont contrôle judiciaire	21	2%	9	3%
Dont autres	6	1%	2	0%
ATCD incarcération	376	45,00%	104	31,00%
Total patients	842		331	

* Données issues des fiches individuelles

LE CSST-CSAPA DU POINT DE VUE DE SON ACTIVITÉ

(y compris Consultation Jeunes Consommateurs)

RECENSEMENT des ACTES INDIVIDUELS	Total actes	Nombre de patients
Médecins	5.068	460 (55%)
Dont généralistes	3.261	372 (44%)
Dont psychiatres	1.807	288 (34%)
Dont T.S.O.	3.441	300 (36%)
Psychologues	1.712	303 (36%)
Éducateurs	3.653	514 (61%)
Assistants sociaux	2.374	325 (38%)
Cadres intermédiaires*	~700	~120 (14%)
Consultations juridiques	580	173 (20%)
Total actes	~14.090	842

* L'activité de ces cadres en charge d'encadrement d'équipe concerne essentiellement des patients reçus sur les hébergements du CSST-CSAPA (bilans périodiques) ou dans le cadre de « recadrages » ou de demandes exceptionnelles qui peuvent concerner des patients uniquement suivis sur l'ambulatoire.

On notera :

- la stabilité dans l'activité des psychologues,
- la diminution de 15% des actes des travailleurs sociaux,
- l'augmentation de 31% des actes médicaux.

460 patients ont consulté un médecin, soit 55% de la file active.

34% ont consulté un psychiatre.

103 personnes (12% contre 10% en 2008) ont été **vues une seule fois** dont 54 nouveaux (16% des 331 nouveaux). L'analyse fine de point (listing des patients concernés) ne montre ce qui pourrait être suspecté sur la simple vue de ce chiffre (soit une augmentation de 9% du nombre des perdus de vue après un premier contact par rapport à 2008).

Les patients vus une seule fois sont pour seulement 54 d'entre eux inconnus du CSST-CSAPA. Les autres ont été vus antérieurement et sont revenus ponctuellement en 2009). Au total seuls 54 patients s'avèrent n'avoir pas poursuivi leur suivi au delà des premiers contacts. Il s'agit à 80% de personnes qui ont été orientées par justice.

La moyenne des interventions pour les patients suivis est de 20 actes/patients.

Nombres d'actes sur l'année	Nombre d'utilisateurs
1	97
2 à 10	320
11 à 50	280
51 à 100	107
>100	38

Nombre de consultations sur l'année	Nombre d'usagers
1	103
2 à 10	320
11 à 50	280
51 à 100	107
>100	32

Pluridisciplinarité des suivis

Nombre d'intervenants de profession différente impliqués dans les suivis	Nombre d'usagers
1	363
2	252
3	173
4	54

Près de 60% des usagers suivis le sont par des professionnels de formation différente. 15% environ des usagers du CSST-CSAPA sont vus seulement par un médecin, la même proportion est vue uniquement par un travailleur social.... mais la continuité des suivis peut être assurée par des intervenants multiples (plusieurs médecins et/ou travailleurs sociaux et/ou psychologue).

Nombre d'intervenants différents impliqué dans les suivis	Nombre d'usagers
1	273
2	183
3	127
4	80
5	56
6	43
7	31
8	19
9	13
10	8

Les premiers accueils

1 ^{er} accueil par catégorie professionnelle	Nombre de Premiers Accueils	% 2009	% 2008	% 2007
Éducateurs	158	48%	67%	74
Psychologues	108	33%	28%	21
Médecins	80	24%	15%	<1
Assistants Sociaux	15	5%	7%	5
Total	342 sur 331 nouveaux	331=100%	378= 100%	352=100%

Le premier accueil tient compte de la demande du patient et de ce qu'il perçoit de son besoin. Les travailleurs sociaux sont donc certes toujours sollicités en priorité (47% des demandes sont d'ordre sociale dont 30% concernent l'hébergement).

Plusieurs intervenants peuvent avoir été vus sur le même temps ou consécutivement lors d'un premier accueil : entretiens en binôme pour La Consult' ou les évaluations Appartements Thérapeutiques, entretien éducatif puis médical si une nécessité de cet ordre apparaît lors de la prise de rendez-vous ou au cours du premier entretien... Les premiers entretiens faits par les psychologues concernent surtout La Consult' et les orientations sur mesure de justice. Les assistants de service sociaux sont sollicités sur un plan plus technique, après une première évaluation le plus souvent par un éducateur, et font rarement l'objet d'une première sollicitation.

Lieux d'intervention

	% actes
CSST-CSAPA intra-muros	84%
La Consult'	4%
Lieu d'hébergement	3%
Autre institution dont hôpital	<1%
Accompagnement extérieur	2%
Autres*	7%
Total actes	100%

* Téléphone, courrier, synthèse...

Activité médicale

Actes médicaux	Nombre d'Actes	Nombre de patients concernés
Nombre de Consultations	5.068	460
dont T.S.O.	~3.441 (67%)	300
dont généralistes	~3.261 (54%)	372
dont psychiatriques	~1.807 (35%)	288
Visites extérieures (hôpital, VAD...)	15	10

Activité médicale liée aux T.S.O.

Prescription par le CSST-CSAPA Charonne	Total file active	Nouveaux patients
Méthadone®	138	29
Subutex®	149	30
Autres	13	-

Nombre de patients sous :	2009	2008	2007	2006	2005
Méthadone[®]	185	184	188	183	182
Méthadone[®] prescrite sur le CSST-CSAPA Charonne	138	129	136	157	91
Méthadone[®] initiée par le CSST-CSAPA Charonne	15	20	13	-	-

Nombre de patients sous :	2009	2008	2007	2006	2005	2004
B.H.D.	191	200	218	286	298	274
B.H.D. prescrite sur le CSST-CSAPA Charonne	149	151	181	242	223	206
B.H.D initiée par le CSST-CSAPA Charonne	10	10	-	-	-	-

Autres traitements opiacés	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Prescrits hors CSST-CSAPA Charonne	9	11	5	7	9	8
Prescrits sur le CSST-CSAPA Charonne	13	6	10	5	15	7

On ne dispose pas des chiffres de prescription de la B.H.D. générique. La plupart des patients y sont réticents. Le CSST-CSAPA a mis en place en fin d'année une politique progressivement contraignante afin de favoriser la prescription du générique (cf. document ci-après d'information des patients).

La prescription de Méthadone[®] gélule a été effectuée à partir d'avril 2008 selon la réglementation, chaque fois que cela était possible (patient sous Méthadone[®] sirop depuis un an au moins et stabilisé), avec protocole d'accord avec le Médecin Conseil de l'Assurance Maladie. Environ 90 patients du CSST-CSAPA (~2/3 des patients sous Méthadone[®] sont actuellement prescrits par le CSST-CSAPA) sont sous Méthadone[®] dans sa forme sèche. Par contre aucune demande de relais n'a été effectuée par les médecins de ville, ce qui s'explique par le fait que le CSST-CSAPA Charonne ne s'est pas positionné historiquement comme centre Méthadone[®], et effectue peu de relais en ville, vu la précarité de sa patientèle, et l'engagement dans un suivi plus global médico-psycho-social.

Sevrages ambulatoires	25
Sevrages hospitaliers	30

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION OPIACES :

DES REGLES A CONNAITRE

Toute prescription d'ordonnance est un acte médical à part entière.

La prescription d'un traitement de substitution est un outil pour améliorer la santé dans son ensemble. Elle doit permettre de faire le point sur son état de santé : sérologies (VIH, Hépatite B, Hépatite C), complications dentaires ou cutanées liées aux prises de produits, vaccinations..., et inciter à de nouvelles démarches de soin. Le médecin sera donc amené à examiner avec chacun les progrès (ou les blocages) quant à ses démarches de soins au sens large.

Pour toute nouvelle demande de traitement de substitution, certaines précautions s'avèrent nécessaires pour respecter la réglementation en vigueur et éviter certains effets secondaires néfastes.

En ce qui concerne une première prescription de Méthadone® : une analyse d'urine est obligatoire.

En ce qui concerne le relais de prescription Méthadone® : une ordonnance de transfert du médecin précédent est nécessaire.

En ce qui concerne une première prescription de Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® ou générique) : elle doit être médicalement justifiée par un problème de dépendance aux opiacés.

Un patient ne peut cumuler plusieurs suivis et doit choisir un seul médecin. Un protocole d'accord peut être exigé par le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale précisant le rythme des consultations, le type de prise en charge, les médicaments associés, la pharmacie de délivrance du traitement.

Les premières prescriptions seront nécessairement de courte durée (7 jours).

En ce qui concerne un relais de traitement de Subutex®, une lettre d'orientation du médecin précédent sera demandée ou, à défaut, une prise de contact téléphonique avec celui-ci.

Il est rappelé que la plus grande prudence est nécessaire concernant l'association entre Subutex® et benzodiazépines : le Rohypnol® est formellement contre-indiqué en toute circonstance, le Tranxène 50 a été retiré du marché, les autres médicaments tels que Rivotril®, Lexomil®, Valium®, Seresta® doivent être utilisés avec précaution.

La Buprénorphine (Subutex® et génériques) est également absolument contre-indiquée avec les « agonistes opiacés » : codéinés, morphiniques (Skénan®, Moscontin®), Méthadone®...

Les dépannages en traitements de substitution restent encore trop fréquents. Ils perturbent le bon fonctionnement des consultations, créent des difficultés dans l'accueil au secrétariat... En cas de rupture de traitement suite à un rendez-vous manqué ou à une impossibilité d'honorer son rendez-vous prochain, les médecins présents limiteront strictement la durée de la prescription au délai de premier rendez-vous possible avec le médecin référent, ou en cas d'impossibilité au délai nécessaire à une seconde consultation avec le médecin concerné. Tout dépannage en Subutex® est effectué sous forme de médicament générique : Buprénorphine Haut Dosage.; et tout dépannage en Méthadone® est sous la forme sirop.

En cas de répétition de ces situations, les modalités du suivi pourront être remises en cause.

L'équipe médicale du Centre de soins Charonne

Traitements des dépendances tabagiques

Dr Brigitte METADIEU

Substituts nicotiniques	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Délivrés sur le CSST-CSAPA Charonne	25	-	-	-	-	-

Sur les publics reçus par le CSST-CSAPA Charonne, la quasi totalité présente une dépendance au tabac.

Un protocole de mise à disposition gratuite des patchs de nicotine a été financé en 2009 par le Conseil Régional d'Ile de France.

La mise en place de ce programme a été effective sur 2009 de septembre à décembre :

- 25 patients ont été reçus spécifiquement dans le cadre du soutien au sevrage tabagique avec mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques (patchs, gommes et comprimés à sucer).

Ces 25 patients étaient tous usagers du CSST-CSAPA ou d'autres établissements gérés par l'Association Charonne, et étaient adressés au médecin tabacologue par un médecin, un psychologue ou un travailleur social.

Le nombre déclaré de cigarettes fumées quotidiennement était compris entre 10 et 90. Cette information ainsi que les autres items du test de Fagerström ont servi à quantifier la dépendance et, à priori, la dose de nicotine à prescrire. La mesure du CO étant biaisée par la fumée du cannabis, cette mesure n'a pas été recherchée.

L'évaluation du stade de la motivation (selon Prochaska et Di Clemente) a été réalisée chez tous les patients : tous étaient dans l'intention d'arrêt avec des degrés variables de confiance en soi et d'ambivalence face à l'arrêt du tabac.

Tous les patients sauf un avaient été consommateurs d'opiacés, étaient sevrés ou bénéficiaient de Médicaments de Substitution Opiacés. Un seul patient était fumeur de cocaïne.

Des difficultés à l'arrêt existaient, principalement le fait d'une co-consommation d'alcool et de THC, de comorbidités psychiatriques et d'une précarité plus ou moins importante chez 24 des 25 patients.

Projet thérapeutique : il était proposé à chaque patient de rentrer dans ce suivi avec, s'il le souhaitait, dispensation gratuite de substituts nicotiniques adaptés à sa consommation et plusieurs consultations de suivi espacées d'1 semaine le premier mois puis tous les 15 jours permettant de réévaluer les besoins en nicotine, les bénéfices observés et les difficultés rencontrées. L'arrêt total était visé mais ne pas l'atteindre n'impliquait pas la sortie du programme dans les premières semaines.

Résultats observés

Nombre de patchs distribués : environ 900.

Nombre de boîtes de 96 gommes : 20.

Nombre de boîtes de comprimés à sucer : 10.

- 23 patients sur 25 ont reçu des patchs +/- des formes orales.*
- 2/25 patients ont reçu, selon leur souhait, des formes orales mais n'ont pas été revus.*
- 4 patients ont arrêté de fumer après 1 mois de SN (substituts nicotiniques) + suivi.*
- 3 patients ont arrêté de fumer après 2 mois de SN + suivi.*

Donc 7 patients au total ont pu arrêter de fumer. Parmi ceux-ci il faut compter 3 rechutes à 15 jours, 1 mois et 1 mois de l'arrêt.

2 patients ayant rechuté ont pu reprendre le sevrage en bénéficiant à nouveau d'une SN gratuite et sont au 1^{er} mars 2010 en situation de succès vis-à-vis du sevrage.

Par ailleurs, 5 patients sur 25 ont réussi à réduire leur tabagisme en combinant patchs et cigarettes ; ceci leur donnant peut être le goût d'un futur arrêt total.

Chez les patients abstinents on note les caractéristiques suivantes : un minimum de 5 consultations de suivi ; le tabac était le seul produit restant posant problème, l'alcool et le THC étaient soit absents soit occasionnels, la consommation de tabac était modérée de 10 à 20 cigarettes par jour, la confiance en soi était plutôt bonne.

Les raisons invoquées de rechute furent : anxiété importante voire trouble anxieux généralisé, poursuite ou reprise de l'alcool et /ou thc à l'occasion en particulier des fêtes de fin d'année, recherche de la sensation de soulagement dans l'instant.

Bénéfices remarquables par les patients :

Récupération du souffle, du goût...

Et, surtout fierté d'y être arrivé malgré le contexte difficile.

Fierté de sortir de la mendicité, de l'état de dépendance vis-à-vis des autres.

Réinsertion familiale par capacité à acheter des cadeaux de Noël aux enfants de la famille, par la possibilité de retourner au village où la cigarette n'est pas tolérée pour les femmes (Afrique).

Remise en adéquation avec ses valeurs : 1 paquet de cigarette coûte la nourriture pour une famille au bled.

Remarques : *Bien plus souvent que dans la population générale, les patients suivis à Charonne diminuaient les doses prescrites de SN, quitte ou de façon à ressentir le manque.*

La poursuite de la SN plus longtemps que prévu a pu permettre à certains de se sentir en sécurité sans ressentir l'état de manque.

Enfin, l'arrêt du tabac n'a pas occasionné d'augmentation de Méthadone[®] ou de BHD lorsque prescrits.

Intérêt de la poursuite du projet : inclusion de nouveaux patients et aussi suivi des anciens en prévention de la rechute.

Engagement des frais de Pharmacie

Dr Anne KEREVER

Environ 7.000 €uros de frais de pharmacie sont assumés annuellement par le CSST-CSAPA (hors Substituts Nicotiniques). Ils sont justifiés par :

- 4% dépenses liées au matériel constitué.*
 - 11% dépenses liées aux médicaments non remboursés.*
 - 44% paiement de la part complémentaire pour les patients n'ayant pas de mutuelle.*
 - 41% prise en charge du traitement des patients n'ayant pas de couverture maladie.*
- Dont 6% correspondant à un déremboursement temporaire des T.S.O. par l'Assurance Maladie*

Les patients dont les traitements sont totalement ou partiellement pris en charge par le CSST-CSAPA sont systématiquement rencontrés par un travailleur social afin d'évaluer et faire avancer cette question, initiant ou en intensifiant un suivi social en parallèle du suivi médical.

Le fonctionnement affiché du CSST-CSAPA précise que tout médicament pris en charge (partiellement ou en totalité) par l'Association Charonne est prescrit en générique qu'il s'agisse de T.S.O. ou non. Cette règle est affichée dans chaque bureau médical et au sein de l'accueil.

L'association prend en charge le traitement des patients n'ayant pas les moyens de les payer :

55%, soit plus de la moitié des dépenses sont engagées pour les personnes ayant trop de ressources pour avoir une CMU Complémentaire, mais pas assez pour payer une mutuelle en plus de la Sécurité Sociale de base (CMU ou pas) ou pour acheter des traitements nécessaires ou non remboursés. Ce sont par exemple des personnes percevant une Allocation Adulte Handicapé, des chômeurs, des travailleurs pauvres occupant un emploi précaire, intérimaires ou à temps partiel, ou encore ceux percevant des minima sociaux avec un budget trop restreint pour le foyer.

Les patients n'ayant aucune couverture maladie sont les personnes désocialisées : personnes en situation irrégulière, ou en situation de négligence de démarche... personnes en errance (pathologie psychiatrique, consommation de produit, perte des liens sociaux, sortants de prison).

Les dépenses du CSST-CSAPA en médicaments augmentent chaque année avec le prix des médicaments, les contrôles accrus de l'Assurance Maladie par rapport aux abus de T.S.O., la politique de déremboursement des médicaments dits de «confort», et la paupérisation de la société et donc celle de nos patients...

Activité médicale liée aux hépatites

Dr Anne KEREVER

VHB

Lors des tests de dépistages (71 prescriptions en 2009), la sérologie de l'Hépatite B est demandée.

Si les tests démontrent l'absence d'anticorps contre l'Hépatite B, soit par vaccination incomplète soit par l'absence de vaccination, alors nous proposons d'effectuer la vaccination.

Les messages de prévention : modes de transmission, comment prévenir la contamination, dangerosité de la pathologie, sont alors rappelés.

En 2008, une étude rétrospective par sondage de dossiers montrait que 70% des patients avaient fait au moins une fois un dépistage de l'Hépatite B au cours de leur vie. Parmi ces 70%, la totalité avait une immunité acquise par la vaccination ou la rencontre avec le virus.

Face aux appréhensions des patients au sujet des effets secondaires, nous insistons sur l'intérêt bénéfice/risque qui est en faveur de la vaccination surtout pour notre public.

En 2009, 26 patients ont été vaccinés contre l'Hépatite B. Il s'agit le plus souvent de nouveaux patients. Nous ne relâchons pas nos efforts afin d'augmenter la couverture vaccinale chez les usagers de drogues.

VHC

VHC	File active totale		Nouveaux patients	
Sérologies effectuées	658	78%	222	67%
Sérologie +	218*	26%	41	12%
Sérologie inconnue	225	27%	113	34%
Total patients	842		331	

* dont 82 personnes en traitement au cours de l'année.

Le pourcentage des sérologies effectuées de la file active totale est plus important que celui des nouveaux patients. Le suivi au sein du CSST-CSAPA permet de réaliser les tests (71 prescriptions en 2009). Ainsi nous avons moins de sérologies inconnues au sein de notre file active globale que chez les nouveaux patients (ceux-ci étant comptabilisés aussi au sein de la file active totale donc ils ont une influence sur nos chiffres).

Parmi les patients ayant une sérologie positive, 82 patients sont en suivi de traitement en 2009.

- 72 ont un suivi social, éducatif ou psychologique au sein de notre CSST-CSAPA (certains peuvent avoir eu un suivi très court ou juste une évaluation).
- 20% sont guéris après traitement au sein de notre association ou en dehors, ils ont un suivi médical en lien avec le traitement récent.
- 5% ne sont pas guéris après traitement mais ont un suivi directement en lien avec celui-ci.
- 5% ont une indication de traitement différé compte tenu de leurs difficultés sociales ou psychologiques.

- 10% ont un suivi médical du traitement par un médecin à Charonne en plus du suivi psycho-socio-éducatif.

102 actes médicaux sont en rapport direct avec le traitement de l'Hépatite C : évaluation avant le traitement, évaluation de la nécessité de mise en route du traitement, persuasion du patient, prescription du traitement, injection de l'Interféron, éducation thérapeutique, évaluation de l'observance, bilans biologiques et d'imagerie de contrôle, rendu des résultats, gestion des effets secondaires, suivi après l'arrêt du traitement, réduction des risques pour eux et pour les autres, prises en charge des effets psychologiques. La prise en charge se fait en relation étroite entre médecins généralistes et psychiatres ainsi qu'avec d'autres structures partenaires (autres CSST, centres hospitaliers en particulier les services de maladies infectieuses de Saint-Antoine et de la Pitié-Salpêtrière).

Notre arsenal diagnostic s'est étoffé en 2009 avec le Fibroscan. Il permet d'évaluer l'élasticité du foie et donc la fibrose. Le fibrotest ou le fibromètre réalisés conjointement permettent de poser l'indication thérapeutique.

Le Fibroscan est un atout complémentaire pour le médecin mais aussi et surtout pour le patient. En effet, cet examen n'est absolument pas invasif (pas de piqûre) et est accepté plus facilement par le patient. De plus, le rendu du résultat s'accompagne d'une image vue par le patient ce qui favorise la prise de conscience de la pathologie.

En cela, cet outil diagnostic est également un outil d'accès au soin.

VIH

VIH	File active totale		Nouveaux patients	
Sérologies effectuées	655	78%	220	67%
Sérologie +	147*	17%	26	8%
Sérologie inconnue	203	24%	111	33%
Total patients	842		331	

* dont 120 personnes en traitement au cours de l'année

La même remarque que pour l'Hépatite C peut être faite pour le VIH : le suivi au sein du CSST-CSAPA permet d'augmenter le pourcentage de sérologies effectuées et de diminuer le pourcentage de sérologies inconnues.

Parmi les patients ayant une sérologie positive, 120 personnes sont en traitement en 2009. Parmi eux, 25 sont suivis sur le plan médical pour cette pathologie par un médecin du CSST-CSAPA.

Il est à noter que certains patients ne sont pas en traitement parce que cela n'est pas encore nécessaire ou que le patient y est opposé. Ils ont une prise en charge liée à leur séropositivité par des médecins généralistes et/ou psychiatres de l'Association pour les écouter, les persuader de l'intérêt du traitement, suivre l'évolutivité de la maladie, les orienter vers des spécialistes.

144 actes médicaux sont en lien avec la séropositivité VIH : évaluation de la nécessité du traitement, persuasion de l'intérêt du traitement, bilans biologiques, éducation thérapeutique, observance thérapeutique, gestion des examens complémentaires, rendu des résultats, gestion des maladies opportunistes ou des complications somatiques, lien avec les spécialistes en (particulier les services de maladies infectieuses de Saint-Antoine

et de la Pitié-Salpêtrière), réduction des risques pour eux et pour les autres, prise en charge des effets psychologiques.

Le rôle du service médical de l'Association Charonne pour les Hépatites virales et le VIH est de faire de la prévention et du soin.

246 actes médicaux sont en lien direct avec le soin de l'Hépatite C et du VIH.

La prise en charge des pathologies infectieuses (prévention et soin) est très chronophage. En particulier l'éducation thérapeutique, l'évaluation de l'observance et la gestion des effets secondaires psychologiques et somatiques demandent beaucoup d'attention, d'écoute, de répétition.

Ce travail s'installant dans la durée pourrait être effectué en association avec un infirmier ce qui permettrait de libérer du temps médical et d'améliorer le service rendu au patient. L'infirmier pourrait faire de la prévention, des accompagnements vers les structures hospitalières, les injections d'Interféron, l'éducation thérapeutique, l'observance thérapeutique, les vaccinations et tout cela avec une écoute attentive et surtout plus disponible.

Activité médicale sur les hépatites 2009

Dr Jean-Marc GEIDEL

L'incitation au dépistage et le suivi des patients VIH, le dépistage et le suivi des Hépatites B et C (+ou - delta) occupent une place importante dans la prise en charge médicale des patients pris en charge à l'Association Charonne.

42 personnes ont été suivies pour une Hépatite C active, c'est-à-dire à virémie positive. Plus de la moitié ont bénéficié d'un bilan avancé, en vue d'évaluer l'indication d'un traitement. Pour ce faire, une vingtaine de fibrotest gratuits ont été mis à la disposition des patients de Charonne (la somme de 50 euros demandée pour le calcul n'étant pas prise en charge par la Sécurité Sociale ni par les mutuelles). Par ailleurs, les patients ont eu à leur disposition un appareil permettant de calculer l'élastométrie hépatique (Fibroscan), dans des structures partenaires (CAARUD 18 de Charonne, EGO, GAIA). Une vingtaine de patients a également bénéficié de ce Fibroscan.

10 personnes ont été traitées, soit directement par un médecin de l'Association, en partenariat avec un service d'hépatologie, soit traitées conjointement par un service d'hépatologie avec l'aide de l'infrastructure de l'Association Charonne (suivi médical, suivi psychiatrique ou psychologique, suivi social, aide à l'observance).

Un travail sur dossiers est effectué par les médecins généralistes auprès d'un consultant hépatologue de la Pitié-Salpêtrière : prise en charge conjointe des patients, conseils, appels téléphoniques pour adapter le traitement en fonction des problèmes rencontrés...

La surveillance psychiatrique lors des traitements VHC est assurée par les psychiatres du CSST-CSAPA.

Par ailleurs la patientèle de Charonne particulièrement désocialisée et précaire pose bien la nécessité du travail social conjointement à l'effort des médecins pour l'accès aux soins: conditions de vie minimale, accès à un hébergement...

Nous allons donner quelques exemples des suivis et des problèmes rencontrés lors de ce suivi.

Patient A : Porteur d'une hépatite C génotype 3.

Prise en charge sociale à Charonne depuis début 2008.

Démarre un traitement d'Hépatite C (IFN + Riba) le 15 septembre 2008.

Charge virale indétectable à 1 mois.

Partagé entre sa vie de couple et sa prise en charge à Charonne.

Fin de prise en charge sociale à Charonne et, en conséquence, interruption du traitement à 4 mois et une semaine.

PCR négative le 12 février 2009 (dernière semaine de traitement). Réapparition de la charge virale du VHC objectivée en novembre 2009.

Le patient n'avait pas reconsulté après le 12 février 2009.

Par contre, il demande une nouvelle prise en charge pour le traitement de son Hépatite C le 26 mars 2010, ayant réglé son problème de logement tout seul.

Patient B : Patient VIH connu depuis les années 80. Suivi et contrôlé sur le plan immuno-virologique. Hépatite C surveillée également depuis 1990. Génotype 1. Faible charge virale de départ : 3000. CD4 à 676 avant le traitement (22%) et charge virale VIH indétectable.

A démarré un traitement VHC le 20 juin 2008. Charge virale du VHC indétectable à 1 mois de traitement. Arrêt du traitement le 18 mai 2009 après 48 semaines de traitement (44 semaines de charge indétectable). Charge virale VHC indétectable à 6 mois. Charge virale encore indétectable en février 2010 malgré une remontée des transaminases liées semble-t-il à une hépatite métabolique (Prise de 10 kg en deux ans).

Patiente C : Patiente VIH + VHC.

Infection VIH plutôt bien contrôlée malgré une observance moyenne des différents traitements.

Tentative de traitement par IFN-Riba en 2007, interrompue à 3 mois en raison d'une non-réponse. (charge virale à 500 000 contre 2 millions avant traitement).

Elle devait recommencer un traitement de 2^e ligne. Malheureusement, nombreux problèmes sociaux, à commencer par la perte de la garde de son enfant.

Patient D : Patient porteur d'une Hépatite C, connue depuis 2000. Génotype 1, CV à 2 millions d'unités, F0 A1. Traitement démarré en mai 2009, bonne réponse puisque CV indétectable à J28. Dernière charge virale indétectable fin octobre 2009. Puis le patient va s'installer en Normandie où il est suivi par un nouveau médecin qui prend le relais.

Patient E : Hépatite C, génotype 1. F0A2. A eu 48 semaines de bithérapie IFN-Riba en 2007-2008. PCR à la fin du traitement en mars 2008, négative. Repositivation du VHC début 2009. Patient perdu de vue en mars 2009. A noter qu'une première tentative de traitement en 2006 écourtée après 3 mois avait déjà conduit à une rechute.

Patient F : Patient HVC +, génotype 1, F1F2 et A1A2, virémie à 1.222 000, traité (premier traitement) de novembre 2008 à décembre 2009, après 10 mois de négativation de PCR. Malheureusement, a rechuté un mois après l'arrêt.

Patiente G : Patiente traitée pour une Hépatite C génotype 1 en 2004, avec échec thérapeutique (insuffisance de la réponse en terme de baisse de charge virale). A très mal supporté l'échec sur le plan psychologique. A repris un traitement fin 2009 à double dose, Pegasy 360 par semaine et Ribavirine 1600. Tolérance acceptable chez quelqu'un de combatif. La tolérance à double dose n'est pas moins bonne qu'en 2004 à dose simple.

Négativation de la charge virale à 3 mois et ½ de traitement. Personne motivée pour être traitée 18 mois.

Patient H : Hépatite C, génotype 1, 4 millions d'unités, F0 A1A2, traitée toute l'année 2009. Malheureusement, a rechuté 1 mois après l'arrêt.

Patient I : Patient HIV+, traité et contrôlé pour son HIV. Infection HVC non traitée en raison d'une faible agressivité de l'hépatite et de la grande instabilité psycho-sociale du patient.

Patient J : Patient HVC +, traité en 2006-2007 par Interféron. L'hépatite non seulement n'a pas répondu mais s'est aggravée de F1 à F3 durant le traitement. Celui-ci a été interrompu après six ou huit mois. Adressé en hépato à la Pitié-Salpêtrière où il lui a été prescrit un traitement inhabituel, Ursolvon. Ce patient a présenté depuis un cancer du poumon à petites cellules pour lequel il est traité par chimiothérapie avec un bonne réponse thérapeutique. Sur le plan de l'Hépatite C, la virémie est toujours positive, mais les transaminases sont normalisées depuis le début du traitement par Ursolvon.

Patient K : 4^e tentative de traitement chez un patient porteur de l'Hépatite C, génotype 1. Les tentatives précédentes n'ont pas dépassé 3 ou 4 mois, en raison de problèmes d'alcoolisation ou d'instabilité géographique. Traitement démarré début 2009, négativation PCR au 2^{ème} mois de traitement, maintien charge virale négative en juin. Pas de nouvelles depuis car le patient est suivi à l'hôpital de la Croix-Saint-Simon.

Patient L : Patient HVC + depuis plus de 20 ans. Suivi à la Pitié-Salpêtrière. Génotype 1. F1F2. Le patient n'est pas traité dans la mesure où les scores de fibrose ne s'aggravent pas et que le patient n'est pas très demandeur. Par ailleurs, son problème principal est une insuffisance respiratoire en rapport avec un emphysème tabagique.

Patient M : Patient porteur d'une Hépatite C découverte en 1990 au stade de cirrhose. Traité depuis 1995 par Interféron au long cours en raison d'une absence de réponse virale. Aggravation de la cirrhose et de l'insuffisance hépatique ayant conduit à une greffe du foie en 2007. Complication immédiate avec thrombose de l'artère hépatique nécessitant une deuxième greffe de foie quelques jours après la première. Malheureusement, fin 2009, le patient, qui n'a pas cessé d'être porteur du virus, a un fibrotest à F4 et un Fibroscan à 13.

Patient N : Patient porteur d'une Hépatite C depuis plus de 10 ans, stade F1, non traité en raison de la faible agressivité évolutive et de la grande instabilité psychosociale.

Patient O : Patient porteur d'une Hépatite C, génotype 1, a déjà eu un premier traitement interrompu prématurément. Patient en indication d'un deuxième traitement, mais n'ayant pas acquis une stabilité suffisante. Suivi social interrompu fin 2009.

Patient P : HIV+ depuis 1992, traité et contrôlé. HVC depuis 2002, génotype 4. Travailleur hyperactif. Bonne observance pour le traitement HIV, mais contrôle insuffisant au niveau des analyses de sang. Refuse pour l'instant de s'occuper de son Hépatite C, à cause de son travail qui de toute façon ne lui permettrait pas de se traiter.

Patient Q : Patient HVC +, F1F2, mais sans aggravation au fil des années puisqu'il était déjà F1F2 en 2004. génotype 1. Il serait plutôt en indication de traitement mais la présence d'une psychose sous-jacente non traitée ne permet pas pour l'instant une véritable prise en charge.

Patiente R : *Patiente HIV + non traitée. Le HVC est présent mais pas au premier plan car grande instabilité psychologique et sociale. Insuffisance rénale nécessitant une prise en charge négligée.*

Nous voyons que les principaux problèmes rencontrés sont :

- *Instabilité sociale, nomadisme médical lié au comportement instable du patient mais pouvant aussi témoigner de parcours institutionnels,*
- *instabilité ou fragilité psychologique,*
- *maladie VIH associée,*
- *alcoolisme ou toxicomanie en phase particulièrement active,*
- *parfois les facteurs limitants sont aussi simples que le retard que prend le patient à effectuer les bilans nécessaires,*
- *vrai ou allégué, le mauvais état veineux peut rendre redoutable certaines prises de sang,*
- *la Ponction Biopsie Hépatique n'est plus vraiment un obstacle dans la mesure où elle n'est plus indispensable actuellement sauf cas particulier. (Notamment en cas de pathologie VIH associée, ou de l'intrication de plusieurs facteurs hépatotoxiques).*

Nous observons que de plus en plus de patients sont motivés pour un deuxième traitement alors qu'un premier traitement déjà éprouvant s'était soldé par un échec. Nous avons observé qu'une deuxième ligne de traitement, parfois avec des doses renforcées et des durées plus longues ne sont pas forcément plus mal tolérées. On a l'impression parfois que le traitement passe mieux sur des patients « aguerris ».

Chaque parcours est un parcours particulier avec son lot d'inattendus qui sont le fait d'une maladie longue qui s'inscrit dans la vie d'un patient avec les changements de cap, d'orientation, de lieu, et les autres pathologies graves intriquées.

Activité vaccination contre l'Hépatite B :

La plupart des patients suivis à Charonne qui gardent des facteurs de risque pour l'Hépatite B et qui sont sérologiquement négatifs (Ac anti HBs – et Ac anti HB c -) se voient proposer une vaccination contre l'hépatite B.

Il est intéressant de noter quelques cas particuliers rencontrés en 2009.

Un patient dont le père est décédé d'une sclérose en plaques n'a pas été vacciné.

Deux patients HIV+ ayant déjà eu une vaccination contre l'Hépatite B sans réaction sérologique ont eu une deuxième série de 3 injections, alors que leur niveau immunitaire était meilleur (au dessus de 500CD4). Ces deux patients ont eu une réaction après leur deuxième série, certes faible (AC anti HBs entre 10 et 50 unités, mais significative).

Articulation Santé-Justice

Situation judiciaire	File active totale		Nouveaux patients	
Patients sous main de justice*	200	24%	92	28%
Dont injonction thérapeutique	53	6%	27	8%
Dont classement/orientation	27	3%	27	8%
Dont obligations de soins	93	11%	27	8%
Dont contrôle judiciaire	21	2%	9	3%
Dont autres	6	1%	2	0%
Antécédents d'incarcération	376	45%	104	31%
Total patients	842		331	

* données issues des fiches individuelles

L'intérêt de l'articulation soin/justice réside dans la possibilité de favoriser l'accès à un accompagnement médico-psycho-social tel qu'il est proposé à tous les patients du CSST-CSAPA. Force est de constater que peu de ces personnes se saisissent entièrement de la proposition de soin :

- soit qu'ils soient pris dans une dynamique de consommation sans désir de changement,
- soit que la mesure intervienne comme un accident de parcours (pour des consommations ne posant pas de problèmes à la personne.

Il n'en reste pas moins qu'un contact et une rencontre avec un établissement médico-social permettra au moins d'évoquer les risques - et en particulier le risque socio-judiciaire - liés aux des consommations, et de satisfaire à la mission de RDR du CSST-CSAPA.

Mesures de suivi effectuées

Suivis des mesures judiciaires	Total CSST CSAPA	Age moyen
Injonction thérapeutique	42	38 ans
Classement/orientation	27	30 ans
Obligations de soins	27	32 ans
Autres	15	-
Total	111	
Total patients	842	

Sur le site du CSST-CSAPA

Injonctions Thérapeutiques :

23 personnes ont bénéficié d'un suivi en rapport avec leur injonction thérapeutique. Ces mesures étaient prononcées pour usages de crack/cocaïne (13), cannabis (4), opiacés(6).

Classements avec orientation : 6.

Ces mesures étaient prononcées pour usages de cocaïne (2), cannabis (4).

Obligations de soins : 11.

Ces mesures étaient prononcées pour usages de crack/cocaïne (6), cannabis (1), opiacés(4).
Autres Mesures : 13.

Ces mesures étaient prononcées pour usages de crack/cocaïne (3), cannabis (2), opiacés(8).

Sur LA CONSULT' :

Injonctions Thérapeutiques : 19.

Produits incriminés : cannabis (15), cocaïne (4) Certains patients étant par ailleurs polyconsommateurs.

Moyenne d'âge : 24ans.

Classements avec orientation : 21.

Essentiellement pour usage de cannabis (18), alcool (1), opiacés (2).

Moyenne d'âge : 24 ans.

Obligations de soins : 16.

Les produits incriminés étaient le cannabis (12), l'alcool (4).Certains patients étant polyconsommateurs.

Moyenne d'âge : 24 ans.

Autres Mesures : 2.

Cannabis (1), cocaïne (1).

Moyenne d'âge : 21 ans.

Activité d'aide juridique

Maryam MOAVEN - ADSP

131 permanences 580 interventions 173 personnes reçues	Droit administratif	44%
	Droit pénal	21%
	Droit de la famille	13%
	Autres	15%

Trois permanences hebdomadaires sont dispensées par une juriste, salariée de l'association « Accès aux Droits, Solidarité Paris » dans le cadre de l'accès aux droits des personnes les plus démunies et de la lutte contre l'exclusion.

509 interventions ont été menées auprès de 173 personnes différentes parmi lesquelles 93 ont été reçues pour la première fois (53%). Parmi les personnes reçues au moins une fois, 62% sont revenues pour le même problème juridique, alors que 21% ont exposé un problème de nature différent.

Répartition des 580 interventions	
Informations	509
Courriers - constitution de dossier	149
Recours	35
Orientations	13
Accompagnements	17
Suivis de dossier	240

Caractéristiques des publics reçus sur ces permanences :

*Le public de ces permanences reste en majorité masculin.
149 hommes dont 76 nouveaux, 24 femmes dont 17 nouvelles.*

46% ont entre 26 et 39 ans, 52% ont entre 41 et 60 ans.

Ces personnes sont en majorité isolées et en rupture familiale (74%), contre 15% mariés ou en union libre, et 9% sont divorcées ou séparées.

78% sont d'origine étrangère non communautaire.

24% exercent une activité salariée, dont 18% des emplois précaires (CDD, Intérim), 23% sont allocataires d'une prestation sociale, 44% sont sans ressource.

Diversification des domaines juridiques exposés confirmée en 2009

Droit administratif (droit des étrangers) 44%

Droit civil (dont droit de la famille++) 20%

Droit pénal 25%

Autre 15%

- 1. Le droit administratif (droit des étrangers, asile ou autre) a été évoqué dans 44% des cas. Il s'agit principalement de demandes de titre de séjour, renouvellements de refus d'admission au séjour, mesures d'éloignement... Ces personnes cherchent alors des informations et des conseils et une aide pour la compréhension des dispositions légales mais surtout une solution à leur situation au regard du droit au séjour.*

La juriste, en plus de la diffusion d'informations, rédige de nombreux courriers, requêtes et recours (recours à l'encontre des décisions de refus de séjour, requête en relèvement d'interdiction du territoire français, courriers aux diverses administrations... Ce qui représente près de 90% des cas dans ce domaine). Lorsque la situation l'exige, des accompagnements sont effectués jusqu'à la Préfecture de Police.

- 2. Le deuxième domaine du droit le plus fréquemment invoqué est le droit pénal : demande de report de date d'audience, recherche de jugement et d'avocat, demande de levée de mention sur le casier judiciaire et explication de la procédure contentieuse...*

3. Le droit civil est souvent en cause à travers :

- 13% le droit de la famille (divorce, reconnaissance d'enfant naturel, exercice de l'autorité parentale...),
- 4% le droit locatif (expulsion, quittance...),
- 3% le droit du travail,
- 10% le droit en succession, consommation, bancaire, surendettement, assurance, travail, sécurité sociale,
- 3% l'action sociale et administrative.

Le travail du consultant juridique s'articule avec celui du travailleur social. Ainsi pour une meilleure compréhension et résolution de chaque situation et dans l'intérêt de l'utilisateur, cette collaboration réciproque est nécessaire et fructueuse.

Pour conclure, il convient de souligner la fréquentation des permanences, la bonne compréhension de leur objet, et la parfaite intégration au travail du CSST-CSAPA, favorisé par le détachement de la même juriste depuis septembre 2002. Le financement de ce poste est demandé depuis de nombreuses années et figure au projet d'établissement.

Les activités collectives

Groupes mis en place depuis 2006 : <ul style="list-style-type: none"> Sorties socio-thérapeutiques du mercredi Atelier Guitare Créations 2008 : <ul style="list-style-type: none"> Atelier Arts Divers Atelier Vidéo Atelier Art et Prévention A partir et en collaboration avec les CAARUDs : <ul style="list-style-type: none"> Français Langue étrangère Caarud 10 Sorties socio-culturelles Caarud 18 Atelier RDR Groupe de consultation des usagers (type C.V.S.)	<u>ACTIVITÉS</u> <u>DE</u> <u>GROUPE</u> <u>Dans l'Association Charonne</u>	
	Nombre de groupes réguliers	6
	Nombre de réunions/séances	123
	Nombre de patients concernés	~ 70 ¹

Activités	Nombre de séances	Moyenne de participation	File active	Nombre de participations
• Sorties du mercredi	45	6	40	270
• Guitare - Musique	30	3	15	90
• Arts divers	8	2	6	16
• Vidéo	10	3	5	30
• Théâtre	20	4	10	80
• Tourikiki	10	6	11	60
Consultation des Usagers (loi 2002)	7	8	15	56

¹ Certaines personnes participent à plusieurs activités.

LES ACTIVITÉS SOCIO-THÉRAPEUTIQUES

Etude qualitative des forces et des freins institutionnels / actions collectives

D'après le rapport de stage d'Intervention Sociale d'Intérêt Collectif (ISIC)

Mariel-Ange LENNE, Stagiaire A.S.

Depuis 2004, plusieurs travailleurs sociaux ont mis en place des ateliers hebdomadaires ouverts aux publics fréquentant l'association. L'ensemble de ces actions se s'appuient sur la méthodologie du travail social de groupe fondée sur l'aide mutuelle.

Le succès de la première activité (les sorties du mercredi) a poussé plusieurs professionnels à en créer d'autres en fonction de leur sensibilité à l'art plastique, à la musique et au montage vidéo. C'est dans ce contexte que sont nés les ateliers guitare, art divers, théâtre et vidéo. Ses initiatives ne se sont pas nées d'une analyse des besoins.

En 2009 deux éducateurs des CAARUDs ont assuré les activités Guitare et Vidéo, une intervenante extérieure animait l'atelier Théâtre, un éducateur du CSST-CSAPA une activité Arts Divers et enfin une assistante de service social assurait des Sorties hebdomadaires socioculturelles.

En raison de l'exiguïté des locaux, les activités se sont déroulées au sein d'un CHRS à proximité du CSST-CSAPA (Centre Espoir de l'Armée du Salut), L'atelier Vidéo se déroule au sein du CAARUD 18.

Les personnes ayant participé aux ateliers sont majoritairement des hommes et, la moyenne d'âge est d'environ quarante ans. Elles sont très éloignées de l'emploi, en grande difficulté sociale et/ou psychologique...

Un constat

Sur les cinq ateliers, seules l'activité guitare et les sorties culturelles sont investies régulièrement. Une moyenne de cinq à sept personnes les fréquente contrairement aux autres ateliers qui ne sont que ponctuellement investies par deux à trois personnes.

Une évaluation nécessaire

- Analyser les facteurs contribuant à l'occupation et à l'inoccupation de certaines actions,
- faire émerger la parole et les besoins des usagers,
- évaluer les bénéfices des actions collectives,
- restituer cette évaluation aux professionnels et aux représentants des usagers.
- **A terme : Réajuster certaines actions menées.**

Méthodologie :

L'observation participante et des entretiens semi-directifs auprès des usagers participants aux activités, des usagers non concernés par l'action et de l'ensemble des professionnels engagés dans ces interventions collectives.

Les grilles d'entretien pour les participants usagers ou professionnels aux actions collectives tournaient autour de plusieurs thématiques : la fréquentation, les objectifs et les bénéfices de

l'action collective, les difficultés rencontrées et les éléments à améliorer...

Quant à la grille en direction des personnes ne fréquentant pas les ateliers, portait sur la connaissance des ateliers, les éléments expliquant leur absence et sur les propositions qu'ils pourraient apporter.

Mise en œuvre de l'action d'évaluation (stage ISIC)

- *Période d'observation des activités mises en place.*
- *Participation aux réunions internes sur le thème des actions collectives.*
- *Rencontre des patients lors de la participation aux différents ateliers, et contact avec un « référent-patient » pour chaque activité (interview de 4 personnes participant régulièrement aux actions collectives + 2 ponctuellement).*
- *Rencontre avec des patients ne participant pas aux activités, mais suivis sur le CSST-CSAPA Charonne et, interviews de 3 personnes ne s'investissant pas dans ces actions.*
- *Interviews des 5 professionnels animant les activités.*

L'analyse :

L'investissement des activités : un choix conditionné

- *Rêve jamais réalisé ou référence à une activité professionnelle passée.*
- *Sélection d'un atelier conditionnée par les expériences négatives passées (prison, hospitalisation psychiatrique, foyer ASE...).*

Le lieu des activités peut être réhibitoire

- *Se délayer sur un CAARUD, près des scènes et lieux de deal, de consommation ou de prostitution.*
- *Se déplacer sur un autre lieu (CHRS Cantagrel) suppose des motivations plus affirmées (atelier musique) que de saisir une activité à partir du lieu de soin habituellement fréquenté.*

Une organisation remise en question

- *Lieu du Rendez-Vous pour le groupe,*
- *faible dans la régularité (hebdomadaire) de l'atelier (par exemple du fait de l'indisponibilité de la salle...),*
- *difficulté de communication CHRS - Centre de Soins : réalité de la collaboration au-delà de la mise à disposition de locaux.*
- *et surtout une communication insuffisante autour des ateliers constitue un frein important*
 - *connaissance insuffisante des usagers et des professionnels des activités proposées, de leur actualité, de leur contenu,*
 - *valorisation et reconnaissance insuffisante parmi les professionnels des activités collectives... Du fait de la culture de l'intervention dominée par l'approche individuelle... comme seule validée.*

- *Les problématiques des patients comme cause au non-investissement :*

Les difficultés personnelles semblent prendre le pas sur les activités : assumer les relations, surtout nouvelles, et/ou et se présenter physiquement et psychologiquement affaibli face au groupe... altérité est vécu comme un miroir renvoyant ses propres problématiques et son mal-être...

A contrario, la présence au sein des activités peut correspondre à des moments où, dans leur vie quotidienne, ils se sentent capables physiquement et psychologiquement, d'être dans un groupe et de s'y confronter.

Pour les usagers également, les actions collectives au regard des démarches individuelles (logement-hébergement, démarches administratives, problèmes de santé..., incompatibilité / leur rythme de vie).

Les bénéfices des activités difficiles à cerner pour les usagers

L'ensemble des patients évoque que le contact avec les autres participants leur procure une satisfaction : rompre l'isolement, sortir de chez soi, être stimulé ou apaisé (soulagé) par les activités de groupe.

Vis-à-vis des intervenants : une parole plus libre que dans les entretiens individuels.

Ainsi certains objectifs des ateliers semblent réalisés

- *« Satisfaction » des participants,*
- *autre rapport usagers - intervenants.*

Mais certains objectifs restent flous pour les participants et des demandes des usagers sont à ce jour insatisfaites (atelier informatique, séjours...).

Les propositions

- *Présentation de cette évaluation dans les différentes réunions d'équipe.*
- *Présentation auprès des patients dans le cadre du groupe d'expression des usagers : favoriser leur parole et leur participation dans l'organisation et dans la construction des actions collectives que ce soit sur la globalité ou concernant chaque atelier.*
- *Consulter les professionnels ne participant pas aux ateliers (psychologues, médecins, cadres intermédiaires, direction...).*
- *Redéfinir pour chaque atelier des objectifs concrets, et des modes d'organisation (lieu, supports de médiation culturels ou artistiques).*

Les sorties du mercredi

Marie-France LENCZER, A. S. CSST-CSAPA et CAARUD 18

En quelques chiffres :

- 45 sorties.
- Ayant concerné au total 40 personnes différentes pour 270 participations (en moyenne 6 personnes par sortie).
- Parmi ces 40 patients :
 - 20 sont suivies sur le CSST-CSAPA ambulatoire
dont 2 patients résidents des A.C.T
 - 17 sont hébergées en chambres d'hôtel
 - 3 en Appartement Thérapeutique
- Une moyenne de 6 participants par sortie (groupes de 3 à 10).
- Une moyenne de 7 sorties par personnes :
 - fidèles (>20 participations),
 - réguliers (18 personnes pour 5 à 15 participations),
 - ponctuels (1 à 4 participations).

En 2009 l'activité s'est déroulée sur 45 mercredis. La file active a été de 40 personnes dont 9 femmes.

Pour participer à l'activité, il suffit d'être présent au centre de soins entre 14h et 14h30, et d'avoir envie de partager u moment agréable, quelques heures avec des personnes qu'on ne connaît pas ou peu. Si la situation est trop difficile à soutenir, chacun peut quitter le groupe à tout moment (la seule règle est de prévenir l'intervenant). S'il fait beau, le groupe se rend à pied à destination (musée, exposition...). Après la visite le groupe choisit un café pour partager sur ce que l'on vient de voir ou de faire (... apprécié ou pas), mais aussi pour se raconter des évènements petits ou grands de la semaine écoulée. On « refait le monde », et on prépare les prochaines sorties. Ainsi après la visite de la « Tour Saint Jean », et un échange très investi avec la conférencière, le projet est conçu d'aller à la découverte des traces de l'enceinte Philippe Auguste; l'itinéraire est dessiné sur un plan de Paris, et le programme pour une journée ensoleillée au printemps est tracé.

Si la petite phrase « Bonne Promenade » qui accompagnait le départ du groupe a pu irriter... elle paraît finalement assez bien choisie... Et si ce n'est que cela, une bonne promenade, mais que les personnes se sentent mieux après qu'avant...

Et que dire de ce travail, comment l'évaluer ? La pensée du philosophe Jankélévitch sur « le je ne sais quoi et le presque rien » doit nous permettre d'y réfléchir.

Atelier « Arts Divers »

Pascal MORGAN, Educateur CSST-CSAPA

Activités de dessin, encre, pastel, aquarelle, modelage, masques... On constate la faible fréquentation de cette activité (en moyenne 2 participants par séance). Les raisons : le faible investissement des usagers, pour lesquels ce type d'activité ne renvoie pas à une priorité, l'implantation de l'atelier et son éloignement, le peu de promotion ou la mauvaise promotion autour des activités par l'institution...

Cet atelier est largement moins fréquenté que les sorties du mercredi et/ou l'atelier musique – guitare.

Pourtant beaucoup de personnes fréquentant le CSST-CSAPA expriment régulièrement leur ennui, leur solitude et leur souhait de participer à des activités. Mais lorsqu'il s'agit de se mobiliser, elles se manifestent par leur absence.

La question est aussi posée de l'accompagnement éducatif vers les activités de groupe ? Interrogation qui rejoint celle des usagers qui ont également peine à évaluer le bénéfice de leur participation (une présence dans le lieu et l'instant, sans impact tangible en terme de résultat au contraire de nombre de démarches administratives ou de soin... si ce n'est un mieux-être momentanément!).

Pourtant quelque trace : la participation à une exposition à la piscine de la Butte aux Cailles pour le 150^{ème} anniversaire de l'entrée du 13^{ème} arrondissement dans la Commune de Paris...

Atelier Guitare, musique

Pascal MINEAU, Educateur CAARUD Beaurepaire

L'atelier guitare se déroule tous les mardis après-midi de 14h à 17h dans les locaux de l'Armée du Salut au 12 rue Cantagrel dans le 13^{ème} arrondissement. Les usagers participants, le font de manière volontaire. 30 séances se sont tenues en 2009.

La file active est de 15 personnes dont deux femmes, sur l'année 2009 avec une moyenne de trois participants par séance.

Les participants peuvent venir quand ils en ont envie, aussi souvent qu'ils le souhaitent, et rester le temps qui leur convient. Cette liberté est primordiale car ils peuvent donc s'investir en confiance, en restant maîtres de leurs choix. Le titre « Atelier Guitare » a son importance.

C'est avant tout un espace de paroles et de créations de liens avec les usagers. Il leur permet d'exprimer leurs émotions, leurs envies, leur état du moment de manière détournée. On remarque d'ailleurs que les niveaux instrumentaux sont très variés, allant du novice aux musiciens confirmés. Cette différence amène des interactions entre les usagers qui sont vraiment intéressantes. Cet aspect de socialisation est motivant et compliqué à mettre en application de part le caractère de chacun.

Ex : Il arrive parfois qu'un usager bon guitariste B. s'occupe d'un débutant C. avec beaucoup de patience, ceci est très enrichissant à observer. Le plus difficile est de les

faire jouer ensemble avec leur différence de niveau et en s'écouter. Les usagers n'ont pas les mêmes attentes, en ce sens, certains viennent seulement pour jouer de la guitare et d'autres pour la qualité de l'écoute et de l'échange.

Un autre aspect important est que cet atelier guitare renouvelle l'estime et la confiance en soi des usagers. Les participants débutants, qui progressent et voient leurs améliorations et sont très souvent surpris d'eux-mêmes, s'en croyant incapables.

Le projet pour 2010 serait d'animer l'atelier guitare dans les locaux d'Itinérances (Aurore) qui dispose d'une salle en sous-sol d'une surface approximative de 40 m² avec des placards bas pour ranger le matériel. Ce projet émerge d'un désir des usagers qui préfèrent être sur le quartier de République plutôt que de se déplacer dans le 13^{ème} arrondissement de Paris. Cela s'explique par l'aspect plus pratique pour eux de se rendre à l'atelier guitare et de l'intervenant qui se rendrait à cet atelier plus rapidement et plus régulièrement.

En fin d'année, des usagers d'autres structures (Ego, Pierre Nicole) ont participé à l'atelier guitare.

Les groupes d'expression des usagers CSST

Corinne FENERAND, Assistante Sociale CSST-CSAPA

Sept réunions ont été organisées sur l'année 2009, soit une réunion tous les deux mois. A ces réunions ont participé en moyenne 8 usagers. Un groupe de personnes plus investies dans le fonctionnement institutionnel se dessine peu à peu.

Les thèmes abordés au cours de ces réunions en 2009 :

- Elaboration d'un questionnaire de satisfaction, ses modalités de passation, son dépouillement et ses résultats.*
- Présentation par corps professionnel des modalités de travail (éducateur, assistant social, psychologue, médecin...).*
- Accueil d'un représentant de l'ANESM et le travail sur le cadre de ces évaluations.*
- Présentation et participation de ASUD.*

Un aller et retour entre le groupe d'usagers et les équipes est assuré par les professionnels de l'équipe présents aux réunions, et soutenant leur organisation. La présence d'un membre d'ASUD est essentielle au maintien et au soutien de la dynamique.

LA CONSULT' : CONSULTATION « JEUNES CONSOMMATEURS »

Descriptif de l'activité :

La Consult' - Consultation Jeunes Consommateurs de l'Association Charonne - s'est ouverte au public en début d'année 2005. Elle est destinée aux jeunes consommateurs de substances psychoactives et à leur entourage.

Son rôle est de « favoriser une évaluation de l'ensemble des consommations et un diagnostic de l'usage nocif ; délivrer des informations et des conseils personnalisés ; de proposer des interventions brèves et en particulier d'utiliser des approches motivationnelles, d'orienter si nécessaire vers une prise en charge plus lourde en milieu spécialisé ». Elle a aussi pour mission de promouvoir la réduction des risques.

Cette consultation est ouverte aux familles ainsi qu'à l'entourage des consommateurs au sens large, y compris les professionnels.

Les entretiens sont menés conjointement par deux professionnels : un psychologue et un éducateur spécialisé ou une coordinatrice sociale. En 2008, l'équipe a été étoffée par l'arrivée d'un second psychologue (CSST-CSAPA) à partir de l'été. Ce qui a permis d'instaurer la mise en place de psychothérapies individuelles au sein même du service. Un médecin psychiatre peut être sollicité dans un second temps, afin d'affiner l'évaluation et de prendre en charge les patients sur le plan médical.

Cet accueil est assuré sur rendez-vous les mercredis après-midi et le samedi matin.

Une séquence de 3 à 4 entretiens d'évaluation échelonnés sur 1 mois est d'entrée proposée. Il ne s'agit pas d'inscrire des jeunes, qui ne le demandent pas, dans une démarche psychothérapeutique. Néanmoins, il n'est pas exclu d'accompagner sur une plus longue durée, ceux qui le souhaitent.

L'équipe évalue avec la personne accueillie son type de consommation et l'éventuelle problématique psychologique ou socio-éducative dans laquelle elle s'inscrit.

Il ne s'agit donc pas uniquement d'explorer les seuls aspects psychologiques mais bien d'évaluer un comportement complexe dont les déterminants sont multiples : dimensions sociales, éducatives, culturelles dans lesquelles s'inscrivent ces comportements.

En fonction de ce bilan, sont proposés :

- Une aide au changement :
 - Aide à l'arrêt de la consommation,
 - Aide au maintien de l'abstinence et prévention de la rechute : favoriser la recherche de solutions alternatives par des activités socio-éducatives.
- Une orientation vers les structures les plus adaptées, spécialisées ou non.
- Une écoute et des conseils aux proches s'interrogeant sur la consommation avérée ou non d'un jeune.
- Un soutien aux différents professionnels en contact avec des consommateurs.
- Une information sur les produits et les dispositifs de prévention, d'accompagnement et de soins.

Les pratiques de La Consult' s'inscrivent dans le champ de l'intervention précoce : stratégie d'action qui va de la prévention à l'accès aux soins dont l'objectif élémentaire est de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'une pathologie et la mise en œuvre de traitements ou de prises en charge adaptées.

File active et activité

<p><u>163 situations</u></p> <p>136 jeunes consommateurs</p> <p>dont 27 avec leur entourage</p> <p>+ 9 membres entourage sans le jeune concerné</p>	<p>96 permanences</p> <p>1.115 actes</p> <p>463 actes socio-éducatifs</p> <p>450 actes psychologue</p> <p>202 consultations médicales</p>
---	--

La fréquentation de La Consult' a connu une croissance régulière depuis son ouverture. L'année 2009 confirme l'augmentation de l'activité puisque la file active s'élève à 136 jeunes consultants (+17% / 2008) (110 hommes pour 26 femmes) dont 27 reçus avec une personne de leur entourage : 15 membres de la famille et 12 professionnels en demande par rapport à la situation d'un jeune.

Dans 9 situations, seul un ou plusieurs membre(s) de l'entourage a (ont) été rencontré(s), en l'absence du consommateur.

Les entretiens se déroulent sur une moyenne légèrement supérieure à une heure, ce qui limite le nombre de personnes potentiellement accueillies. La « file active » et ses fluctuations ne peuvent être interprétées indépendamment de cette variable.

Le nombre total d'actes de consultation s'élève à 1.115 (+29% / 2008) : 1.050 actes concernent des jeunes consommateurs et 65 actes pour les situations où le consommateur est accompagné d'un membre de l'entourage.

Les prises en charge prennent toujours en compte l'environnement familial des consommateurs. Ceci reste en accord avec l'un de nos objectifs initiaux : ne pas poser comme préalable la présence du consommateur au début d'une intervention précoce. Il s'agit de prendre en compte le soutien parentalité et l'élaboration d'une alliance thérapeutique pour faciliter et contribuer à l'adhésion d'une démarche de soins des jeunes concernés.

La présence très régulière du médecin psychiatre a permis d'adapter l'offre de soins aux caractéristiques du public en prenant notamment en compte les comorbidités somatiques ou psychiques tant individuelles que familiales.

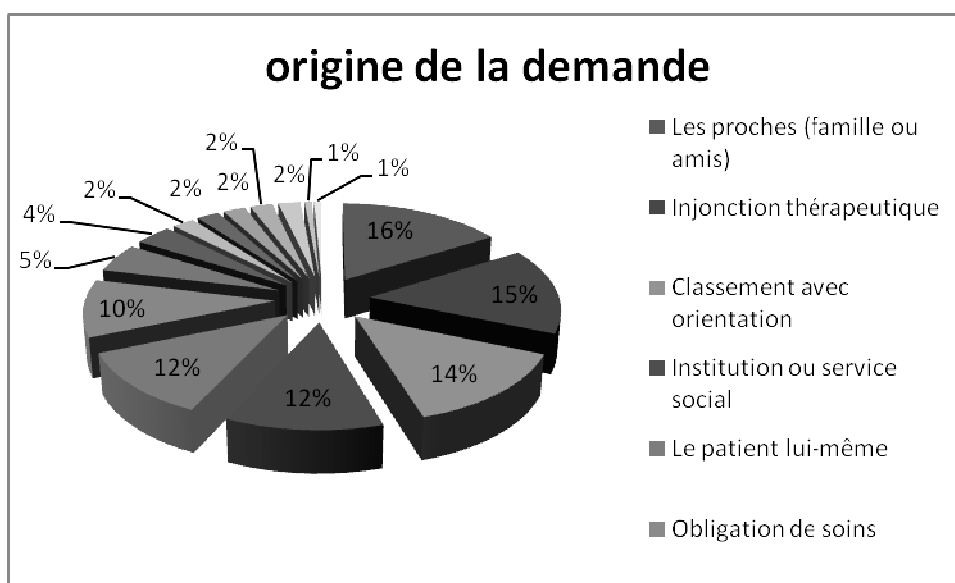
Le nombre d'actes pour les consommateurs seuls se détaillent comme suit : 202 consultations médicales, 463 actes éducatifs, 450 pour les psychologues.

Parmi les usagers, le nombre moyen de rendez-vous honorés est de 5 ; 46 usagers ne sont venus qu'une seule fois dont 12 sont des « classements avec orientation ».

Amont et Aval : Les partenariats

Les sources d'accès à La Consult' sont :

- d'abord la justice (pré et post-sentencielle) : 58 situations,
- son réseau de partenaires : 31 situations,
- l'entourage familial : 22 situations,
- les initiatives individuelles : 16 situations,
- et enfin le numéro vert « Cannabis » : 10 situations (Drogues Alcool Tabac Info Service : DATIS).



La Consult' n'a néanmoins pas totalement la maîtrise de son recrutement qui est dépendant d'un réseau « d'envoyeurs » multiples et donc soumis à des contraintes de communications complexes qui impliquent une bonne connaissance (pas toujours immédiatement disponible - et donc à construire -) du tissu social, éducatif, associatif, sanitaire, etc.

C'est pourquoi, les contacts avec les différents partenaires de droit commun, susceptibles d'intervenir en amont et en aval, sont entretenus aussi régulièrement que possible : travail de maillage éclaircissant le rôle de chacun, les limites de l'action des professionnels de la consultation...

En effet, l'objectif n'est pas d'assurer la totalité de la prise en charge en se substituant aux interlocuteurs habituels du jeune ; mais au contraire de qualifier le réseau pour éviter la stigmatisation du consommateur comme « toxicomane ».

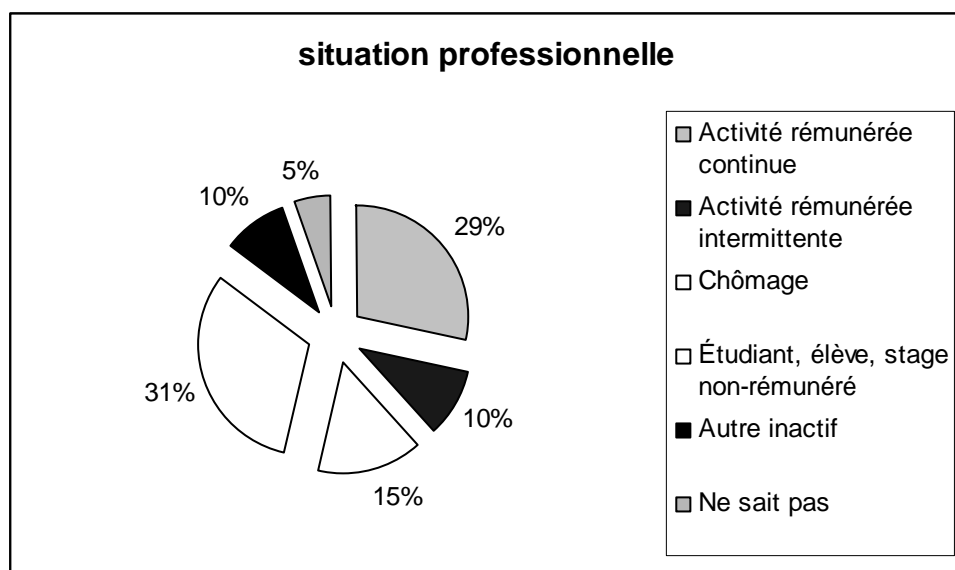
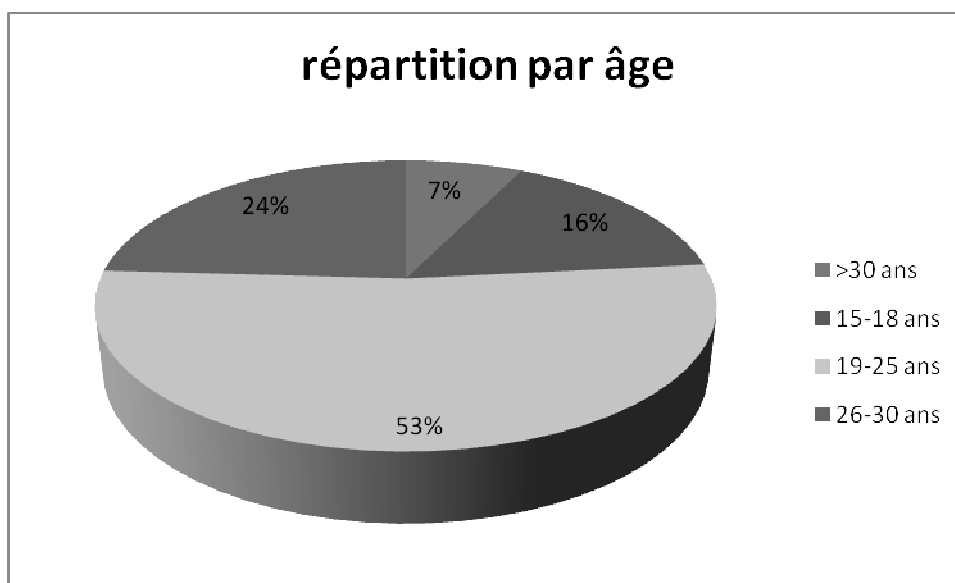
L'intervention porte ainsi sur un accompagnement concernant les conduites addictives et sur le maintien des référents extérieurs.

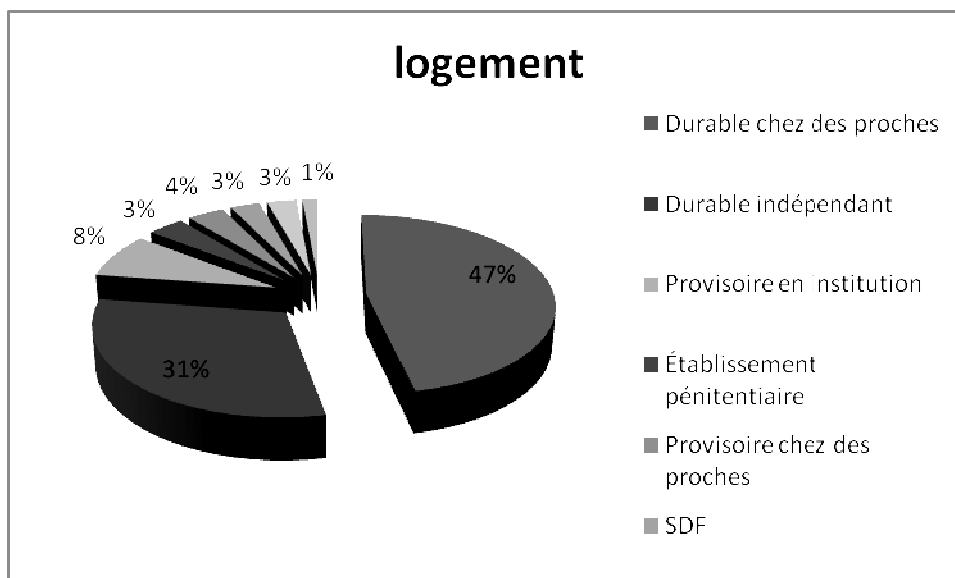
En aval de l'évaluation proposée, la création de passerelles avec ce type de structures est prise en compte dans la mesure où certaines situations peuvent nécessiter des orientations d'ordre professionnel, social, culturel etc., s'il n'en existe pas encore dans l'environnement du jeune.

Caractéristiques des jeunes consultants

L'âge moyen des consultants est de 23 ans (21 ans pour les femmes et 23 ans pour les hommes).

En termes de répartition par âge, 69% des consultants ont moins de 25 ans.





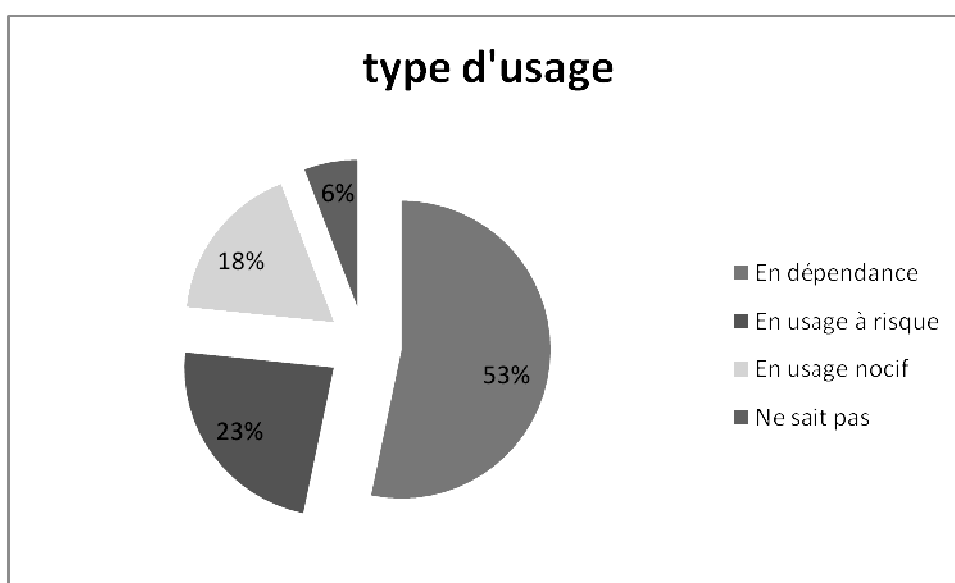
Nous retrouvons la même proportion d'actifs dans la file active qu'en 2008 :

Une population qui est plutôt insérée, ce qui valide le choix d'inscrire les missions de La Consult' dans le cadre de l'intervention précoce.

En effet, cette partie de la population reçue présente les signes précurseurs d'une désinsertion à venir possible - absentéisme et échec scolaire, dégradation et désinvestissement des centres d'intérêts habituels et des relations affectives - tensions familiales liées à l'usage de substance - isolement, etc.

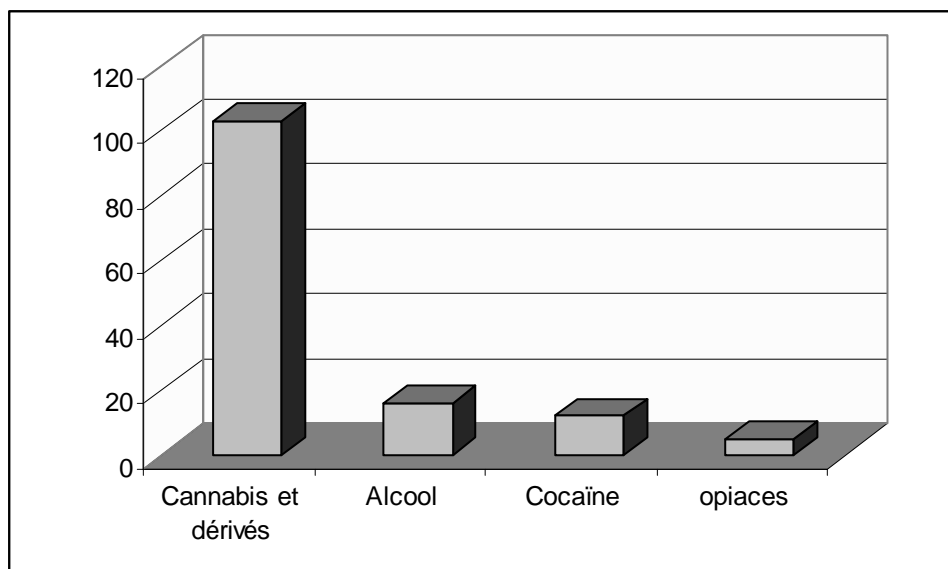
Produits consommés

La quasi-totalité des demandes concerne la prise en charge effective d'une consommation abusive ou d'une dépendance. La plupart des sollicitations mettent en avant un désir de changement sans pour autant viser à une abstinence immédiate.



Le cannabis reste le produit largement dominant dans les demandes de consultations, suivi de l'alcool, de la cocaïne et des opiacés.

Le travail de sensibilisation auprès des partenaires sur l'accueil de La Consult' ouvert aux jeunes consommateurs de substances licites et illicites (pas uniquement le cannabis), ainsi que le bouche-à-oreille parmi les usagers peuvent expliquer l'augmentation de la consommation des autres produits.



Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables	Produit 1	Produit 2	Produit 3	Au total	
Alcool	14	19		33	24%
Tabac			136	136	100%
Cannabis et dérivés	106	17		123	90%
Héroïne	3	1		4	3%
BHD hors prescription	1			1	0%
Méthadone® hors prescription	1			1	0%
Sulfates de morphine	1	2		3	2%
Dérivés codéinés					
Cocaïne	9	9		18	13%
Crack	1	1		2	1%
Amphétamines					
Ecstasy		1		1	0%
Antidépresseurs					
Benzodiazépines		1		1	0%
Autres hypnotiques					
LSD et autres dysléptiques		2		2	1%
Colle solvants		1		1	0%
+Autre substance					
Addiction sans produit		4		4	3%
Total	136	58	136	136	

Les orientations

Type d'orientations	Nombre d'orientations
CSST	8
Hospitalisation	4
Centre Thérapeutique résidentiel	3
Psychiatre de ville	2
Généraliste de ville	3
Suivi Psychologue hors Charonne	3
Service sociaux de droit commun	5
Autres	14

Les possibilités de prises en charge pluridisciplinaires au sein de La Consult' expliquent le nombre important de personnes n'ayant pas bénéficié d'orientations extérieures car elles ont été suivies au sein même du dispositif. Par ailleurs, nous avons eu également recours à l'auto-orientation vers notre CSST-CSAPA pour des consommateurs nécessitant notamment un traitement de substitution, mais aussi un suivi global. Certaines personnes se sont vues proposées plusieurs orientations.

PERSPECTIVES

Le **travail avec les familles** demeure essentiel. Leur accueil implique un travail parfois long d'analyse des représentations qui y circulent concernant les drogues et leurs usages; ainsi qu'une observation attentive de leur évolution. Ainsi, une consommation même ancienne ou au contraire occasionnelle de cannabis notamment peut « venir expliquer » une dégradation des relations parents-enfant, un désintérêt scolaire ou une foultitude de comportements « étranges ». Le plus souvent, nous nous retrouvons dans le domaine de la « drogue prétexte » qui obture souvent une problématique plus complexe au sein de la famille. Dans la même veine, nous avons été confrontés à plusieurs reprises à des situations très compliquées et parfois enkystées depuis des années où « la drogue » venait masquer ou dissimuler le développement d'une comorbidité psychiatrique qui, de ce fait, n'était pas prise en charge. Dans un certain nombre de cas et notamment s'agissant de mineurs ou de jeunes majeurs vivant au domicile des parents, il est apparu que le travail avec les familles était indispensable à une bonne prise en charge du consommateur avéré ou supposé, occasionnel ou régulier, festif ou dépendant.

Un autre axe porte sur celui de la réflexion avec d'autres professionnels qui prennent en charge des jeunes, qui s'avèrent être des consommateurs de substances psychoactives. Ces consommations peuvent compromettre leurs projets, voire les faire échouer. Or, parmi eux, certains ne reconnaissent pas être en difficulté ou sont relativement réticents à l'idée d'un suivi spécialisé. Aussi, nous maintenons des propositions d'**intervision** « consultations sans

patients » pour ces professionnels. Il s'agit d'articuler de façon pertinente les propositions de La Consult' aux logiques des autres intervenants, avec le double objectif de favoriser l'accès aux soins et d'accompagner les équipes dans la prise en charge de situations incluant ces problématiques addictologiques.

Enfin, nous sommes partis du constat que la plupart des consommateurs reçus sont encore ou inscrits dans la cellule familiale, ou « institutionnalisés », c'est-à-dire bénéficient d'une prise en charge socio-éducative (équipes ASE, PJJ...). Les jeunes en errance qui pourraient présenter des conduites addictives, échappent donc le plus souvent à la proposition de prise en charge au sein de La Consult'.

Afin de répondre à cette situation, nous avons travaillé à la mise en place d'une collaboration avec l'équipe de prévention spécialisée "Nord Way" de l'association Arc 75 intervenant à la Gare du Nord et de l'Est.

D'autres partenariats ont été inaugurés et consolidés dans le champ de la protection de l'enfance, de la prévention spécialisée (ASE, Urgences Jeunes, Fondation d'Auteuil, Le Lieu-Dit, Fondation Jeunesse Feu Vert, Itinérance...). Des actions collectives ont été menées notamment en termes de prévention scolaire dans le lycée de Saint John Perse, une information auprès des travailleurs sociaux de la DASES.

EVALUATION 2009 PROJET CHARONNE La Consult' / ARC 75 Nord Way

Depuis fin novembre 2008, La Consult' collabore étroitement avec l'association parisienne de Prévention Spécialisée Arc 75 et plus particulièrement avec l'équipe Nord Way intervenant à la Gare du Nord et de l'Est. Ce partenaire cherche en effet à « se réajuster sans cesse aux besoins du secteur d'implantation que, précisément, la Prévention Spécialisée contribue à infléchir »¹. De son côté, La Consult' s'inscrit dans le champ de l'intervention précoce, stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins ; l'objectif en est de raccourcir autant que possible, le délai entre l'apparition des premiers signes d'une pathologie et la mise en œuvre de traitements ou de prises en charge adaptés².

Le présent projet vise à améliorer l'état de santé des jeunes consommateurs connus et suivis par Nord Way et de ceux qui pourraient être identifiés comme nécessitant un accompagnement ad hoc, en s'appuyant sur la mutualisation des savoir-faire de chaque équipe.

En termes opérationnels, il s'agit de faciliter :

- Un espace de parole spécifique sur la question multidimensionnelle des consommations de substance psychoactives,
- l'accès de ces jeunes consommateurs vers les structures médico-sociales spécialisées à moyen / long terme.

¹ Conformément à la circulaire du 17 octobre 1972 définissant la prévention spécialisée

² Cette politique d'intervention est bien connue et clairement définie en Amérique du Nord où elle a été particulièrement développée dans un certain nombre de politiques publiques face à certains problèmes de santé publique tels que l'autisme, la psychose et, plus récemment, les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues.¹

Les conditions dans lesquelles les liens s'opèrent en Prévention Spécialisée sont emblématiques de l'enjeu plus général sur la nature des relations qu'il est possible d'établir avec des jeunes vulnérables.

La formulation d'une demande ne peut constituer un préalable.

Le travail passe par un temps d'observation mutuelle où l'équipe et les jeunes interagissent sur le plan de l'appropriation et de l'acceptation.

Dans ce contexte, La Consult' a externalisé un certain nombre de ses offres selon des modalités clairement définies, à savoir une présence sur le territoire toutes les 15 jours (une fréquence de 3 semaines a été d'abord tenue les 6 premiers mois), de la coordinatrice sociale de La Consult' en binôme avec des professionnels de Nord Way.

Cette organisation vise au développement d'une stratégie qui associe :

L'augmentation de la réceptivité et la motivation au changement des jeunes consommateurs.

La formation continue³ des acteurs en contact avec la population repérée.

La mise en place d'actions coordonnées.

En termes d'évaluation, nous sommes partis du postulat que « la démarche évaluative est multiple ; elle ne peut être réduite à l'observation de tels ou tels indicateurs chiffrés, y compris ceux provenant des équipes de terrain ».⁴

Public ciblé par ce projet

Nous distinguerons l'intervention auprès du public en fonction du niveau de connaissance de l'équipe Nord Way :

- Les jeunes pour lesquels la relation avec ces professionnels est instaurée et qui présentent pour beaucoup d'entre eux des conduites addictives problématiques.

Ils se trouvent dans une situation d'errance consécutive à des situations de ruptures successives. Ancrés territorialement, ces jeunes ne se reconnaissent plus et ne se retrouvent pas dans des espaces-temps structurants et « cadrants » (famille, école, cadre social).

- Des jeunes usagers de drogues fréquentant la Gare du Nord et de l'Est de manière moins chronicisée ; selon l'évaluation les éducateurs de Nord Way, ils semblent moins désocialisés. Ce public est plus difficilement accessible aux contacts.

Les modalités pratiques de co-intervention

Depuis la concrétisation de l'intervention mutualisée, 18 sorties ont été réalisées avec une présence moyenne de 6 heures. Le travail de rue s'est d'abord déroulé en fin de journée et la nuit, afin d'instaurer les premières rencontres avec les jeunes usagers de drogues au regard de

³ Les équipes d'Arc 75 ont bénéficié de formations spécifiques sur les conduites addictives, délivrées par l'Union des Clubs et Equipes de Prévention Spécialisée de Paris.

⁴ Introduction du rapport d'activité 2007 d'Arc 75. Le groupe de travail interinstitutionnel sur la prévention spécialisée retient « l'observation des capacités relationnelles » des jeunes suivis comme moyen de « juger de l'efficacité de l'action. » Cette observation porte sur la description précise de l'évolution du jeune en relation avec les adultes, dont les professionnels, et en partage d'activités éducatives. Rapport édité en janvier 2004, P. 49.

leur rythme de vie. Des maraudes diurnes ont débuté en mai afin de multiplier les contacts. A cette même période, la fréquence proposée par Arc 75 a été augmentée à tous les 15 jours.

La mise en contact et son impact

Il est à souligner que le partage de principes fondamentaux d'intervention entre les professionnels des deux institutions et la réflexion menée en amont sur les objectifs et les méthodes d'intervention ont permis de mener une collaboration fondée sur la confiance. Celle-ci s'est traduite tant dans la mise en lien avec les jeunes, que dans l'échange des informations nécessaires à la prise en compte de la situation de chaque jeune concerné par notre intervention, ainsi que dans la concertation pour toute réponse apportée.

Ainsi, durant les échanges, plusieurs cas de figure se sont présentés :

Le jeune aborde lui-même la question de ses consommations, le cas échéant :

- son usage du (des) produit(s),
- la représentation des dits produits en fonction :
 - du caractère licite/illicite discriminant pour certains l'évaluation de leur rapport au produit, (ex : une personne présentant un usage abusif voire une dépendance à l'alcool a pu considérer que les risques notamment sanitaires étaient moins graves que pour un « toxico »...),
 - de la banalisation de l'usage de produit illicite comme le cannabis, notamment du fait de la consommation dite « répandue » de celui-ci ; de l'accès facile voire du commerce que peuvent en faire certains.

D'autres ont pu aborder rapidement leur trajectoire. Aussi, une approche expérientielle a pu être tentée en :

- amorçant la valorisation des « acquis » de leur démarche de soins,
- évaluant la qualité du contact avec les dispositifs de soins spécialisés (connaissance du fonctionnement d'une institution, identification d'un ou plusieurs interlocuteurs, fréquence des contacts...),
- réactualisant parfois les modalités de prise de contact avec ces dispositifs, et en étant force de propositions en termes d'interlocuteurs. La coordinatrice de La Consult' a pu s'appuyer sur le capital-confiance de Nord Way auprès des jeunes en termes d'assurance de relais avec La Consult' et/ou renforcer la motivation par la proposition d'un accompagnement physique vers les structures ad hoc.

Le travail de rue mené en binôme et selon une approche généraliste présente plusieurs avantages :

- éviter ce qui pourrait être vécue par certains comme une stigmatisation,
- une mise en lien :
 - sans forcément que le jeune soit consommateur,
 - sans volonté actuelle et /ou difficulté d'évoquer des conduites addictives par celui-ci,
 - pour une éventuelle cooptation par le jeune auprès de ses pairs.

En amont de ce projet, nous avons construit des outils d'évaluation qualitative et quantitative en fonction du niveau de connaissance de la situation de chaque jeune présenté par Nord Way et des objectifs ciblés de notre intervention.

Le recueil de données a pu se faire au gré des contacts essentiellement informels avec le public et/ou les échanges d'informations avec l'équipe de Nord Way. Aussi, elles ne peuvent être exhaustives et précises uniquement lorsque nous avons été amenés à accueillir les jeunes usagers dans le cadre d'un entretien.

Outils d'évaluation

Pour les jeunes **connus** par Nord Way, nous avons tenté d'évaluer pour chacun l'efficacité de ce projet de manière distincte, à savoir par Charonne et par Nord Way, comme l'illustre le tableau suivant.

L'objectif visé est de faciliter un espace de parole sur la question multidimensionnelle des consommations pour les jeunes connus par Nord Way.

Première grille d'évaluation pour les jeunes connus de Nord Way

NIVEAU DE CONNAISSANCE du JEUNE	INTERVENTION de CHARONNE	EVALUATION de l'impact de l'intervention de CHARONNE par NORD WAY entre 2 « maraudes » conjointes
NIVEAU 1	<i>Prise de contact avec le jeune en précisant la spécificité de Charonne</i>	<i>Le jeune questionne l'équipe de Nord Way sur l'intervention de Charonne</i>
NIVEAU 2	<i>Le jeune évoque de lui-même ses conduites addictives</i>	<i>Le jeune évoque ses conduites addictives avec l'équipe</i>
NIVEAU 3	<i>Mise en place d'un suivi avec une structure médico-sociale spécialisée</i>	<i>Demande du jeune de prise de contact (tél., RV fixé) avec le professionnel de Charonne</i>
NIVEAU 4	<i>Cooptation du jeune de pairs qui ne sont pas encore suivis par Nord Way</i>	<i>Cooptation du jeune de pairs qui ne sont pas encore suivis par Nord Way</i>

Cette première grille concerne 39 personnes.

Parmi les personnes rencontrées 24 (61%) sont âgées de plus de 25 ans. La population masculine est surreprésentée avec seulement 10 femmes (25%).

Selon les données collectées auprès de toutes ces personnes, l'alcool et le cannabis sont très majoritairement consommés ; 8 jeunes (21%), dont 6 sont injecteurs (3/4) ont par ailleurs évoqué des polyconsommations (médicaments opiacés détournés de leur usage et crack essentiellement).

Concernant le **niveau 1** « *Prise de contact avec le jeune en précisant la spécificité de Charonne* » : 18 personnes ont été rencontrées.

Nous pouvons dire après observations et/ou déclarations des personnes, que 16 (90%) consomment des produits licites et illicites.

Niveau 2 (11 personnes) « *Le jeune évoque de lui-même ses conduites addictives* » :

Lors des interventions, la coordinatrice a pu aborder un groupe d'hommes jeunes occupant une partie du territoire⁵ à la Gare du Nord. Lors des échanges, ils présentent, voire déclarent, une dépendance au cannabis dont ils font commerce, associée à l'alcool. Plus de la moitié d'entre eux a été en mesure de qualifier assez rapidement son rapport au produit, tout en manifestant à ce moment-là une absence de volonté de changement. Un certain nombre a été incarcéré durant l'année.

Selon l'évaluation de l'équipe de Prévention Spécialisée, le rapport avec ces jeunes considérés comme « difficiles d'accès » pour les nouveaux professionnels est relativement satisfaisant dans la mesure où :

- ils ont identifié d'emblée la professionnelle de Charonne,
- il n'y a pas eu de rejet de leur part quant à la nature de l'intervention de La Consult',
- la question de la santé est davantage abordée par eux dans leurs échanges au quotidien avec l'équipe Nord Way.

Pour les autres personnes, 6 ont évoqué des démarches de soins passées et le projet de reprendre contact avec les dispositifs. Comme il l'a été précédemment évoqué, nous avons tenté d'amorcer une approche expérientielle. Enfin, nous avons pu nous appuyer aussi sur l'investissement important d'un jeune⁶ (présentant une consommation abusive) vis-à-vis de l'équipe de Nord Way pour aborder la question de l'alcool à travers ses représentations notamment, tout en essayant de l'accompagner vers l'auto-évaluation.

Niveau 3 (6 personnes) « *Mise en place d'un suivi avec une structure médico-sociale spécialisée* » :

3 personnes ont été directement orientées par l'équipe de Nord Way et ont bénéficié d'une prise en charge par le CSST-CSAPA de Charonne en termes pluridisciplinaires ; si celle-ci n'est plus d'actualité pour 2 d'entre eux, il n'en demeure pas moins un maintien des échanges lors des interventions sur le terrain. Pour 4 autres jeunes qui ont été reçus à Charonne, 2 restent dans une dynamique de soins ; un sevrage alcool, un séjour en Centre Thérapeutique Résidentiel et le suivi au retour de l'un d'eux ont pu être mis en place. L'autre est accompagné sur le plan socio-éducatif.

5 personnes ont par ailleurs sollicité les éducateurs de Nord Way pour une prise de rendez-vous avec Charonne. Nous pouvons déjà avancer que des accompagnements se prolongeront sur le 1^{er} trimestre 2010.

Comme nous l'avons souligné dans les objectifs, notre action nous a également amenés à réorienter des usagers vers d'autres structures médico-sociales qui semblaient plus pertinentes en termes de suivi au regard des modalités d'accueil (les CAARUDs et CSAPA de Gaïa, EGO etc.), de la proximité avec ce lieu d'ancrage (Itinérance...), des professionnels déjà identifiés par les usagers...

⁵ Ce territoire est nommé par les jeunes sous un terme que D. Lapeyronnie considère comme faisant fonction de « cage » et de « cocon ».

⁶ qui a débuté un suivi début 2010 à La Consult'

Niveau 4 : « Cooptation du jeune de pairs qui ne sont pas encore suivis par Nord Way » : 3 jeunes, dont l'un qui n'est pas connu par l'équipe de Prévention Spécialisée, ont été orientés directement à La Consult' par des pairs consommateurs, sans passer par l'intermédiaire de Nord Way.

D'autres groupes (jeunes des grands ensembles - « banlieues » limitrophes ou non -, de Roms, d'Afghans...) ont été approchés, concernés ou non (de par l'aspect généraliste de l'intervention de la Prévention Spécialisée) par des conduites addictives, mais pour lesquels il a semblé trop prématuré de signifier la nature de notre action. L'étude du milieu plus ou moins longue constitue une étape indispensable dans le travail de rue ; l'observation directe de manière régulière permet de connaître la mouvance du milieu et se faire connaître par le public ciblé⁷.

Seconde grille d'évaluation pour les jeunes « non connus » par Nord Way et avec lesquels le contact peut s'avérer difficile.

NIVEAU DE CONNAISSANCE du JEUNE	INTERVENTION de NORD WAY et CHARONNE
NIVEAU 1	<i>Phase d'observation</i>
NIVEAU 2	<i>Contact visuel réciproque</i>
NIVEAU 3	<i>Le jeune et le professionnel se saluent : 3.1 : « bonjour » 3.2 : « on se serre la main »</i>
NIVEAU 4	<i>Relation permettant de mener une discussion d'ordre général</i>
NIVEAU 6	<i>Mise en place d'un suivi</i>

Nous avons comptabilisé 7 personnes avec lesquelles nous avons eu l'occasion d'échanger, alors qu'elles n'étaient connues d'aucun des professionnels : 5 avec lesquelles nous avons eu « une discussion d'ordre général » ; 2 autres sur « leurs conduites addictives ». La question du soin a été abordée de manière relativement exhaustive avec ces derniers et nous avons pu repérer avec eux leurs interlocuteurs dans d'autres structures.

Enfin, il nous paraît important de mener une réflexion collégiale sur l'optimisation des conditions favorables à la rencontre d'autres jeunes confrontés à l'errance. Plusieurs pistes peuvent être exploitées :

- La fréquence maintenue de 2 interventions par mois,
- la poursuite des phases exploratoires au sein même du territoire d'action de Nord Way.

⁷ « Guide international sur la méthodologie du travail de rue à travers le monde » 2008

Cette modalité a été retenue dès les premières interventions communes, et nous avons notamment découvert en décembre 2008 que le parking souterrain de la Gare de l'Est était alors un lieu de consommation par les traces laissées après leurs passages (matériel d'injection, blisters divers...).

Intérêt du projet en termes de formation réciproque :

Il est en effet intéressant de s'interroger sur l'impact de ce type d'intervention sur les pratiques respectives des professionnels. La coordinatrice a pour sa part été amenée à déconstruire des modalités de travail de rue propres au secteur de la réduction des risques, où la distribution de matériel constitue un support à la rencontre. Par ailleurs, la connaissance fine du territoire par Nord Way a contribué notamment à :

- Cerner les phénomènes de groupes dans une forme tacite d'« attribution » de zones du territoire et d'activités et de fait de régulation.
- Identifier un certain nombre d'intervenants de droit commun.

Concernant l'éclairage auprès de Nord Way, les modalités étaient de :

- Formuler des propositions par la professionnelle de Charonne au regard des observations de terrain,
- prendre en compte les demandes des professionnels de la Prévention Spécialisée.

Autres apports du projet notés en 2009

- Le repérage de lieux de consommation par les observations in situ de traces de passages des usagers de drogues.
- Les échanges sur « *l'injection à moindre risque* » avec prise de contact et manipulation du contenu d'un stéribox. Nous avons pu aussi illustrer nos propos par les pratiques (ex : échange parfois de matériel, non utilisation du stérifilt', du tampon sec...) de certains jeunes consommateurs rencontrés et connus de l'équipe de prévention spécialisée.
- La présentation d'une professionnelle de Charonne exerçant dans un CAARUD surtout auprès d'usagers de crack et ayant une expérience de travail de rue. Les professionnels ont de fait sollicité une information ultérieure sur les conséquences somatiques de la consommation notamment de crack ; le matériel de RDR pour les fumeurs de crack.
- La mise en lien de Nord Way et en fonction de l'évaluation des besoins de jeunes suivis :
C'est à ce titre que nous profitons du stationnement du bus de programme d'échanges de seringues et de délivrance de T.S.O. de Gaïa pour les rencontrer le cas échéant.

HÉBERGEMENTS THÉRAPEUTIQUES SUR LE RÉSEAU HOTELIER DU CSST-CSAPA

	2009	Evolution 2008-2009
Capacité d'accueil	25 places autorisées 23 places en service	-
Nombre de nuitées réalisées	8 749	+4%
Taux d'occupation	/ Capacité autorisée 8.749 / 9.125 = 96% /Places en service 8.749 / 8.395 = 104%	+4%
Nombre de personnes	50 hommes 7 femmes	-11%
Nombre de séjours	61	-7%
Durée moyenne des séjours sur 2009 (sur 61 séjours)	143 nuitées	+11%
Min-Max Durée séjours	2 - 369 nuitées	-
Durée moyenne des séjours sur 2009 (sur 35 sorties)	145 nuitées	34%
Min-Max Durée séjours	2 - 369 nuitées	-

- l'augmentation du coût des chambres d'hôtel limite de fait la capacité d'hébergement

Caractéristiques des personnes hébergées sur le réseau hôtelier

Moyenne d'âge : 39 ans

Classes d'âge		
<20 ans	-	0%
20 - 24 ans	1	2%
25 - 29 ans	3	5%
30 - 39 ans	23	40%
40 - 49 ans	23	40%
50 - 59 ans	7	12%
60 ans et +	-	0%
Total	57 (100%)	

Lieu d'ancrage Domiciliation		
75	50	87%
Autre I.D.F.	6	11%
Autre région	1	2%
Total	57 (100%)	

Logement	Total file active	
Durable	2	3%
Précaire	36	46%
SDF	19	33%
Total	57 (100%)	

Ressources	Total file active	
Revenus du travail	13	23%
	4	7%
RMI	21	37%
AAH	8	14%
Sans ressource	11	19%
Total	57 (100%)	

Origine demande hébergement		
Initiative du patient ou de ses proches	24	39%
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre...)	26	43%
CAARUD - lieux accueil proximité	2	3%
Hôpital - autre sanitaire	0	-
Justice - Injonction Thérapeutique	1	2%
Justice autres	3	5%
Institutions et services sociaux	4	7%
Autres	1	2%
Total séjours	61	

Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables	Produit 1*	Produit 2*	Produit 3*	Au total	
Alcool	12	15		27	47%
Tabac	-		57	57	100%
Cannabis et dérivés	2	13		15	26%
Héroïne	23	7		30	52%
Sulfates de morphine	5	2		7	12%
Subutex [®] hors prescription	2	3		5	9%
Cocaïne	5	7		12	21%
Crack	6	3		9	16%
Benzodiazépines	2	7		9	16%
	57	57	57	57	

- 77% sont ou ont été dépendants des opiacés
- 37% sont concernés par les usages de cocaïniques
- 49% sont dépendants ou abuseurs d'alcool
- 26% sont concernés par les usages de cannabis
- 100% sont dépendants du tabac

Modalités d'usage du 1 ^{er} produit		
Usage à risque	5	9%
Usage nocif	10	17%
Dépendance	42	73%
Total	57	

Usage voie intraveineuse		
Dans le mois précédent	3	5%
Antérieurement	27	47%
Jamais	27	47%
Total	57	

Au plan de la santé :

- 6 sont séropositifs pour le VIH (10%). 10 sont VHC + (17%).
- 14 présentent des troubles psychiatriques actuels (10%), et 21 (37%) présentent des antécédents d'hospitalisation psychiatrique.
- 35 (61%) sont sous T.S.O. : 25 sous Méthadone[®] (44%), 15 (26%) sous B.H.D.

Sérologies	V I H		V H C	
Sérologies effectuées	41	72%	41	72%
Sérologie +	6	10%	10	17%
Sérologie -	35	61%	31	54%
Sérologie inconnue	16	28%	16	28%
Total patients	57		57	

Pathologies psychiatriques		
Antécédents hospitalisation	21	37%
Antécédents suicidaires	11	19%
Pathologie actuelle avérée	6	10%
Suivi en cours	9	16%
/ Total patients	57	

Patients sous T.S.O.	Total patients	Prescrits sur le CSST-CSAPA
Méthadone [®]	25	13
Subutex [®]	15	13
Autres	4	2
dont initié par le CSST-CSAPA Charonne	3	-
dont dispensé en pharmacie	38	28
/ Total patients	57	

(T.S.O. ayant généré 190 actes médicaux pour ces 30 patients)

Au plan judiciaire :

Patients sous main de justice	23	40%
dont injonction thérapeutique	3	5%
dont classement/ orientation	0	-
dont obligations de soins	11	
dont contrôle judiciaire	1	
dont sursis - mise à l'épreuve	11	
Antécédents incarcération	28	
Total patients	57	

Caractéristiques des séjour

DUREE DES SEJOURS

REPARTITION DE LA DUREE D'HEBERGEMENT DES SORTANTS :

Durée moyenne de séjour des sortants (35) : 145 nuitées soit une augmentation de 34% par rapport à 2008.

	2009	/ 2008
<1 mois	11	-30%
1 à 3 mois	8	-27%
3 à 6 mois	8	0%
6 mois à 1 an	8	27%

Préparation de la sortie		En moyenne
Nombre de projets de sortie préparés avec les résidents sortis dans l'année	~200	~6 / sortant
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	~35	~1 / sortant
Avec une autre structure sanitaire et/ou sociale (spécialisée ou non)	~70	~2 / sortant
Avec des structures d'insertion professionnelle	~70	~2 / sortant
Avec des structures d'hébergement	~70	~2 / sortant
Avec la famille du résident	~5	-
Autres	~10	-
Total sorties	-	35

Modalités de sortie		% 2009	Rappel 2008
Terme du contrat d'hébergement	27	77%	51%
Réorientation	-	-	2%
Rupture à l'initiative de l'équipe*	1	3%	13%
Hospitalisation durable	-	-	2%
Rupture à l'initiative du résident	2	6%	9%
Perdu de vue	3	8%	2%
Incarcération	2	6%	9%
Total sorties	35	100%	45

* Ces ruptures de contrat peuvent intervenir du fait de manquements répétés aux R.V. de suivis, de l'absence de mobilisation sur des démarches sociales et de soin, de troubles du comportement sur l'hôtel... Elles interviennent en général dans les premières semaines suivant l'entrée et se soldent chaque fois que faire se peut d'une proposition d'orientation en terme d'hébergement d'urgence. Elles témoignent plus du bas seuil d'accès aux hébergements hôteliers du CSST-CSAPA, que d'exigences trop élevées que ne pourraient honorer les résidents.

Solutions d'hébergement à l'issue du séjour		
Service d'hébergement social ¹	1	3%
Service d'hébergement spécialisé addictologie	11	31%
▣ Charonne (A.T.R.)	2	-
▣ Hors Charonne ²	9	-
Autre structure médico-sociale ³	1	3%
Structure sanitaire ⁴	6	17%
Famille, entourage	1	3%
Hébergement autonome	3	9%
Sans solution - perdus de vue	8	23%
Incarcération	4	11%
Total sorties	35	100%

Poursuite du suivi à l'issue du séjour

Suivi ambulatoire CSST-CSAPA Charonne	15	43%
Orientation vers une autre structure	15	43%
Pas d'information sur le suivi ultérieur	5	14%
Total sorties	35	100%

1 ADOMA

2 Pierre Nicole, Gagny, ADHOCT, ATR, Trait d'Union, Le Peyry

3 ACT la maison des champs,

4 Secteur psychiatrique 13ème, Centre psychothérapeutique La Borde, Fernand Widal

Activité de suivi et de consultation autour de l'hébergement hôtelier

(Nombre d'actes réalisés pour ces personnes ayant été hébergées en hôtel au cours de l'année 2009 en général et sur les périodes concernées par l'hébergement hôtelier)

Professionnels	Total actes sur 2009	Nombre personnes concernées	Actes sur période hôtel	Nombre personnes concernées
Educateurs	~1.500	57	~860	57
Assistant de service social	~800	38	~420	31
Psychologue	~210	25	~110	19
Médecins généralistes	~320	46	~100	40
Médecins psychiatres	~600		~300	
dont prescriptions T.S.O.	~250	31	~180	24
Autres*	~200	50	~100	30
Total actes	~3.600		~2.000 Soit 15% de l'activité du CSST-CSAPA	

- Actes réalisés par les cadres intermédiaires et/ou conseillère juridique

Activités de groupe	Nb de groupes	Nb de participations	Nb de personnes concernées
	4	50	6

Une mobilisation plus importante des résidents du réseau hôtelier serait souhaitable au vu de l'impact des activités de groupe en terme de réinscription sociale et de valorisation des compétences sociales et de la citoyenneté.

Suivi et accompagnement hors les murs du CSST-CSAPA	
Activités collectives	~50
Accompagnements / démarches	~150
Visites A Domicile	~150
Total	~350

Pour le public hébergé en hôtels :

Détail des actes durant le séjour	% des actes
Suivi social	12%
Suivi éducatif	28%
Accueil-évaluation	0%
Évaluation studio	1%
Orientation thérapeutique résidentiel	2%
Démarches santé	0%
Aide aux droits sociaux	6%
Aide au logement	0%
Aide insertion professionnelle	4%
Recherche d'hébergement	0%
Orientations diverses	4%
V.A.D.	8%
Accompagnements	8%
État des lieux hébergement	1%
Synthèse-bilan partenaire extérieur	0%
Entretiens bilans - Cadres intermédiaires	5%
Conseillère juridique	5%
Consultations Médecine Générale	9%
Consultations Psychiatriques	9%
Substitution Méthadone®	4%
Substitution B.H.D.	5%
Suivi psychologique	10%
Activités collectives	3%

Partenariats et Conventionnements

Les hébergements hôteliers du CSST-CSAPA Charonne s'inscrivent dans un réseau partenarial d'amont et d'aval large, mais n'ayant à ce jour et du fait de sa diversité pas fait l'objet de conventions partenariales spécifiques.

Descriptif de l'activité d'Hébergement sur le réseau hôtelier

L'hébergement thérapeutique en chambre d'hôtel est de longue date utilisé par le CSST-CSAPA Charonne : à titre de dépannage depuis la fin des années 90, en tant que « section du CSST » depuis la fermeture en 2000 du foyer La Pyramide, centre thérapeutique résidentiel de transition, et le redéploiement des moyens qui y étaient alloués sur l'hébergement éclaté (hôtels et A.T.R.).

Les objectifs de l'hébergement hôtelier : Créer pour les usagers de drogues précarisés les conditions favorables à l'élaboration et à l'initiation d'un projet de soin ou de réinscription sociale, en satisfaisant sur une durée donnée ses besoins minimum en hébergement, hygiène...

Ce mode d'hébergement s'est répandu au cours des dernières années pour tout type de publics des services sociaux et médico-sociaux. Il présente l'avantage de la souplesse, et de son accès « à seuil adapté ». Il présente comme inconvénient majeur un coût élevé et en constante augmentation, pour souvent une qualité parfois discutable des prestations hôtelières. Le projet de l'association serait à terme de participer à la création et à la gestion d'un « réseau d'hôtels en gestion associative », sans doute dans le cadre de la fédération EPISEA.

L'hébergement thérapeutique en chambre d'hôtel constitue un hébergement rapidement accessible après une phase d'évaluation dépendant surtout des places disponibles et pouvant tester à travers diverses orientations « de droit commun » la permanence de la demande et les capacités prévisionnelles d'adaptation en chambre d'hôtel (isolement, autonomie, respect de l'environnement...). Il s'avère souvent relativement adapté à ces personnes usagères de drogues très précarisées au plan social et fragilisées au plan somatique et/ou psychique, mais dont le projet de soins ou d'insertion reste fragile, et le rapport aux cadres trop contraignants rapidement conflictuel.

Les contrats de séjours stipulent :

- la durée prévue de l'hébergement, renouvelable par avenants,
- les objectifs personnalisés du séjour,
- les conditions de l'accompagnement médico-social (rendez-vous, visites, référent),
- les conditions de modification ou de résiliation du contrat (de la part du résident ou de l'équipe).

Analyse des allongements des durées de séjour :

- Bas seuil d'exigence avec perspectives au départ peu mûrées (hébergement de nécessité).
- Multiplication des indications médicales (bilan et soins VHC, fragilité psychiatrique...).
- Difficultés d'orientation satisfaisant à une progression de la condition (sociale, sanitaire...) des personnes.
- Temps utile aux personnes pour construire cette progression.

Modalités d'admission :

- La personne formule une demande spontanée ou soutenue par un professionnel du champ sanitaire ou social.
- Elle est reçue pour un ou des entretiens d'évaluation : une réponse rapide au problème immédiat d'hébergement est recherchée, le temps de mûrir le projet à moyen terme.
- Un contrat de séjour est élaboré avec l'usager.
- En fonction de sa situation socio-économique des **aides matérielles** peuvent être assurées (personnes les plus démunies), ou au contraire, une **participation aux frais d'hébergement** peut être sollicitée (la systématisation de la participation financière pour les personnes percevant les minima sociaux reste difficile à mettre en place).

Modalités d'accompagnement :

- Accompagnement du patient hébergé par les référents (en général éducatifs) du CSST-CSAPA (suivi hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire, accompagnement dans des démarches extérieures...).
- Des Visites régulières sont effectuées sur les lieux d'hébergement :
 - dans le cadre de cet accompagnement individuel,
 - en vue du contrôle de la conformité de l'offre (contexte hôtelier⁵), et du suivi du séjour du patient : bonne tenue du lieu de vie temporaire, respect de l'environnement...
- Par ailleurs, la personne bénéficie d'un **suivi ambulatoire** ou d'une **orientation vers les autres professionnels du CSST-CSAPA** (assistant social, psychologue, médecin généraliste, médecin psychiatre) :
 - adapté à ses besoins et sa demande,
 - et/ou en fonction des problèmes émergents au cours du séjour et venant interférer avec la réalisation des objectifs fixés du séjour hôtelier.

5 C.F « charte relative à la qualité des prestations hôtelières » DRASSIF 2006

APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES

	2009	Evolution 2008-2009
Capacité d'accueil	23 places autorisées	-
Nombre de journées réalisées	7.704	-4%
Taux d'occupation	$7.704 / 8.395 = 92\%$	-4%
Nombre de personnes	36 hommes 9 femmes	0%
Durée moyenne des séjours (sur 45 séjours)	171 jours	-4%
Durée moyenne des séjours (sur 22 sorties)	319 jours	6%
Ecart (sur 22 sorties)	5 - 480 jours	-

Les Candidatures aux A.T.R.

155 courriers de demandes d'Appartement Thérapeutique ont été reçus par le CSST-CSAPA Charonne en 2009 (+15% par rapport à 2008). On notera une croissance constante des demandes.

L'analyse de ces demandes a conduit à 70 réponses négatives (45%) par courrier, qui sont fondées essentiellement sur :

- Des erreurs d'orientation (personnes non usagères de drogues ou demandant un hébergement en famille...),
- des projets d'insertion insuffisants,
- des demandes apparaissant strictement celles d'un logement, sans adhésion à priori à un projet de suivi psycho-éducatif et de soins,
- des consommations non contrôlées ou trop récemment abandonnées (des alternatives type hôtel peuvent être alors proposées pour une période probatoire...),
- des séjours répétés en Appartement Thérapeutique.

79 de ces 155 (51%) candidatures ont donné lieu à une proposition de rendez-vous avec l'équipe :

- 57 ont été rencontrées,
- 15 ont interrompu la procédure d'admission au cours de l'évaluation (raison inconnue ou hébergement obtenu ailleurs),
- 20 des candidatures ont été refusées ou remises à une période ultérieure au cours ou en fin de procédure (capacités d'insertion actuellement insuffisantes, problématique psychiatrique sans acceptation de soins ou incompatible avec une vie autonome...),
- 22 sont entrées au cours de l'année (soit 14% des demandes écrites et 38% des personnes rencontrées) et ont intégré un Appartement Thérapeutique en 2009.

Caractéristiques des personnes hébergées sur les Appartements Thérapeutiques

Moyenne d'âge : 39 ans

Classes d'âge		
<18 ans	-	-
20 - 24 ans	-	-
25 - 29 ans	5	11%
30 - 39 ans	17	38%
40 - 49 ans	18	40%
50 - 59 ans	5	11%
60 ans et +	-	-
Total	45 (100%)	

Lieu d'ancrage Domiciliation		
75	38	84%
Autre I.D.F.	6	13%
Autre région	1	3%
Total	45	

Hébergement		
Durable	6	13%
Précaire	39	87%
SDF	-	
Total	45	

A noter que les entrants en A.T. sont en situations moins délicates au plan de l'hébergement que les autres usagers du CSST-CSAPA... puisque déjà engagés dans des démarches de soins et d'insertion. Plus du tiers d'entre eux vient d'un autre A.T.R.(hébergement institutionnel précaire), ce qui souligne l'intérêt de pouvoir porter en CSAPA les durées de séjour pour les patients qui bénéficieraient d'une continuité du suivi, tout en maintenant la durée du premier contrat à un an pour lesquels un changement de contexte ou d'équipe paraît plus souhaitable.

Ressources		
Revenus du travail	12	27%
Assedic	4	9%
RMI	20	44%
AAH	7	16%
autres	2	4%
Total	45	

Origine demande d'A.T.R.		
Initiative du patient ou de ses proches ¹	17	38%
Médecin de ville	2	4%
Structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre...) CSST-CSAPA Charonne ² Hors Charonne ³	24	53%
Autres	2	4%
Total séjours	45	

Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables	Produit 1*	Produit 2*	Produit 3 *	Au total	
Alcool	12	2		14	31%
Tabac		30	45	45	100%
Cannabis et dérivés	1	3		4	9%
Héroïne	23	3		26	58%
Dérivés codéinés	-	-		-	
Subutex [®] hors prescription	1	-		1	2%
Méthadone [®] hors prescription	-	-		-	
Sulfates de morphine	1	-		1	2%
Cocaïne	3	1		4	9%
Crack	4	1		5	11%
Amphétamines	-	-		-	
Ecstasy	-	1		1	2%
Benzodiazépines	-	4		4	9%
Antidépresseurs	-	-	-	-	0%
Autres	-	-	-	-	0%
Pas de produit	-	-		-	0%
Non renseigné	-	-	-	-	0%
Nombres de réponses	45	45	45	45	

- 60% sont ou ont été dépendants des opiacés
- 20% utilisent ou ont utilisé de cocaïniques
- 31% sont ou ont été dépendants ou abuseurs d'alcool.
- 100% sont dépendants du tabac.

1 Les demandes individuelles et de l'entourage comprennent celles portées par le mouvement Narcotiques Anonymes qui soutient de nombreuses demandes en ATR au moins en Ile De France

2 Essentiellement des personnes hébergées en hôtel

3 Pierre Nicole, EDVO, Adaje pour les plus fréquents

Aurore 93, Confluences - SOS DI, Marmottan, Emboulou, La Levée, Mosaïque, Trait d'Union-Oppelia, Rivage, Séquanaciat, EDVO, Village Saint Martin...

Modalités d'usage du 1^{er} produit		
Usage nocif	2	4%
Dépendance	43	96%
Total	45	

A noter que tous les patients entrant dans les appartements se déclarent abstinents de toutes consommations, hors traitements prescrits.

Usage voie intraveineuse		
Dans le mois précédent	1	2%
Antérieurement	24	53%
Jamais	20	44%
Total	45	

	V I H		V H C	
Sérologies effectuées	41	91%	41	91%
Sérologie +	6	13%	10	22%
Sérologie -	38	84%	31	69%
Sérologie inconnue	1	2%	-	-
Total patients	45		45	

Au plan de la santé :

- 6 sont séropositifs pour le VIH (13%) ; tous sont en cours de suivi.
- 10 sont VHC + (22%) ; tous en cours de suivi et 2 ont été traité pendant le séjour.
- 9 sont en suivi psychiatrique (20%) et 6 (13%) présentent des troubles psychiatriques patents actuels (13%) ; 21 (47%) présentent des antécédents d'hospitalisation psychiatrique.
- 16 (36%) sont sous T.S.O. : 9 sous Méthadone® (20%), 6 (13%) sous B.H.D.

Par ailleurs :

- 14 (31%) ont des antécédents carcéraux

Patients sous T.S.O.	Total patients	Prescrits sur le CSST-CSAPA
Méthadone [®]	9	5
BHD	6	6
Sulfates de morphine	1	0
Dont dispensé en pharmacie	16	11
/ Total patients	45	45

Pathologies psychiatriques		
Antécédents hospitalisation	21	47%
Antécédents suicidaires	11	24%
Pathologie actuelle avérée	6	13%
Suivi en cours	9	20%
/ Total patients		45

Au plan judiciaire :

Patients sous main de justice	7
dont injonction thérapeutique	1
dont classement/ orientation	0
dont obligations de soins	3
dont contrôle judiciaire	0
dont sursis - mise à l'épreuve	3
dont liberté conditionnelle	0
dont semi-liberté	0
Autres	0
Antécédents incarcération	14
Total patients	45

A noter que ces patients ont un long parcours de soin, ont réglé leurs comptes avec la Justice, et n'ont pas commis de délits récents.

Activité de suivi et de consultation autour des A.T.R.

(nombre d'actes réalisés pour ces personnes au cours de l'année 2008 et sur la période concernée par l'hébergement en Appartement Thérapeutique.

Professionnels	Total actes sur 2009	Nombre personnes concernées	Actes sur période hébergement		Nombre personnes concernées
Educateurs	1.015	45	866	40%	45
Assistant de service social	611	35	462	21%	32
Psychologue(s)	423	42	360	16%	39
Médecins généralistes	171	26	107	11%	20
Médecins psychiatres	199		128		
Dont prescriptions T.S.O.	126	12	78		12
Autres*	~200	43	~200	9%	45
Total actes	~2.700		~2.200 Soit ~16% de l'activité du CSST-CSAPA (20% en 2008)		

* Actes réalisés par les cadres intermédiaires et/ou conseillère juridique

On notera l'absence de participation des résidents des A.T.R. aux activités collectives proposées dans le cadre du CSST-CSAPA. Aucune mobilisation n'a été obtenue pour les groupes de participation des usagers (à prévoir pour 2010).

Lieu de prise en charge	
Centre de soins	80%
Accompagnements / démarches	18%
Visites A Domicile	8%

Partenariats et Conventionnements

L'hébergement en A.T.R. du CSST-CSAPA Charonne s'inscrit dans un réseau partenarial d'amont et d'aval large, mais n'ayant à ce jour et du fait de sa diversité pas fait l'objet de conventions partenariales spécifiques. Les CSST d'Ile De France, structures sanitaires et sociales recevant des publics addicts adressent régulièrement des candidatures aux A.T.R.

Durée des séjours

Répartition de la durée d'hébergement des sortants (22 sorties)

<1 mois	0
1 à 3 mois	1
3 à 6 mois	3
6 mois à 1 an	10 (32%)
>1 an	8 (36%)

Préparation de la sortie	
Nombre de projets de sortie préparés avec les résidents sortis dans l'année	~50
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	~5
Avec une autre structure sanitaire et/ou sociale (spécialisée ou non)	~110
Avec des structures d'insertion professionnelle	~60
Avec des structures d'hébergement	~12
Avec la famille du résident	-
Autres	-
Total sorties	22

Modalités de sortie		
Terme du contrat d'hébergement	15	68%
Réorientation⁴	1	4%
Rupture à l'initiative de l'équipe	1	4%
Hospitalisation durable	-	0%
Rupture à l'initiative du résident	5	22%
Décès	-	0%
Autres (incarcération...)	-	0%
Total sorties	22	100%

Solution d'hébergement à l'issue du séjour		
Service d'hébergement spécialisé e en addictologie		
Charonne⁵	1	4%
Hors Charonne⁶	7	32%
Service d'hébergement non spécialisé	-	0%
Autre structure médico-sociale⁷	1	0%
Hébergement ou logement autonome	12	54%
Sans solution - perdus de vue	1	4%
Total sorties	22	100%

⁴ Centre Thérapeutique Résidentiel de Reims

⁵ Hôtel CSST-CSAPA Charonne

⁶ CTR Reims (ré-orientation)

ATR Adaje, Pierre Nicole, Trait d'Union

⁷ ACT SOS Habitat et Soins

Poursuite du suivi à l'issue du séjour

Suivi ambulatoire CSST-CSAPA Charonne	8	36%
Orientation vers une autre structure	8	36%
Pas d'information sur le suivi ultérieur	6	27%
Total sorties	22	100%

Descriptif de l'activité d'Hébergement sur les Appartements Thérapeutiques

Les Appartements Thérapeutiques s'adressent à des publics usagers de substances psychoactives en vue de la réalisation d'un projet global de soin et d'insertion socioprofessionnelle dans la perspective d'un relogement ultérieur à moyen terme. Il s'agit donc de personnes à priori stabilisées par rapport à l'usage de produits psychoactifs (usage non pathologique, abstinence, substitution).

Les objectifs poursuivis :

- Stabilisation du projet de soins vis-à-vis des usages de produits psychoactifs : suivi ambulatoire individuel, médico-psychologique et social,
- bilans, mise en place ou poursuite de soins somatiques (par exemple initiation ou meilleure observance d'une bithérapie pour hépatite C...),
- apprentissage ou réapprentissage d'une vie autonome : assumer les démarches administratives, gérer son budget et les contraintes du quotidien, structurer son temps, assumer les périodes de solitude,
- initiation ou poursuite d'un projet d'insertion le plus souvent à travers des stages, formations (Contrats Aidés), missions temporaires,
- resocialisation : retisser des liens sociaux, investir des loisirs, réaménager les liens familiaux, soutien à la parentalité le cas échéant,
- mise en perspective d'un projet réaliste et réalisation de démarches concrètes en vue d'un logement autonome à la sortie.

Les procédures d'admission sont structurées autour de 4 à 5 entretiens avec les différents professionnels :

- éducateurs, psychologues... dédiés aux Appartements Thérapeutiques,
- assistant de service social, médecin psychiatre...participants à l'activité ambulatoire du CSST-CSAPA.

Il s'agit d'appréhender les différents aspects de la candidature : distance par rapport aux consommations, affections intercurrentes, problématiques psychologiques, capacité à vivre seul, autonomie financière avec au minimum le R.M.I. ou l'A.A.H. complétés de revenus d'un travail ou d'un stage rémunéré.

Dès le premier entretien, l'utilisateur reçoit le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement du CSST-CSAPA.

Une commission d'admission se réunit chaque mois afin de valider les attributions et actualiser la liste d'attente.

A l'entrée en appartement du résident, un contrat de séjour est établi, stipulant :

- Les conditions de la prise en charge thérapeutique (principalement adhésion au suivi éducatif et thérapeutique).
- La durée de séjour : 6 mois, renouvelable une fois.
- Les objectifs du séjour, co-remplis avec le résident et donnant lieu à des bilans. (à un mois puis tous les trois mois).
- Les exigences d'entretien de l'appartement, de relations avec le voisinage.
- La participation financière sous forme d'une indemnité d'occupation, dont une A.P.L. pourra être déduite (subrogation au CSST-CSAPA Charonne).

Chaque départ d'un résident permet d'effectuer les réaménagements et/ou travaux de fond nécessaires... Ce qui peut entraîner quelques délais avant l'admission des résidents suivants et donc une diminution du taux d'occupation des Appartements Thérapeutiques.

L'accompagnement « socio-psycho-médical » :

Les éducateurs assurent :

- L'élaboration avec le résident du projet individualisé de séjour avec établissement de contrats d'objectifs et donc le suivi éducatif de ce projet,
- des bilans réguliers d'évaluation,
- l'aide et les accompagnements dans les différentes démarches (en particulier administratives et de soins), aide à la gestion du budget,
- les visites individuelles régulières des personnes dans les appartements (évaluation en terme de tenue des lieux, hygiène de vie, qualité de l'investissement et de la personnalisation du logement...).

Les résidents bénéficient, par ailleurs, d'un suivi psychologique systématique mais adapté à la demande de chacun. Le patient aura l'opportunité d'engager un réel processus psychothérapeutique ou, plus simplement, il pourra être aidé à repenser sa situation actuelle et/ou passée, à y repérer du sens et à reprendre prise sur sa vie...

Le psychologue assure également un éclairage psychologique relatif aux problématiques des patients au bénéfice des autres acteurs de la prise en charge.

Par ailleurs, ces résidents sont orientés vers les autres professionnels du CSST-CSAPA (assistant social, médecin généraliste, médecin psychiatre, conseiller juridique) suivant leur besoin et leur demande et/ou suivant des problèmes émergeant au cours du séjour.

Les différentes démarches liées à l'insertion professionnelle sont effectuées à travers divers partenariats : Parcours, AFPA, ARCIE...

Le relogement constitue un objectif central pour un certain nombre de ces patients, ayant mené à bien un parcours de soin et d'insertion. L'appui d'un professionnel du logement (fédération EPISEA) est à cet égard précieux, et le nombre de relogement sur les organismes publics de logement non négligeables. Les orientations vers d'autres services d'A.T.R. se justifient néanmoins dans un certain nombre de cas : besoin de la poursuite d'un accompagnement soutenu, de redynamiser la prise en charge à travers un nouveau contrat de séjour...

Appartements de Coordination Thérapeutique

Etablissement médico-social

113 rue Oberkampf 75011 Paris Tél. : 01.47.00.64.15 Fax : 01.49.29.74.28

act@charonne.asso.fr

LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

Depuis 1994, le service des Appartements de Coordination Thérapeutique a progressivement augmenté sa capacité d'accueil pour disposer en 2009 de 10 places. Ce dispositif s'adresse à des personnes seules (hommes-femmes) atteintes de pathologies lourdes et invalidantes, en situation de grande précarité. Les personnes accueillies doivent avoir une autonomie physique et psychique compatible avec la vie en logement individuel et être en capacité d'organiser leur vie quotidienne sans une présence éducative permanente.

L'équipe pluridisciplinaire (médicale, psychologique et sociale) accompagne les personnes accueillies pour assurer le suivi et la coordination des soins et une aide à la réinsertion sociale. Cet accompagnement est formalisé au travers d'un projet individualisé réajusté tout au long de la prise en charge. Le but de cet accompagnement est d'offrir aux personnes en difficulté une meilleure qualité de vie et leur permettre d'acquérir un degré suffisant d'autonomie pour vivre, selon leur expression, « comme tout le monde ».

L'objectif de cet accompagnement est également de permettre de sortir du circuit des hébergements précaires ; dans un contexte où l'accès au logement social devient de plus en plus difficile il nous semble important de nous questionner sur l'après A.C.T. Pour l'année 2009, une seule personne, entrée dans le service en 2004, a obtenu un logement social. Aujourd'hui trois personnes (1 entrée en 2006 et 2 en 2007) malgré un avis favorable des Accords Collectifs, sont toujours en attente d'un relogement.

Au regard des ressources de nos résidents, il leur est impossible de trouver des logements dans le parc privé. Pour ces personnes, qui n'ont jamais ou peu travaillé, ou qui ont des trajectoires personnelles très chaotiques, l'accès à l'insertion professionnelle est plutôt compromis.

Ces personnes fragilisées par leur maladie se retrouvent en rupture de lien et sans activité socialement reconnue ; l'accompagnement va prendre évidemment en compte ce facteur en organisant des activités collectives pour les sortir de leur isolement, favoriser la dynamique de groupe et leur permettre de nouer ou renouer des relations sociales, et de s'inscrire dans la cité.

Traitement des demandes d'admission

L'équipe analyse les demandes d'admission en tenant compte d'un certain nombre de critères médico-psycho-sociaux, mais aussi des possibilités internes à la structure (admission de personnes seules sans place d'accompagnant, places disponibles, etc.).

Les dossiers de candidature comportent :

- Un dossier médical type (modèle FNH-VIH), accompagné de préférence, d'un rapport médical récent et détaillé, envoyés sous pli confidentiel au médecin coordinateur.
- Un rapport social récent, et un dossier social type (modèle FNH-VIH), envoyés par courrier à l'équipe des A.C.T.
- Une lettre de motivation du candidat est souhaitée mais non exigée.

L'étude des demandes se fait selon :

- les critères médicaux prioritaires : pathologie grave et invalidante,
- les critères psychosociaux : précarité sociale et psychique,
- l'offre institutionnelle disponible.

Au-delà du manque de place disponible, les principales causes de refus sont :

- accueil des couples ou accompagnant(s) (adulte(s) ou enfant(s)),
- profil médical nécessitant un personnel présent en continu,
- profil médical ne nécessitant pas un accompagnement médical spécifique.

Toutes les candidatures font l'objet d'une réponse au travailleur social ayant instruit la demande.

Les demandes	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Nombre demandes	262	211	232	210	139	118
Nombre d'admissions	2	5	3	4	4	3

Les demandes 2009 en quelques chiffres :

Nombre de demandes	262
Demandes non adaptées : - demandes avec accompagnement : 16 - demandes hors critères A.C.T. : 23	39
Dossiers adaptés à un accueil A.C.T. Charonne	223
dont Entrées effectives + nouveau studio début 2009	1 1

Analyse des demandes (262 dossiers) :

161 hommes (61%) et 100 femmes (38%), 1 transgenre (<1%).

Pathologies présentées

2009		
Pathologies VIH	166	63%
Autres pathologies :		
- Cancers	31	12%
- Hépatite C sans VIH associé	17	7%
- Autres	48	18%
Total	262	100%

Origine des demandes	2009	Origine des candidats	2009	
Service social hospitalier	164	• Afrique subsaharienne	101	39%
Association CHRS-CSAPA	58	• Afrique du Nord	29	11%
Service social DASS-CPAM	29	• CEE	113	43%
Accueil Cancer	5	• Hors C.E.E	13	5%
Centre pénitentiaire	1	• Non précisé	6	2%
Divers (Armée, CMP, spontanée)	5			
Total	262	Total	262	100%

Hébergement lors de la demande	2009		RESSOURCES	2009	
Hébergement précaire : Hôtel, foyer, expulsions, squat, etc.	129	50%	A.A.H.	86	33%
Famille - Amis	74	28%	ASSEDIC-A.R.E.-A.S.S-Indemnités journalières	22	8%
Sans domicile	47	18%	Sans ressource	86	33%
A.C.T. - A.T.	9	3%	Travail	19	7%
Maison d'arrêt	3	1%	RMI - RSA	31	12%
Total	262	100%	Autre (retraite-rente-pension)	18	7%

Le processus d'admission :

Sur l'ensemble des candidatures sélectionnées parmi les demandes des six derniers mois, l'équipe décide collectivement de la prochaine admission. A partir de cette décision, elle prend contact avec la personne pour l'informer de son admission dans l'établissement en vue d'élaborer avec elle son projet de soins et d'insertion sociale, formalisé à travers un contrat de séjour.

Les entrées 2009

2 personnes : 1 homme - 1 femme

Origine de la demande :

- CSST-CSAPA Charonne 1
- Centre Hospitalier 1

Mode d'hébergement à l'entrée en A.C.T.

- Hôtel 1
- Famille 1

Ressources à l'entrée en A.C.T. :

- 1 personne sans ressource
- 1 personne percevait des indemnités journalières

Activité 2009

11 personnes ont été prises en charge en 2009 : 6 hommes et 5 femmes.

3.536 journées ont été réalisées soit un taux d'occupation de 97%.

Moyenne d'âge : 43 ans.

Date d'entrée des 11 personnes présentes en 2009 :

- 1 entrée en 2004 (sortie en 2009)
- 1 entrée en 2006
- 2 entrées en 2007
- 5 entrées en 2008
- 2 entrées en 2009

Ressources et prestations spécifiques des personnes présentes à fin décembre 2009

Allocation Adulte Handicapé	9/11
Pension d'invalidité	1/11
Revenu de Solidarité Active	1/11
Allocation Ville de Paris	7/11
CMU C	4/11
Paris Handicap Protection Santé	7/11
Mutuelle	7/11
Carte transport Émeraude	7/11
Carte solidarité transport	2/11

SITUATION MEDICALE DES PERSONNES ACCUEILLIES :

File active 2009 :11 personnes.

Pathologies somatiques des hébergés

VIH	1
VIH/VHC	8
VHC	1
Diabète Insulino Dépendant	1
Cancer colon	1
Lymphome	1
Insuffisance respiratoire	2

Hospitalisations au cours de l'année 2009 :

Au cours de l'année 2009 les hospitalisations ont concerné 6 résidents.

Les pathologies justifiant ces hospitalisations étaient principalement dues à des addictions : alcool (décompensation de cirrhose, sevrage, centre résidentiel ou SSSR), tabac (insuffisance respiratoire) et consommations abusives de psychotropes ; puis viennent les troubles psychiatriques.

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| • Pour pathologies liées à l'alcool | 6 hospitalisations pour 1 résident | 122 jours |
| • Pour pathologie respiratoire | 6 hospitalisations pour 2 résidents | 137 jours |
| • Pour pathologie psychiatrique | 2 hospitalisations pour 2 résidents | 63 jours |
| • Pour stabilisation traitement | 1 résident | 15 jours |
| • Pour pathologie digestive | 1 résident | 9 jours |

Les éléments médicaux marquants en 2009

Les addictions aux substances licites et la gravité de leurs conséquences.

Presque tous les résidents des A.C.T. ont des antécédents de toxicomanie, le plus souvent par voie intraveineuse ; un grand nombre d'entre eux prend un Traitement de Substitution aux Opiacés. Mais les problèmes posés par la consommation de drogues illicites sont actuellement bien moindres que ceux posés par la consommation de tabac, d'alcool ou d'anxiolytiques (BZD). La consommation excessive d'alcool chez un patient co-infecté VIH/VHC a entraîné environ 4 mois d'hospitalisation (décompensation cirrhotique, sevrages et soins de suite). Des pathologies respiratoires ayant motivé 3 mois d'hospitalisation pour deux résidents étaient liées à la consommation de tabac (et cannabis) pour l'une et à l'abus de benzodiazépines pour l'autre.

La consommation de tabac est une pratique majoritaire chez les résidents et la mise à disposition de traitement du sevrage tabagique, gratuite, est à envisager.

Les bons résultats des traitements de l'hépatite C.

Parmi les trois personnes dernièrement traitées pour une hépatite C, deux sont considérées comme guéries (charge virale négative six mois après la fin du traitement) et la troisième a rapidement répondu au traitement (indice de guérison probable).

L'accompagnement médical et paramédical

Un médiateur santé et un médecin généraliste sont intervenus auprès des résidents autour des questions médicales et les ont accompagnés dans leurs soins par les actions suivantes :

- Explications sur les pathologies, les traitements, la prévention,
- accompagnement lors des consultations à l'hôpital,
- reprise et explications des diagnostics et des prescriptions,
- contacts avec les professionnels médicaux et paramédicaux pour assurer la cohérence des prises en charge,
- incitation et aide à l'observance des traitements,
- informations et soutien pour favoriser une bonne hygiène de vie (alimentation, tabagisme...)
- suivi d'aide et de soutien.

Le temps passé par le médecin se répartit comme suit :

- | | |
|---|-----|
| • Les réunions de coordination avec l'équipe A.C.T. | 45% |
| • Les communications avec les différents professionnels médico-sociaux (téléphone, courriers, rencontres à l'hôpital) | 15% |
| • Les consultations | 15% |
| • La participation aux ateliers (gymnastique), colloques, séminaires | 10% |
| • La tenue des dossiers des résidents | 5% |
| • L'examen des demandes d'admission (262 dossiers) | 5% |

L'atelier gymnastique

Devant la difficulté qu'ont certains résidents dans la perception de leur corps, et du fait des retentissements de cette insuffisance de perception dans la gestion de leurs traitements ou de leur pathologie (difficulté à utiliser correctement les sprays dans le traitement de l'asthme, mauvaises positions chez les lombalgiques) nous avons décidé de mettre en place des ateliers de « gymnastique ». L'objectif était de les amener, eux qui ont souvent négligé leur corps, à une meilleure perception des mouvements et des positions, de les aider aussi par un travail de relaxation à mieux gérer des périodes d'anxiété et les troubles du sommeil.

Nous avons sollicité une pratiquante de la méthode Feldenkrais, (déjà développée dans le cadre d'ateliers pour les personnes séropositives pour le VIH ou les hépatites), méthode qui a l'avantage de pouvoir être pratiquée quelques soient les problèmes articulaires, musculaires ou cardio-respiratoires de la personne. Les mouvements proposés sont de faible amplitude et l'intervenant incite à percevoir de quelle manière la mobilisation d'une partie du corps peut se propager aux autres régions. L'exercice vise à redonner une certaine fluidité entre les différents groupes et chaînes musculaires ou en percevoir les blocages.

Nous avons créé un partenariat avec les enseignants du Diplôme Universitaire (DU) « Techniques du corps et monde du soin », Université Paris 8. Isabelle GINOT, directrice de ce DU, est venue animer deux ateliers, un troisième a été animé par le médecin coordinateur. Ces ateliers ont concernés trois personnes en 2009. Parallèlement nous recevrons en 2010 un stagiaire en cours de formation.

L'accompagnement socio-éducatif aux A.C.T.

Le suivi s'articule autour d'entretiens individuels, de rencontres sur l'appartement et d'activités collectives. Il s'agit d'amener les personnes à se remobiliser et à les aider à construire un projet individualisé adapté à chaque étape de leur parcours en fonction des difficultés rencontrées. Cet accompagnement s'organise autour :

- Accès aux droits communs.
- Accompagnement dans les démarches administratives, médicales, etc.
- Aide à la gestion des ressources financières.
- Soutien à l'organisation des activités quotidiennes ou de loisirs.

L'accompagnement socio-éducatif a pour finalité l'amélioration de la qualité de vie, l'autonomie et l'insertion sociale.

Exemple d'un suivi : Monsieur A.

Sébastien SAUVAGE, Sandra BELIN, Éducateurs

Monsieur A. est âgé de 36 ans, il a intégré le service des Appartements de Coordination Thérapeutique en février 2009. La demande d'hébergement a été transmise par le C.H.S. de l'Association Charonne.

M. A. est inscrit dans un long parcours d'accompagnement et fréquente l'association depuis 1998. Pendant longtemps, il a vécu en alternant les hébergements de fortune. Sa relation avec la drogue est ancienne, il est aujourd'hui atteint d'une maladie chronique

qu'il a encore du mal à accepter et qui l'empêche de s'investir véritablement dans un suivi médical.

Monsieur A. a une fille de quatorze ans dont il n'a plus la charge ; il a obtenu par décision de justice un droit de visite médiatisée mensuelle. Cette situation loin de le rassurer, génère chez lui un sentiment de « mauvais père ». Monsieur A. est entré aux A.C.T. avec l'intention de renouer des liens solides avec sa fille. Son projet est également de se soigner correctement, voire s'insérer professionnellement pour pouvoir, un jour avoir accès à un logement autonome et une fois sa situation stabilisée consacrer plus de temps à sa fille.

Au début du séjour, Monsieur A. consommait de temps en temps du crack qu'il a très vite remplacé par une consommation excessive d'alcool. Conscient de la nécessité de se soigner, Mr. A. va effectuer un sevrage programmé en 2010 à l'hôpital Emile Roux à Limeil-Brevannes (service addictologie).

Monsieur A. a également un problème de bégaiement, qui est souvent accentué dans les situations de stress. Encore aujourd'hui, il est très demandeur d'accompagnement ; nous sentons qu'il a besoin d'être rassuré et savons qu'il a parfois des difficultés à se faire comprendre. Certaines démarches avaient été initiées par le C.H.S., mais il restait encore beaucoup à faire... Monsieur A. a du mal à se défaire de son ancien mode de vie, tout doit se faire vite et dans l'urgence ; malgré tout, cela commence à aller un peu mieux. Nous avons donc travaillé avec lui l'organisation et la hiérarchisation des démarches en mettant au premier plan le suivi médical sans pour autant négliger, les démarches administratives qui étaient nécessaires.

D'un point de vue administratif, nous avons donc accompagné Monsieur A. dans les démarches suivantes :

- *Dossier R.S.A.*
- *Constitution dossier M.D.P.H.*
- *Déclaration des revenus (2006-2007 et 2008).*
- *Ouverture compte C.C.P.*
- *Renouvellement C.M.U.*
- *Carte solidarité transport.*
- *Renouvellement Carte d'Identité.*
- *Carte VITALE.*
- *Annulation dette de transport.*
- *Règlement divers problèmes avec la C.A.F.*

D'autre part, en ce qui concerne l'accompagnement éducatif, nous aidons Monsieur A. à :

- *Organiser son quotidien, planifier ses nombreux rendez-vous,*
- *entretenir son studio,*
- *élaborer et tenir un budget,*
- *avoir une l'hygiène alimentaire,*
- *respecter les autres*
- *développer l'esprit civique et la citoyenneté*

M. A. reste plein de bonne volonté et est extrêmement participatif : la stabilité que procure le séjour en A.C.T. l'aide à se projeter dans le futur.

Les sorties 2009

Durée de séjour des personnes sorties en 2009 :

- 1 personne - durée séjour 1 an ½ - a préféré partir chez un ami (l'équipe était en train de préparer avec elle une réorientation).
- 1 personne - durée séjour 4 ans ½ - a été relogée par PARIS HABITAT. Ce relogement a été attribué par l'intermédiaire des accords collectifs décision du 09/01/2008.

Couverture sociale des résidents sortants en 2009 :

A la sortie du dispositif A.C.T. ces deux personnes bénéficiaient de :

- Couvertures sociales avec 100% ALD.
- Mutuelle Santé.
- A.A.H.

L'accompagnement au relogement est une aide favorisant l'intégration des personnes dans leur logement et leur nouvel environnement. Ce suivi se situe sur deux axes :

- Aide à l'installation
 - Ameublement et équipement.
 - Déménagement.
 - Démarches administratives (ouvertures compteurs, assurances, etc.).
- Aide à l'intégration
 - Relations avec le voisinage.
 - Repérage de la vie du quartier, des administrations et milieu associatif.

Les personnes qui ont des capacités à vivre dans un apparemment autonome, mais qui pendant leur séjour ont présenté des difficultés physiques ou de gestion du budget, bénéficient à la sortie du service d'aides appropriées : Tutelles, MASP ou aide ménagère.

L'activité du service 2009

Le service des A.C.T. s'appuie sur le travail d'une équipe pluridisciplinaire :

- | | |
|--|----------|
| • Chef de service (Educatrice) | 1 ETP |
| • Éducatrice | 0.75 ETP |
| • Éducateur C.D.D. arrivé en novembre | 1 ETP |
| • Moniteur Educateur
(en contrat de professionnalisation, donc à mi-temps sur le terrain) | 1 ETP |
| • Médiateur santé (présent de janvier à août 2009) | 1 ETP |
| • Psychologue | 0.50 ETP |
| • Médecin (généraliste) coordinateur | 0.29 ETP |
| • Agent d'entretien | 0.25 ETP |

Les formations en cours :

- Chef de service : CAFERUIS **2008-2010** (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale) - I.R.T.S. Parmentier.
- Moniteur Éducateur : Moniteur Éducateur - CFPES-CEMEA Ile De France.

Par ailleurs, les patients des A.C.T. ont un accès privilégié aux services d'une assistante sociale, des médecins du **CSST-CSAPA Charonne**, ainsi qu'à la conseillère juridique détachée sur le CSST-CSAPA par l'Association ADSP (Accès aux Droits - Solidarité Paris).

Depuis 2001, l'association Charonne s'est adjoint les services d'un homme d'entretien qui intervient essentiellement sur les Appartements Thérapeutiques (A.T.) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (A.C.T.), mais il est régulièrement sollicité sur le CSST-CSAPA et les CAARUDs.

Le travail qu'effectue ce professionnel au sein des A.C.T. est indispensable, il intervient lors de chaque nouvel état des lieux établi à l'occasion d'un nouveau bail, et également lors des « états des lieux » effectués avec chaque nouveau résident.

Présent à l'entrée de chaque résident, il lui explique où se trouve le compteur, comment marche le cumulus, le fonctionnement des appareils de chauffage, le robinet d'arrivée d'eau... Il effectue également les remises en état nécessaires.

A longueur d'année, il se déplace d'un studio à l'autre, pour une livraison, un montage de meuble, l'accueil d'un agent EDF ou des opérateurs téléphoniques, une fuite d'eau, un problème électrique, une fenêtre non étanche, un store cassé, une robinetterie ou une plaque de cuisson défectueuses...

A chaque changement de résident, il effectue un état des lieux transitoire, qui permet de relever et de parer aux aménagements pour le prochain occupant.

Il opère sur demandes faxées par les éducateurs et les Chefs de Service, mais intervient également dans l'urgence sur un simple appel téléphonique...

L'activité en chiffre

En 2009, nous avons utilisé pour comptabiliser nos actes, le logiciel PROGEDIS. La base de données non finalisée (car il n'y avait pas de base spécifique A.C.T. et aucun guide d'utilisation) a été retravaillé par la FNH-VIH avec la participation de certains adhérents pour l'adapter aux A.C.T.

	Nombre d'actes		dont service de suite*	
	2008	2009	2008	2009
Éducateurs	772	948	123	158
Médiateur santé	748	295**	192	53**
Psychologue	424	318	119	54

* Service de suite concernant les sortants de l'année et des précédentes

** Diminution d'activité liée à l'absence puis au départ du Médiateur santé

Le « service de suite » correspond à l'accompagnement des patients sortis des A.C.T. ; il peut être intensif la première année pour aller en s'amenuisant, sauf accidents de parcours, toujours possibles, et à l'occasion desquels les anciens résidents viennent chercher appui auprès de l'équipe. Cette activité représente en 2009 environ 20% des actes prodigués par l'équipe, et peut être évaluée à un ¾ temps d'intervenant.

Types d'actes	Éducateurs		Psychologue		Médiateur Santé		Médecin Coordinateur	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Visite A Domicile	322	390	42	32	322	113	56	28
Entretien bureaux	152	344	352	271	135	74	22	89
Visite hôpital	45	54	13	10	60	56	6	
Accompagnements	163	144	4	5	194	52	-	
Activités collectives	90	16	13		37		12	3

Un acte correspond à toute rencontre entre une personne et un professionnel de l'équipe, dans un contexte formalisé par un lieu et une durée de rencontre. L'absence de prise en compte des temps passés rend cette évaluation quantitative relativement caduque, mais constitue une forme d'indicateurs.

Ne sont pas compris dans les actes ; les réunions hebdomadaires, les réunions de synthèses avec les partenaires ainsi que les réunions concernant le processus d'évaluation interne.

Chacun intervient selon les modalités définies par le cadre institutionnel et en fonction des nécessités de chaque patient.

L'intervention du psychologue en A.C.T.

Le suivi psychologique est proposé afin d'aider la personne à verbaliser et à intégrer les répercussions psychologiques de la maladie et du suivi engagé par l'équipe pluridisciplinaire. De plus, il tend à aider la personne à continuer son développement personnel, à prendre soin d'elle-même et à favoriser l'émergence des liens entre différents facteurs (émotionnel, traitement, comportement à risque...) ; mais aussi, d'accompagner le sujet dans sa réflexion, l'aider à mettre à jour ses ambivalences et favoriser l'auto-questionnement comme moyen de responsabilisation.

Sachant que dans le cadre du suivi avec les hébergés, le psychologue se heurte à une difficulté majeure, celle de proposer un soutien psychologique à des personnes dont la demande et la préoccupation immédiate sont de trouver une réponse à leurs besoins vitaux : se loger, se nourrir. Or, cette notion de l'urgence va à l'encontre du temps nécessaire à la réflexion et à l'élaboration, ce temps indispensable à la prise en charge psychologique et qui par principe ne peut se déterminer à l'avance.

C'est pourquoi, l'intervention du psychologue en A.C.T. doit passer par l'adaptation du cadre thérapeutique, il s'agit de s'adapter aux situations nouvelles, de réfléchir à d'autres approches thérapeutiques, tout en gardant sa place de thérapeute (par exemple les suivis peuvent se

dérouler lors de visites sur le lieu d'hébergement, ou par appel téléphonique...). Cela pour but d'aider le sujet à retrouver un sens à sa vie. Retrouver sa dignité, qui passe par l'écoute de l'autre, c'est-à-dire se sentir existé aux yeux des autres.

Parallèlement aux prises en charge auprès des hébergés, le psychologue a pour mission d'apporter un éclairage sur la problématique de la personne, son fonctionnement et éventuellement sa pathologie. Son rôle est de mettre l'accent sur tel ou tel mécanisme de défense et, de ce fait, pourra collaborer à l'élaboration du projet individualisé de la personne accueillie, afin de tenir compte de ses capacités, de ses résistances ou de ses inhibitions. Il s'agit de travailler la question du transfert, contre transfert, des projections, des identifications qui peuvent faire obstacle au maintien d'une distance optimale.

Il arrive parfois, qu'au cours de la prise en charge, il soit nécessaire de réévaluer la situation de la personne, conduisant au choix d'une ré-orientation, dans le cas où l'équilibre de la personne et la poursuite de son séjour sur notre dispositif A.C.T. soient menacés (décompensation, rechute dans la prise du/des produits psychoactifs...). C'est ainsi, accueillir les personnes les plus malades et les plus précarisées pour qu'elles aient accès aux soins, tel est l'objectif des Appartements de Coordination Thérapeutique. Seulement, confronté à une forte demande, le service des A.C.T. Charonne doit maintenir un difficile équilibre : accueillir les personnes dont il peut assurer au mieux la prise en charge tout en essayant d'éviter un blocage du dispositif devant faire face à des situations souvent inextricables. Le séjour en Appartement de Coordination Thérapeutique peut se décaler du projet initial qui était de recevoir des personnes en situation de précarité afin de les aider à stabiliser leur état de santé en vue d'une réinsertion sociale voire professionnelle. En effet, il faut rester vigilant à ce que ce dispositif ne devienne pas un service d'hébergement, afin que les questions de santé restent au cœur de l'accompagnement, la priorité, tant pour la personne accueillie, que pour l'équipe. L'allongement des temps de séjour qui peut faire craindre à un blocage du dispositif.

Quelle lecture apporter à ce constat ? Nombre des personnes accueillies sont en capacité de quitter le service au bout de 18 mois à 2 ans de suivi. Or elles ne peuvent le faire faute de structures adaptées ou faute de logement social disponible. Ce qui peut engendrer des difficultés ; en effet, lorsque le temporaire dure, la précarité se réinstalle et, par suite, peut remettre en cause les bénéfices de l'accompagnement A.C.T.. Par ailleurs, nombre des personnes accueillies manifestent des troubles psychiques voire psychiatriques (état dépressif, trouble anxieux, décompensation psychotique, reprise de consommations...). Ces personnes demandent un étayage important, difficile à mettre en place sur un dispositif supposant un minimum d'autonomie pour être vivre seul en appartement. Le cumul des problématiques médicales, psychiatriques et sociales, rend la situation difficilement tenable.

Illustration clinique :

Nathalie FESCHE, Psychologue

Monsieur B. est âgé de 49 ans, célibataire, sans enfant. Il a 2 sœurs avec qui il entretient des contacts assez réguliers, il a également des liens avec sa mère qui vit en Normandie ; quant à son père, Monsieur B. ne l'a pas connu et n'a que très peu d'informations le concernant.

Monsieur B. a travaillé plusieurs années en tant que peintre en bâtiment, seulement, il a dû cesser son activité professionnelle du fait de ses problèmes de santé en 2002/2003.

En effet, il est atteint d'une pathologie chronique invalidante, depuis plusieurs années, nécessitant un suivi et une prise de traitements réguliers ; celle-ci est associée à une autre pathologie virale, qui doit être traitée rapidement. De plus, Monsieur B. est atteint d'une leucémie en rémission. A ce tableau clinique, s'ajoute une très forte alcool-dépendance, qui vient aggraver son état de santé.

Concernant son hébergement, M. B. a été reçu chez différents amis ; toutefois ces accueils ne pouvaient être que provisoires (couchage sur le canapé, il ne pouvait pas rester en journée...).

Face à ce contexte de précarité sanitaire et sociale, Monsieur B. a souhaité être accueilli et accompagné sur le dispositif des Appartements de Coordination Thérapeutique.

Au moment de son admission, en décembre 2008, il avait été convenu avec lui une orientation pour un sevrage et un soin de suite résidentiel afin qu'il puisse mettre à distance ses consommations d'alcool. Or, pour des raisons d'organisation (pas de place disponible dans les structures), ce départ n'a pas pu se faire tout de suite. Cela a engendré des nombreuses difficultés tant sur le lieu d'hébergement, que dans l'accompagnement de Monsieur B. En effet, au regard de sa très forte dépendance (il consommait jusqu'à 9 litres de bière par jour, associés parfois à la consommation d'alcool fort), M. B. ne pouvait pas s'arrêter de boire à l'appartement (règle pourtant établie dans le règlement de fonctionnement), l'équipe constatait que son état de santé se dégradait de jour en jour, lui se plaignait de douleurs, saignements... Il n'était pas disponible pour les entretiens tant physiquement que psychologiquement. La tenue appartement se dégradait...

Dans ce contexte, une hospitalisation d'urgence a été posée, courant avril 2009.

Au cours de cette hospitalisation, Monsieur B. a pu être sevré, et une orientation en service de suite a été faite au mois de mai. Il a pu alors stabiliser son arrêt de consommation et restaurer une meilleure image de lui-même. Il a reçu de nombreuses visites durant son séjour ce qui nuance son sentiment de solitude.

Concernant, sa réflexion sur ses consommations, Monsieur B. reste assez ambivalent vis-à-vis des soins et de l'abstinence. Il considère encore ce produit alcool comme lui apportant de nombreux bénéfices (facilite les contacts avec les autres, anesthésie ses pensées...), et l'abstinence est vécue comme une contrainte venant de l'extérieur. Monsieur B. à sa sortie de soin en juillet 2009, reste encore très fragile vis-à-vis de l'alcool et éprouve régulièrement des pulsions à consommer.

De retour sur son lieu d'hébergement, Monsieur B. dit aller bien mais le manque d'occupation est angoissant, il se sent fragile, il souhaite « avoir un agenda rempli du lundi au vendredi », le week-end, ça va il voit les copains...

Au fil des semaines, M. B. se rend à nouveau moins disponible pour les rendez-vous, et courant août il se représente alcoolisé, sans rien en dire. Ce n'est que le constat (appartement dégradé par le manque d'hygiène, absence aux rendez-vous...) qu'il se résigne à évoquer ces consommations. Rapidement, il ne peut plus se lever, se nourrir correctement, ce qui le conduira à l'hôpital début novembre. Son état de santé s'est effectivement dégradé (rupture des varices œsophagiennes, bilan sanguin inquiétant...).

Mi-novembre, il revient sur l'appartement, et d'un commun accord, il sera travaillé avec lui son départ du service vers une structure de soins moyen séjour pour aider au rétablissement et au maintien de son abstinence (une communauté thérapeutique est envisagée...), et à la poursuite d'un travail sur lui-même. En effet, les modalités d'accueil proposées par les A.C.T. Charonne ne semblent plus offrir à Monsieur B. un cadre suffisamment contenant et sécurisant.

Sorties et activités

Sandra BELIN, Éducatrice

Constat :

Les résidents des A.C.T. sont confrontés à des problématiques complexes ; ces personnes sont le plus souvent isolées et sans possibilité d'insertion professionnelle, leur quotidien est surtout centré sur le soin et l'accès aux droits. Par manque de confiance en eux, ils se replient souvent dans la solitude et l'isolement. Au regard de ces situations, l'équipe des A.C.T. organise des activités dites « socio-thérapeutiques » favorisant le lien social et permettant de vivre des moments de convivialité et d'échanges.

Le choix et le lieu des sorties font l'objet de plusieurs réunions où chacun peut s'exprimer. Ils ont fait l'objet de réunions régulières avec les résidents en 2009.

L'organisation d'un séjour de rupture par rapport à leur quotidien constitue en soi un cadre de travail différencié des repères habituels, offrant un lieu privilégié de rencontre à l'autre. Il s'agit d'un moment de découverte où l'éloignement permet d'adopter des attitudes différentes.

En 2009, 5 sorties (Expositions à la Cité des sciences, Base de loisirs, Aquaboulevard...) en journées ou demi-journées ont été réalisées, ainsi qu'un mini-séjour au parc du Futuroscope à Poitiers.

Le séjour au Futuroscope :

Ce séjour s'est déroulé sur 2 jours, du 7 au 8 décembre 2009. Le trajet s'est effectué en train jusqu'à Poitiers. Arrivé tôt dans l'après-midi, le groupe a pu visiter et dîner dans la ville. Le soir, après une visite sur le site du Futuroscope, il a rejoint l'hôtel où les résidents étaient deux par chambre. Après le dîner, un jeu de carte, a constitué un vrai moment de convivialité. Le lendemain : journée au Futuroscope puis retour sur Paris dans la soirée.

Ce mini-séjour a permis de mettre en lumière certains éléments nouveaux par rapport aux résidents :

- M. A. (qui a toujours un peu de mal en groupe) contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, s'est très bien intégré et a réussi à être plutôt à l'aise... ce qui n'avait jamais été le cas lors de sorties sur une après-midi.*
- M. B. a fait une hypoglycémie le lundi soir. Cela a permis de constater qu'il ne vérifiait pas assez sa glycémie et ne prêtait pas assez attention à son matériel.*

- *M. C. a changé de comportement en fin de journée alors qu'il n'avait pas pu consommer d'alcool (moins cohérent, plus irritable et désinhibé), et commençait à être en manque.*

Aucun n'a éprouvé de difficulté à dormir... ce qui montre l'intérêt à travailler sur l'hygiène et le rythme de vie... problématique bien connue du service : où orienter les patients pour qu'ils soient actifs, mais que ces activités soient adaptées à leurs pathologies et aient un sens pour eux sans pour autant que l'emploi salarié soit d'actualité.

Pour 2010, une activité sera organisée chaque vendredi après-midi afin qu'un rythme soit créé.

Le but de ces ateliers n'est pas juste occupationnel mais d'autonomiser un maximum les résidents en utilisant la dynamique de groupe. La régularité est donc prévue comme suit le 1^{er} vendredi : une sortie, le 2^{ème} vendredi : un atelier administratif, le 3^{ème} vendredi : un atelier informatique-journal et le 4^{ème} vendredi un atelier cuisine.

Groupe de concertation des usagers des A.C.T. (Conseil de la Vie Sociale)

Toujours dans le cadre de l'évaluation interne et afin d'améliorer le fonctionnement du service, les usagers des A.C.T. ont été sollicités pour donner leur avis sur leur séjour et leur suivi.

Analyse et commentaires des questionnaires à destination des usagers des A.C.T.

Sur 14 questionnaires (9 résidents en 2009 et 5 personnes bénéficiant d'un accompagnement de suite), 6 ont renvoyé le questionnaire en l'ayant renseigné (dont 1 personne sortie des A.C.T.).

Le résultat de l'analyse montre une appréciation des prestations qui est plutôt satisfaisant. Les points faibles à améliorer en 2010 sont les suivants :

- Manque d'activités collectives et de réunions sur des thèmes importants (relogement, budget, nutrition, réductions des risques, etc.).
- Manque de confidentialité (du à l'absence d'isolation acoustique des locaux).
- L'équipe est en sous-effectif (les usagers considèrent que parfois l'équipe est débordée).

Les partenaires

Les accompagnements réalisés avec nos hébergés nécessitent une attention et une écoute particulière et leurs problématiques requièrent l'utilisation d'un réseau important de partenaires et la coordination avec différentes structures.

En amont des séjours : services sociaux des hôpitaux, associations de lutte contre le sida, CSAPA... susceptibles de rencontrer des personnes relevant d'une indication d'A.C.T.

Au cours des séjours, la collaboration est étroite avec toutes les institutions extérieures publiques ou privées, les professionnels libéraux, susceptibles d'intervenir dans la prise en charge : équipes hospitalières, soins de suite, médecins de ville, kinésithérapeutes, dentistes, services d'aide ou de soins à domicile, CSAPA ou CCAA..., services sociaux de droit commun.

Les partenaires mobilisés autour des résidents ont été les suivants :

- **Les hôpitaux (soins somatiques):** Saint-Louis, Saint-Antoine, Tenon, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Georges Pompidou, Rothschild, Cochin, Marmottan (consultation de médecine générale et hospitalisation).
- **Les partenaires en addictologie :** CSST-CSAPA Charonne, CSAPA Marmottan, service d'addictologie de Fernand Widal et d'Émile Roux.
- **Professionnels de ville :** médecins généralistes, spécialistes et dentistes (dont biologistes et radiologistes), kinésithérapeutes.
- **Divers :** Foyer Picoulet, Culture du cœur, service P.A.M.
- **Associatif :** EPISEA, Coordination AIDES, Réseau Paris Diabète.
- **Réinsertion professionnelle :** ARCAT, HandiPass, Cap Emploi.
- **Services Administrateurs de Tutelles :** ARIANE FALRET – APASO.
- **Centre d'Action Sociale, C.A.F., C.P.A.M.** des 10^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris.

***Centres d'Accueil et
d'Accompagnement à la
Réduction des Risques pour
Usagers de Drogues***

LE CENTRE BEAUREPAIRE CAARUD 10

Etablissement médico-social

9 rue Beaurepaire 75010 Paris

Tél. : 01 53 38 96 20 Fax : 01.42 00 51 25

beaurepaire@charonne.asso.fr

LE CAARUD BEAUREPAIRE

1. Nombre de passages et ou contacts annuels

Lieu fixe : 18.565 en 2009.

Moyenne par jour : 82.

La fréquentation du CAARUD est en hausse de 10% par rapport à l'année précédente. L'équipe poursuit son travail d'orientation des non usagers de substances psychoactives vers les structures d'accueil généralistes (Camres, ESI Saint Martin, Boutique Bichat...).

2. Caractéristiques de la file active 2009

File Active	Nouveaux usagers	Femmes
915	728	59

La file active est en augmentation par rapport à 2008 (+10%), ainsi que le nombre de nouveaux usagers qui représentent près de 80% des personnes accueillies.

Mode d'usages :

% Buveurs	% Injecteurs	% Sniffeurs	% Fumeurs	% Gobeurs
73	8	25	60	2

Age :

<20 ans	20-24 ans	25-34 ans	34-45 ans	>45 ans
0%	2%	39%	48%	11%

Le profil en termes d'âge est similaire à l'année précédente.

3. Produits consommés

Estimation du nombre de consommateurs pour chacun de ces produits

Héroïne	Cocaïne	Crack	Buprénorphine	Benzodiazépines	Ecstasy
10	20	20	91	132	15
LSD	Amphétamines	Cannabis	Sulfate de morphine	Alcool	Autre
4	3	365	24	598	-

4. Accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé

Modalités de l'accueil

Le CAARUD est un espace où l'accueil est inconditionnel, dès lors que la personne qui le fréquente présente des problèmes d'addiction. Il est confronté à un public qui cumule les difficultés (situation irrégulière pour les deux tiers d'entre eux, absence d'accès aux minimas sociaux, errance dans la ville, consommation abusive d'alcool et de drogues...).

Face aux difficultés des usagers l'équipe du Centre déploie une bienveillance et un professionnalisme « à toute épreuve ». L'année 2009 a été dominée par le décès de dix usagers qui fréquentaient régulièrement le Centre. Ces décès ont provoqué au sein de l'équipe une réflexion sur nos limites et sur l'importance d'accompagner ceux qui décèdent jusqu'à leur obsèques. Le collectif des morts de la rue nous a été d'une grande aide pour traverser ces moments particulièrement douloureux. Les personnes qui sont décédées avaient toutes en commun des problèmes d'addiction et aucun d'hébergement. Le Centre Beaurepaire ne bénéficie que d'une chambre d'hôtel. Aucun projet d'accompagnement digne de ce nom ne peut se construire sans hébergement, l'accès au 115 est pour beaucoup problématique (questionnaire trop intrusif et temps d'attente qui débouche trop souvent sur des centres insalubres ou violents).

De la prise en compte institutionnelle des décès :

La froideur des hôpitaux, où les patients vont et viennent en nombre et où ils sont plus souvent appelés par leur numéro de chambre ou leur pathologie que par leur nom, ne peut se comparer avec l'accueil plus convivial et personnalisé qu'offrent les CAARUDs.

Lorsque l'un des usagers du CAARUD décède, c'est souvent une partie de l'histoire et de l'identité de la structure qui part avec lui. Il apparaît important, voire nécessaire de ne pas le banaliser.

En effet, en plus du décès brutal d'un de nos collègues qui a fortement frappé les esprits (au sein de l'équipe autant qu'en salle...), la fin d'année 2009 aura été marquée par de nombreux décès d'usagers, dont certains utilisaient nos services depuis plusieurs années, étaient connus de tous, et avec qui usagers comme équipe éducative avaient tissé des liens forts.

A l'heure actuelle, la manière de procéder est discrète mais représente « le minimum symbolique », pour affirmer à tous que leurs passages au Centre Beaurepaire ne sont pas oubliés : Sous forme d'affiche exposée en salle, nous listons les usagers dont nous avons été prévenus du décès, en donnant un minimum d'information sur le lieu et la date de l'évènement, ainsi que l'endroit où les éventuelles funérailles auraient été organisées.

Cette affiche, si discrète soit-elle, permet à tous de rappeler plusieurs choses :

- D'une part à quel point leurs conditions de vie et leurs éventuelles prises de risques peuvent avoir des conséquences fatales.
- D'autre part, placée au dessus de la table principale elle offre une possibilité d'engager des discussions autour de ces sujets (prises de risques, maladie, décès...).
- Enfin elle rappelle aux usagers reçus que, même si l'accueil et l'accès au Centre est anonyme chaque personne est considérée, accompagnée, et prise en charge de la manière la plus personnalisée possible.
- En dernier lieu, ceci donne la preuve que nous accompagnons les personnes jusqu'au bout, et même au delà parfois.

Parallèlement, nous avons instauré des contacts avec le « collectif des morts de la rue », seul organisme en Ile de France à travailler activement sur ces questions, afin de réfléchir en équipe sur ces événements dramatiques, et officialiser la démarche de prise en compte de ces décès.

Education à la santé et Education thérapeutique

Beaucoup d'usagers du Centre ne sont pas francophones et, même quand ils le sont il leur est parfois difficile de comprendre les traitements qu'ils prennent ou devraient prendre. La présence au sein de l'équipe d'un éducateur ayant effectué deux années complètes de formation en soins infirmiers et pharmacologie, également titulaire d'un D.U. « addictologie » intitulé « le praticien face à l'alcool et aux drogues » (Université Paris 8), permet d'assurer plus confortablement les usagers sur leurs traitements, et sur l'importance de la régularité des prises de médicaments (substitution, diabète, traitements psychiatriques, maladies infectieuses, mélanges à ne pas faire...) ou sur des conseils liés à la santé en général et la réduction des risques en particulier selon le profil de chacun.

Le médecin n'étant présent au Centre que trois demi-journées par semaine, il s'avère nécessaire de pouvoir assurer la continuité des soins, de rappeler aux usagers leurs différents rendez-vous médicaux, de rentrer en lien avec les services de soins afin d'employer les termes adéquats pour décrire la situation de la personne, sa ou ses pathologies et antécédents significatifs, etc. Pour ce faire, un minimum de connaissances paramédicales est indispensable. C'est pourquoi cette présence au quotidien d'un éducateur ayant acquis ces connaissances s'est vite révélée être un atout pour l'équipe entière : Faire une pré-évaluation des demandes pour consulter le médecin ou, en son absence, d'évaluer le degré de gravité de l'état général d'un usager pour savoir si il faut l'orienter en urgence, et vers où l'orienter (appeler les pompiers ou non, orienter vers les services de soins de proximité, entrer en contact avec la P.A.S.S. Verlaine de l'hôpital Saint-Louis avec laquelle les collaborations sont fréquentes...).

Tous ces « actes de santé », auxquels s'ajoutent les conseils et prestations en Réduction des Risques au quotidien, ainsi que des actions rejoignant une réelle éducation thérapeutique pour certains, sont indispensables à l'accompagnement d'usagers de substances psychoactives, surtout lorsqu'ils vivent dans la rue. Deux éducateurs de l'équipe animent régulièrement des groupes de parole en petit comité et avec des thématiques précises, groupes intitulés « atelier réduction des risques ».

L'atelier réduction des risques

Le but de cet atelier RDR est de proposer un espace de libre parole aux usagers qui le souhaitent afin de faire le point sur leurs consommations et d'échanger sur les risques associés aux produits et à leurs modes d'usage. Deux ateliers réduction des risques ont eu lieu en 2009 (sur le cannabis et sur l'alcool). Ceux-ci devraient se pérenniser et se régulariser au cours de l'année 2010.

La consommation de cannabis est importante parmi les usagers du Centre (un tiers de la file active). Un des ateliers Réduction Des Risques a permis de faire le point sur l'usage problématique de ce produit chez deux des participants, ses conséquences psychologiques (repli sur soi, désintérêt pour toute autre activité). Cette discussion sans jugement avec les usagers concernés a eu comme conséquence de verbaliser la difficulté et pour l'un d'entre eux d'envisager une démarche de soin autour de ses consommations. L'équipe éducative lui a proposé un rendez-vous sur La Consult' (Consultation Jeunes Consommateurs de Charonne)

qui a débouché sur une prise en charge ; deux autres personnes ont pu accéder à une vraie prise de conscience sur leurs consommations excessives.

La consommation d'alcool est courante dans le public de Beaurepaire et concerne un nombre important d'usagers (deux tiers de la file active). Ainsi les axes de travail ont été : l'excès de consommation d'alcool et de médicaments associés (la dangerosité de certains mélanges), les possibilités d'accompagnement dans l'accès au soin, et l'existence de lieux de soins résidentiels (CTR, SSSR) et leurs modalités d'accès.

Une approche de réduction des risques consiste à reprendre la consommation d'un usager sur 24h et de partir de sa consommation et non de la perception qu'il en a.

Un autre axe de travail est de proposer un sevrage et une hospitalisation comme un moment de rupture, ou il est possible de faire le point avec une équipe médicale sur son état de santé, sans systématiquement devoir se projeter dans un arrêt définitif de la consommation.

5. Soutien aux usagers dans l'accès au soin

Aide à l'hygiène et accès aux soins de première nécessité

Certains usagers ne sont pas en capacité de maintenir une hygiène correcte, de par leur mode de vie, et de leur alcoolisation chronique. Ils sollicitent l'équipe quand leur situation devient critique. Ainsi s'est présenté récemment M. très alcoolisé, malade d'une dysenterie qui nécessitait une toilette assistée. Il présentait aussi de multiples prurits et lésions de grattage dues certainement à des poux. Ce type de situation est malheureusement assez courant, et l'équipe du Centre témoigne d'un savoir-faire pour répondre au mieux à ce genre d'événement. Aussi un vestiaire de dépannage a été mis en place, et des traitements contre la gale sont disponibles à la demande. Quatre douches, une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles au sous-sol.

Orientations vers le système de soins spécialisés ou de droit commun

	Actes sur place	Orientations du médecin	Orientations de l'équipe éducative	Accompagnements	Total actes
Médecine générale	435	90	147	28	700
Aide à la substitution aux opiacés	5	5	24	15	49
Prise en charge problèmes d'alcool		10		6	16
Suivi psychologique ou psychiatrique	35	19	28	5	87
Traitement VIH Sida		3			3
Urgences		32	28	18	78
Entretien psychologique BOCIEK	118				150
Entretien psychiatrique ELP	18		14		
Total	611	159	241	72	1.083

6. La Consultation du Podologue

L'activité du podologue a commencé au Centre Beaurepaire en juillet 2009. L'information des usagers a été réalisée par voie d'affichage dans différentes langues pour une meilleure compréhension de l'activité.

Jusqu'au 31 décembre 2009 : 61 soins ont été réalisés auprès de 48 personnes différentes, dont 5 femmes.

Globalement les usagers souffrent de problèmes kératosiques qu'ils se soulageaient eux-mêmes de façon dangereuse. En procédant au traitement de ces problèmes le podologue participe à la prévention des risques infectieux et virologiques.

Les traitements entrepris se déroulent sur plusieurs séances plus ou moins espacées afin d'avoir une action durable dans le temps.

Il arrive parfois de devoir orienter ces personnes vers des services qui traiteront l'étiologie du problème (école de podologie, hôpital Saint-Louis...).

La permanence du podologue étant contemporaine à celle de BOCIEK (jeudis après-midi), le nombre de personnes bénéficiant des soins podologiques s'est accru. De part leur situation socio-sanitaire, les usagers présentent souvent une atteinte mycosique au niveau des pieds. Le travail du podologue est donc à cet égard un rôle préventif pour leur donner des conseils d'hygiène : douches fréquentes, bien sécher entre les orteils, sécher les chaussures, changer de chaussettes. Le traitement de ces mycoses à proprement dit, est simple : application de Bétadine qui a une double action (antifongique à large spectre et astringente), puis traitement avec une poudre antifongique.

En 2010, l'accent sera mis sur :

- Les diabétiques (prévention, conseil, traitement).
- La prévention podale lors d'une vague de grand froid pour les personnes en situation précaire.
- Les solutions à trouver quant aux problèmes de chaussage...

7. Les consultations de médecine générale

File active des usagers consultants : 214

De même importance que les années précédentes, la file active a été modifiée dans ses caractéristiques par l'augmentation de la population étrangère et notamment punjabi parmi les consultants (population plus jeune, masculine, sans couverture sociale).

	2009	2008
AGE MOYEN	40 ans	45 ans
% femmes	6%	10%

NATIONALITES REPRESENTÉES	30 nationalités	30 nationalités différentes
Inde	22%	15%
France	14%	27%
Pologne	12%	20%
Maghreb	9%	13%

COUVERTURE SOCIALE		
Sans	55%	45%
AME	24%	15%
CMU	17%	25%
Autre	10%	-

Les caractéristiques des consultations 435 sont stables :

- Motifs les plus fréquents

	2009	2008
- dermatologie	22%	27%
- appareil locomoteur	14%	15%
- addiction	10%	10%
- Les actes pratiqués : pansements, strappings, ablations de fils, vaccins (Tétanos et Hépatite B)
- 230 orientations :
 - dermatologie (traitement gale, furonculose et psoriasis),
 - service des Urgences,
 - radiologie,
 - biologie,
 - psychiatrie,
 - orientations sociales.

Après une consultation médicale, les orientations les plus fréquentes se font vers les structures suivantes :

- L'hôpital Saint-Louis (PASS Verlaine, Dermatologie et Urgences),
- le CCAS, centre mutualiste, Richerand (Spécialistes de ville, Biologie, Radiologie)
- l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal (Urgences, Orthopédie, ORL, Médecine Interne, Psychiatrie),
- l'Equipe de Liaison Psychiatrique La Terrasse,

- les CSAPA (Charonne, Gaïa, 110 les Halles...),
- l'hôpital des Quinze-Vingt (Ophtalmologie),
- l'hôpital Pitié-Salpêtrière (PASS bucco-dentaire),
- les travailleurs sociaux (en interne ou structures partenaires).

Les dépistages

Depuis plusieurs années deux types de dépistage sont proposés régulièrement aux usagers : Tuberculose (par radiographie) et Hépatites - V I H - Syphilis (par prélèvement sanguin).

- Dépistage de la tuberculose :

Le centre de santé Edison (DASES) vient tous les ans pratiquer des radiographies pulmonaires. Les comptes rendus sont transmis au médecin du Centre qui les remet aux usagers.

Résultats 2009 : pour 55 usagers

- 48 images non pathologiques,
- 1 image non tuberculeuse, séquellaire,
- 1 image d'emphysème,
- 1 image suspecte pour un usager (entre temps hospitalisé)
- 4 images ininterprétables.

- Dépistage Hépatites - V I H - Syphilis :

Dans le cadre de ses actions de dépistage « hors les murs » l'association AREMEDIA, partenaire du CDAG de l'hôpital Fernand Widal, intervient sur le Centre plusieurs fois par an, depuis cinq ans. Les résultats sont restitués par le médecin du Centre aux usagers environ dix jours après le prélèvement.

Résultats 2009 : sur 56 prélèvements

- 75% de résultats rendus : 42 à Beaurepaire,
- 4 au CDAG Fernand Widal,
- Aucune primo-infection pour le VIH,
- Aucune Hépatite B active,
- Sérologie Hépatite C positive : 6,
- 1 Syphilis dépistée (et traitée).

Environ la moitié des dépistés ne sont pas immunisés contre l'hépatite B.

Les évolutions de l'activité médicale en 2009

L'année 2009 a été marquée par une augmentation importante du nombre d'étrangers parmi les consultants, notamment indiens, avec la mise en place du projet Beaullywood. Ces étrangers sont souvent sans logement, sans couverture sociale et l'alcool est toujours très prégnant, favorisé par le mode de vie. Certaines pathologies sont plus fréquentes : surpoids, diabète, HTA.

L'accompagnement dans le traitement des addictions

Addictions aux opiacés et BZD

Aucun traitement de substitution, psychotrope ou antalgique contenant des opiacés n'est prescrit au Centre Beaurepaire. Les usagers sont informés des possibilités thérapeutiques et éventuellement orientés vers des centres de soins ambulatoires ou les services hospitaliers. En ce qui concerne les addictions aux drogues illicites le réseau des partenaires est ancien et bien connu.

Addictions à l'alcool

Depuis quelques années les partenariats pour la prise en charge des problèmes d'alcool ont été renforcés : possibilité de consultations et d'hospitalisations pour sevrage dans des délais relativement rapides dans les services de Médecine Interne et de Psychiatrie de l'hôpital Fernand Widal, participation de l'équipe Bociek à l'accompagnement des usagers d'Europe de l'Est. Les possibilités de soutien et de suivi après le sevrage restent actuellement plus difficiles à concrétiser.

La délivrance de traitements

Le Centre Beaurepaire gère parfois les traitements antituberculeux des usagers en coordination avec la cellule tuberculose du SAMU Social.

Certains usagers déposent au Centre une partie de leur traitement, pour en éviter la perte du fait de leurs conditions de vie dans la rue.

L'accès aux soins des populations non francophones

Les années 2007 et 2008 avaient été marquées, du fait de la présence de l'équipe Bociek, par l'importance de la population d'Europe de l'Est parmi les consultants. En 2009, la mise en place du projet Beaullywood et la présence d'un interprète penjabi dans l'équipe ont permis d'améliorer de façon très importante la communication avec les indiens originaires du Punjab et de réaliser des suivis cohérents de leurs problèmes de santé. Auparavant l'absence de communication ne permettait pas de comprendre une partie de leurs troubles et surtout bloquait tout processus de compréhension de leurs parcours de vie et de leurs souhaits pour la suite (prise en compte des pathologies, compréhension des prises en charge et des traitements, projet de vie...). Le développement du programme Beaullywood permettra un meilleur recueil des données médicales et celui-ci devra ultérieurement être étendu à tous les usagers pour un meilleur suivi médico-social de toute la population du Centre.

La consultation médicale reste toujours une voie d'accès aux droits sociaux : une demande de soins de type « bobologie » va être l'occasion de faire le point sur la couverture sociale. Fréquemment cela sera suivi d'une demande de domiciliation et d'AME ; le parcours de vie et la place des addictions seront aussi questionnés à cette occasion.

8. Interventions d'ELP auprès du CAARUD Beaurepaire

Dr CHU Ba Dung, Psychiatre, praticien hospitalier

L'unité ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique) de La Terrasse¹ intervient auprès du CAARUD Beaurepaire dans ses missions d'évaluation psychiatrique et d'orientation des usagers présentant une addiction aux produits. ELP est composée de deux psychiatres (½ temps), de deux infirmières et d'une assistante sociale (½ temps). En 2009 les interventions auprès de la structure se sont déroulées de manière assez régulière à raison d'une présence bimensuelle, ainsi que la participation à une réunion de travail mensuelle. Lors de situations qui l'exigeaient, les présences ont été plus fréquentes, et une participation régulière au débriefing de fin de journée (17h) a été assurée.

Les interventions s'effectuent après signalement, par l'équipe du CAARUD, d'usagers présentant des symptômes dans le champ psychiatrique : trouble dépressif, trouble du comportement, trouble anxieux, addiction complexe... L'équipe ELP essaye donc d'évaluer une situation clinique qui est toujours compliquée. En effet, les facteurs de culture, de précarité, les addictions aux produits, les troubles somatiques, nécessitent un travail de décryptage afin de comprendre et de pouvoir proposer une orientation dans le soin.

La compréhension de la situation s'effectue de manière progressive et répétée, tant au niveau de l'usager qu'au niveau de l'équipe du CAARUD. Le travail d'acclimatation avec l'usager est nécessaire afin de mieux préciser sa demande et aussi de connaître déjà ses capacités à s'inscrire dans un cadre de soin qui n'est pas son cadre de vie naturel. Les interventions peuvent conduire à une orientation vers des CSST, vers une hospitalisation, vers une prise en charge spécialisée via les CMP ou vers tout réseau de soins non obligatoirement inscrit dans le champ de la santé mentale. La dimension de souffrance sociale concourant à produire du trouble psychiatrique, peut aussi amener à orienter l'usager dans des prises en charge essentiellement sociales (hébergement, aides administratives et juridiques...). Les interventions d'urgence sont peu nombreuses, elles aboutissent à une hospitalisation via un centre de crise ou un service d'urgence.

De manière concrète, les interventions de ELP aboutissent souvent dans le temps à des prises en charge conjointes avec le CAARUD, car il s'avère qu'après la période de crise, l'usager continue de le fréquenter, tout en conservant parfois un lien distant avec l'équipe de liaison ou avec les structures psychiatriques qui l'ont pris en charge transitoirement. Ce travail conjoint permet de se situer dans une veille clinique dans un aspect de prévention secondaire et d'intervenir précocement si une récurrence survenait. C'est ainsi que l'aspect de travail institutionnel entre les deux équipes revêt toute son importance.

Dans cet esprit, afin de progresser dans ce partenariat et travail de réseau avec le CAARUD, toujours dans le respect de l'usager et de la culture du CAARUD, on pourrait envisager une présence plus fréquente, si possible hebdomadaire.

Enfin l'évaluation des pratiques de ELP, devrait nous amener dans le prochain bilan 2010 à pouvoir quantifier les situations cliniques d'intervention mais aussi à pouvoir les qualifier (quelles problématiques, quels usagers, quelles orientations, quel devenir...).

¹ La Terrasse : unité intersectorielle en addictologie - EPS Maison Blanche

9. Accès aux droits au logement et à la réinsertion professionnelle

Accès aux droits	Nombre de dossiers ouverts	Orientations et Accompagnements
Droits sociaux (RMI, AAH, API...)	151	
Droits à la Santé (CMU, CMU-C, AME...)	78	
Démarches administratives (papiers, domiciliations)	72	
Démarches justice (assignation, obligation de soin...)	84	14
Total	385	14

Accès au logement	Nombre de de dossiers ouverts	Orientations et Accompagnements
Hébergement d'urgence	496	
Hébergement social (CHRS...)	5	5
Hébergement thérapeutique (CTR, ATR, ACT, communauté)	9	9
Recherche de logement autonome	2	
Total	512	14

Insertion et Réinsertion Professionnelle	Nombre de dossiers ouverts
Recherche d'un emploi	32
Recherche d'une formation	12

Un éducateur, différent chaque jour, est responsable du travail d'accompagnement social et de l'hébergement. C'est lui qui évalue et rend compte à ses collègues des situations rencontrées. Chacun peut ensuite se proposer pour un accompagnement physique de la personne si nécessaire. L'accompagnement social est important surtout pour les usagers, en situation irrégulière, qui ne peuvent accéder qu'à une domiciliation et à une Aide Médicale d'Etat.

Une assistante sociale, présente une journée par semaine, apporte un éclairage technique à l'équipe éducative du CAARUD. Sa contribution permet de faire avancer certains dossiers et situations. Les modalités d'accueil sans RDV permettent aux usagers d'avoir une réponse rapide dans le cadre d'interventions ponctuelles, ne requérant pas de leur part un engagement qu'ils sont en difficulté à tenir.

Elle peut aussi aboutir à une prise en charge plus structurée et à un accompagnement à plus long terme avec ou sans orientation sur le CSST-CSAPA.

Un élément récurrent du soutien apporté par l'assistante sociale est d'améliorer la compréhension des dispositifs de droit commun d'un public qui maîtrise mal la langue française. L'accès à une domiciliation, à une couverture médicale, les orientations sociales, dossiers MDPH, pôle emploi sont les domaines d'intervention les plus courants.

10. L'atelier Alphabétisation Français Langue Etrangère

L'atelier d'alphabétisation, animé par une éducatrice polonophone de l'équipe Bociek, a débuté en octobre 2008 pour un public en grande précarité et de différentes nationalités.

Début 2009, et par manque de place, le groupe a dû se déplacer sur un autre site : le service « Itinérance » du Cœur des Haltes boulevard Magenta. Les jours et horaires restent identiques.

L'atelier a accueilli une population, en majorité polonaise. Néanmoins la participation des personnes de nationalités tchèque, slovaque, iranienne et tunisienne a été également significative.

Moyenne d'âge : 40ans.

Les cours se sont déroulés les mardis après-midi de 14h à 16h, avec un groupe de 5 à 6 personnes. La population rencontrée présentait le niveau linguistique débutant, soit sans aucune connaissance de la langue, soit avec une certaine base linguistique au niveau de la compréhension et de l'expression orale. Si pendant cette courte période le mouvement des participants a été important, pour la moitié d'entre eux la fréquentation des cours est devenue régulière.

10. Mise à disposition du matériel de prévention

Matériel stérile	Nombre		Nombre
Matériel distribué par automates		Préservatifs femmes	-
- kits, steribox, kap	-	Préservatifs hommes	16.500
		Gel lubrifiant	6.500
Trousses d'injection délivrées par l'équipe du CAARUD		Stérifilts	581
- kits, kap, steribox	19	Stéricups	1.577
		Eau PPI (5 ml)	2.164
		Tampons alcoolisés	2.181
		Pansements	-
		Ethylotests	-
Seringues distribuées à l'unité par l'équipe du CAARUD	2.907	Pipes à crack	56
- Seringues 1cc	2.822	Embouts	110
- Seringues 2cc	85		
Jetons distribués	412	Matériel de sniff :	-
Brochure et matériel d'information	-	Roule ta paille	-
Récupération de matériel usagé			
Seringues souillées récupérées	518	Récupérateurs de seringues mis à disposition	15

11. Médiation sociale

L'équipe reste très vigilante quant au stationnement des usagers devant le Centre. Une habitante de l'immeuble qui était fortement opposée à l'implantation du CAARUD, a régulièrement un comportement agressif à l'égard de l'équipe et des usagers. Ce risque est limité en expliquant aux usagers qu'il n'est pas possible de stationner devant le Centre. Ils le comprennent et vont fumer leurs cigarettes à cinquante mètres près d'une cabine téléphonique. Les relations avec les commerçants du quartier sont cordiales. Ils savent qu'un membre de l'équipe peut se déplacer le cas échéant pour éviter tout débordement, type d'évènement qui reste d'ailleurs rare.

12. Le travail de rue

Nous avons essayé en 2009 de nous astreindre à plus de régularité dans le travail de rue. Deux fois par semaine, en après-midi, deux membres de l'équipe sont sortis dans le quartier en poursuivant un double objectif : aller à la rencontre des usagers qui ne connaissent pas le Centre, maintenir le contact avec ceux qui ne le fréquentent plus. L'itinéraire le plus courant est sur le Canal Saint Martin de la Gare de l'Est jusqu'à la Bastille, avec au retour un arrêt Place de République. Une vingtaine de personnes sont rencontrées en moyenne et elles ont donné lieu à cinq orientations de nouvelles personnes sur le CAARUD.

13. Les ateliers collectifs

Les sorties socio-culturelles du Centre Beaurepaire

Le Centre Beaurepaire accueille un public toxicomane, alcoolique et en grande précarité.

Plus de quarante nationalités se côtoient, la plupart sans papiers vivent dans la clandestinité et ne perçoivent aucun revenu.

Ce mode de vie rythmé par les besoins primaires (recherche de nourriture, hébergement, alcool ou drogue...) ne laisse guère place aux activités dédiées à la culture et à l'enrichissement personnel. Une grande partie est en France depuis plus de dix ans, reclus, ils ne savent que très peu de choses sur l'histoire du pays où ils séjournent.

L'idée d'une sortie à visée culturelle s'est imposée après de nombreuses conversations avec les usagers du Centre n'y ayant pas accès.

En effet après avoir observé et discuté longuement avec la population fréquentant le Centre, nous avons pu faire le constat que l'ennui et l'oisiveté contribuaient grandement à son alcoolisation et au renfermement sur elle-même.

Les objectifs de ces sorties sont :

- Faire sortir les personnes de l'isolement.
- Permettre l'insertion sociale par la culture (« Tout le monde a le droit à la culture », c'est un principe d'égalité).
- Diversifier la relation d'aide et de soutien (Inciter à aller vers l'extérieur).
- Partager avec un groupe d'origine ethnique différente (Aide à la socialisation).

- Aider au développement personnel (Loisir, détente...).
- Permettre de créer une relation de confiance et du lien entre usagers et avec les membres de l'équipe.
- Permettre d'affiner l'observation éducative afin de mieux cerner les problématiques des usagers pour une meilleure qualité de l'accompagnement des individus ou des groupes.

Choix de la sortie :

Plusieurs propositions et présentations de sorties ont été faites, impliquant les usagers dans tous les aspects de la sortie (trajet, jour, horaire, choix du lieu...).

Les choix se sont portés sur le Château de Versailles, qui représentait pour eux une des plus belles œuvres architecturales françaises, une partie importante de l'histoire de France et un des plus beaux châteaux du monde...

La deuxième sortie fut au Musée du Louvre.

Le groupe fut fasciné par l'histoire égyptienne, découvrant pour la première fois les vestiges antiques liés à cette civilisation (momie, sépulture, tombeau), son histoire et son influence sur le monde pendant plus de deux mille ans...

Comme à l'habitude la sortie s'achève par un « pot » dans un café, qui permet de faire le point sur l'après-midi, mais aussi d'échanger sur d'autres sujets non évoqués dans le cadre du CAARUD. Au delà de l'aspect culture et ludique, c'est bien la qualité de la relation qui est recherchée dans un contexte favorisant l'échange. Ce moment permet à ces personnes en grande précarité de faire un break avec leur quotidien et de vivre d'autre aspect positif de la vie. Il permet à l'équipe d'avoir un autre regard sur la population reçue et de créer des espaces de parole privilégiés.

L'atelier guitare

L'atelier guitare se déroule tous les mardis après-midi de 14h à 17h dans les locaux de l'Armée du Salut au 12 rue Cantagrel dans le 13^{ème} arrondissement. Les usagers participants, le font de manière volontaire.

Sur l'année 2009, la file active a été de quinze personnes dont deux femmes, avec une moyenne de trois personnes présentes par séance.

Les participants peuvent venir quand ils en ont envie, aussi souvent qu'ils le souhaitent, et rester le temps qui leur convient. Cette liberté est primordiale car ils peuvent donc s'investir en confiance, en restant maîtres de leurs choix. Le titre « atelier guitare » a son importance.

C'est avant tout un espace de paroles et de créations de liens avec les usagers. Il leur permet d'exprimer leurs émotions, leurs envies, leur état du moment de manière détournée. On remarque d'ailleurs que les niveaux instrumentaux sont très variés, allant du novice aux musiciens confirmés. Cette différence amène des interactions entre les usagers qui sont

vraiment intéressantes. Cet aspect de socialisation est motivant et compliqué à mettre en application de par le caractère de chacun.

Ex : Il arrive parfois qu'un usager bon guitariste B. s'occupe d'un débutant C. avec beaucoup de patience, ceci est très enrichissant à observer. Le plus difficile est de les faire jouer ensemble avec leur différence de niveau et en s'écoulant. Les usagers n'ont pas les mêmes attentes, en ce sens, certains viennent seulement pour jouer de la guitare et d'autres pour la qualité de l'écoute et de l'échange.

Un autre aspect important est que cet atelier guitare renouvelle l'estime et la confiance en soi des usagers. Les participants débutants, qui progressent et voient leurs améliorations en sont très souvent surpris d'eux-même-, s'en croyant incapables.

Le projet pour 2010 serait d'animer l'atelier guitare dans les locaux d'Itinérance (Aurore) qui dispose d'une salle en sous-sol d'une surface approximative de 40 mètres carrés avec des placards bas pour ranger le matériel. Ce projet émerge d'un désir des usagers qui préfèrent être sur le quartier de République plutôt que de se déplacer dans le 13^{ème} arrondissement de Paris. Cela s'explique par l'aspect plus pratique pour les usagers de se rendre à l'atelier guitare et de l'intervenant qui se rendrait à cet atelier plus rapidement et plus régulièrement.

En fin d'année, des usagers d'autres structures (Ego, Pierre Nicole) ont participé à l'atelier guitare.

Cette ouverture permet de bousculer une routine qui a tendance à s'installer chez les « anciens de l'atelier ».

14. La permanence d'Accès au Droit Solidarité Paris

Karima BERKOUKI, Juriste

L'accès aux droits est une composante essentielle de l'insertion sociale et complémentaire à l'accès aux soins mise en place grâce à l'intervention de professionnels de santé au sein du Centre Beaurepaire.

A cette fin, une permanence juridique est donc assurée tous les mercredis matin par une juriste de l'association ADSP (Accès aux droits solidarité Paris) dont la mission principale est de lutter contre l'exclusion.

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

Au cours de l'année 2009, 154 entretiens ont été assurés (150 hommes, 2 femmes et 2 couples). Une grande partie des dossiers fait l'objet d'un suivi régulier et la majorité des cas traités relève du droit des étrangers. 97 % des entretiens concernent des personnes hors Union Européenne.

Les différentes dimensions du droit traitées sont donc :

1. Le droit des étrangers :

- *Première demande de titre de séjour pour soins, travail, parent d'enfant français... (53%).*
- *Renouvellement de titre (5%).*
- *Refus de séjour (demande d'aides juridictionnelles ou recours gracieux), obligation de quitter le territoire français.*
- *Demande d'asile, demande de visa.*

2. le droit du logement (litiges locatifs, expulsion).

3. le droit pénal (plainte ou requête en relèvement d'interdiction du territoire français, demande de casier judiciaire).

4. Et enfin, les amendes contraventionnelles ou dettes.

Un exemple illustratif de cet aspect des problèmes présentés par les usagers de Beaurepaire et des réponses proposées.

Monsieur X. de nationalité ivoirienne est présent sur le territoire depuis plus de 20 ans. Nous avons envisagé de déposer une demande de régularisation sur la base des 10 ans de présence en France à plusieurs reprises. Or, ce dernier étant en errance nous nous sommes heurtés au fait qu'il ne disposait pas des preuves suffisantes soit en raison du vol de certains documents, de la perte ou de la destruction suite à l'incendie d'un squat où il vivait. Malheureusement, il ne s'agit pas d'un cas isolé puisque les SDF ne sont pas en mesure de garder des documents pour une durée aussi longue. Au cours de l'année 2008 j'avais pu obtenir une convocation à la Préfecture mais monsieur X. ne s'est pas présenté. Habitué à des absences au moment des accompagnements (par peur, oubli ou autre...) et au fait que des personnes peuvent ne se re-manifester plusieurs mois après en raison de la précarité dans laquelle ils se trouvent, je n'ai pas été alertée plus que cela. 9 mois après, j'ai reçu la visite de ce monsieur qui m'a fait part du fait que la veille de notre rendez-vous il avait été interpellé puis placé en centre de rétention mais que ce n'est qu'à partir de ce jour qu'un véritable engrenage a commencé. En effet, une jeune femme avait déposé plainte pour agression sexuelle et des agents de police était venu le chercher en centre de rétention. Après plusieurs heures de garde à vue il passe en comparution immédiate, clame son innocence mais est condamné à 8 mois d'emprisonnement, son avocat commis d'office lui déconseillant de faire appel. 3 mois plus tard coup de théâtre la prétendue victime fait des aveux à son avocat précisant que ses déclarations étaient imaginaires et qu'elle ne pensait pas que sa plainte allait aboutir. Dès lors 6 mois après, c'est-à-dire trois mois après ses révélations monsieur X. est libéré sur demande du Garde des Sceaux. Puis la Chambre criminelle de la Cour de Cassation annule la décision et renvoie l'affaire devant le Tribunal Correctionnel. C'est un homme détruit que j'ai retrouvé au sein du CAARUD Beaurepaire. Détruit par une condamnation injuste mais aussi par le fait qu'il n'a été informé que 3 mois après des aveux de la prétendue victime. Un délai qui aurait pu lui éviter bien des problèmes puisqu'en effet son enfermement a provoqué d'une part un problème de santé (AVC) et d'autre part l'a conduit en psychiatrie où il est resté hospitalisé plus de 12 jours avant d'être de nouveau incarcéré. Ce dossier a été assez médiatisé dans une remise en question des comparutions immédiates, sans instruction. Il

est évident que le fait qu'il ne disposait d'aucune ressource l'a contraint à bénéficier d'un avocat commis d'office. Ce qui implique que le dossier ne peut qu'être survolé sauf dans le cas où un avocat demande un report d'audience. Or, compte tenu des zones d'ombres dans ce dossier il est évident qu'une demande de report et une instruction était indispensable et aurait permis d'éviter l'irréparable.

Les permanences juridiques et le travail fait avec cette personne a participé à ce qu'il retrouve un équilibre et a permis d'avancer dans son dossier administratif

Pour terminer, il est essentiel de préciser que malgré les droits inhérents aux personnes en situation irrégulière (ouverture de compte, accès aux soins : AME, logement d'urgence, le durcissement de la politique en matière de droit des étrangers handicape des personnes déjà fragilisées (accès au logement d'urgence, impossibilité ouvrir des droits aux minimas sociaux, difficulté d'ouverture de compte en banque...).

15. Le projet Beaullywood

Rappel 2008

En 2008, les usagers originaires du Punjab représentaient 10% de la file active de Beaurepaire soit un peu plus de 80 personnes.

Leur état sanitaire particulièrement dégradé, leur méconnaissance persistante du dispositif d'accès au soin et au droit commun, l'impossibilité à communiquer avec eux dans leur langue et le sentiment de mise en échec des interventions sociales et de RDR ont conduit le Centre Beaurepaire en 2008, à faire intervenir un éducateur/traducteur détaché d'une autre structure pour faire le point sur les besoins et souhaits de cette population, et à concevoir pour eux un projet spécifique.

L'objectif général du « Projet Beaullywood » a donc été de **construire un réseau d'intervention** impliquant des partenaires locaux (spécialisés et de droit commun) afin d'améliorer la situation sanitaire, administrative et sociale de ce public et de favoriser leur intégration en France ou leur retour dans le pays d'origine.

Le projet doit aussi assurer une **fonction d'observatoire de cette population et formaliser une démarche reproductible** pour d'autres publics présentant des problématiques comparables (étrangers en errance, méconnaissance du français et des systèmes administratifs et socio-sanitaires, spirale aboutissant à une dégradation constante de l'état de santé - notamment du fait de la consommation importante d'alcool- et à de grosses difficultés d'intégration).

Mise en place du projet en termes de ressources

Octobre 2008 : Détachement une demi-journée par semaine d'un éducateur/traducteur punjabophone de l'association Coordination Toxicomanies pour faire l'évaluation initiale des besoins du public d'origine indienne à Beaurepaire.

Juillet 2009 : Recrutement à temps plein de l'éducateur punjabophone sur un poste vacant au CAARUD Beaurepaire → coup d'envoi du projet.

Novembre 2009 : Obtention de subventions pour le projet par le Conseil Régional d'Ile de France et le département de Paris (DPVI).

Décembre 2009 : recrutement à 40% d'une chargée de projet hindiphone.

Bilan sur 12 mois au 31 décembre 2009

N.B. Il est à noter que les chiffres suivants renvoient à l'activité de tout 2009 auprès des personnes d'origine punjabie, bien que le projet n'ait officiellement commencé qu'en juillet 2009. Dans leur interprétation il est donc important de tenir compte du fait que l'intervenant social punjabophone - pivot de ce dispositif - n'a été présent sur la structure qu'à hauteur d'une demi-journée par semaine jusqu'en juin et n'a été recruté à plein temps qu'à partir de juillet 2009. La chargée du projet n'a été recrutée qu'en décembre 2009.

Les bénéficiaires

File active des publics concernés (personnes d'origine indienne) : 174 personnes, soit 19% de notre file active de 915 personnes.

Objectifs opérationnels individuels

Indicateurs quantitatifs médicaux

- 35 personnes ont bénéficié d'une évaluation somatique par le médecin consultant au CAARUD Beaurepaire au cours de 95 consultations médicales.
- 102 accompagnements ont été effectués pour ces publics punjabis.
- 140 orientations ont été engagées vers des partenaires de santé pour des problèmes somatiques, médicaux ou chirurgicaux.
- 15 orientations ont été effectuées pour des problèmes d'addiction, majoritairement avec l'alcool et dans un des cas pour un traitement de substitution à la Méthadone[®].
- 3 orientations psychiatriques vers l'hôpital Avicenne et vers ELP ont été effectuées.

Indicateurs quantitatifs sociaux

- 41 entretiens sociaux pour des problèmes sociaux et administratifs ont été effectués.
- 194 orientations sociales pour des demandes de couverture maladie au titre de l'AME.
- 241 orientations administratives pour domiciliation, démarches auprès de l'ambassade pour obtenir des documents officiels et auprès de l'ANAEM.

Indicateurs quantitatifs juridiques

Une conseillère juridique détachée une demi-journée par semaine par l'Association « Accès aux Droits Solidarité Paris » participe activement à l'examen des situations des ressortissants indiens et aux accompagnements en Préfecture.

- Plus de 80% de l'activité de la conseillère juridique concerne le droit des étrangers (asile, autorisations de séjour etc.). Elle suit 22 personnes d'origine indienne dans leurs démarches juridiques et a fait 65 consultations et 5 accompagnements en Préfecture.

- 50 orientations juridiques (notamment vers la Maison de Justice et de Droit) pour évaluation ont été effectuées par l'équipe éducative.

La situation juridique de la plupart des personnes pose le problème de la clandestinité, qui est à la fois un refuge contre les interpellations et un frein à tout espoir de régularisation. Nous recevons donc de nombreuses demandes d'ordre juridico-administratif en termes de :

- Droits de séjour en France (régularisation, séjour pour soins, demande d'asile, etc.).
- Retour volontaire au pays.

La question du séjour est à régler en priorité afin de pouvoir mettre en place une action de soutien cohérente auprès de nos usagers sans soutenir de faux espoirs de régularisation. Aussi, n'étant pas spécialisés dans les questions de droit des étrangers, nous avons fait la demande d'un financement pour un poste de conseiller juridique.

Indicateurs qualitatifs en termes de connaissance des publics :

- 30 mini biographies des parcours individuels effectuées par l'éducateur punjabophone et la chargée de projet hindiphone.
- Compte-rendu par la chargée de projet hindiphone de son voyage en Inde en octobre/novembre :
 - rencontre avec le Sociologue Surinder Jodhka de l'université JNU à New Delhi, spécialisé sur la question de la migration punjabie,
 - rencontre avec l'Association des étudiants punjabis de JNU qui se proposent de faire pour nous une étude de terrain au Punjab sur le profil des migrants,
 - lecture d'articles sur les rapports entre sikhisme et addiction.

Objectifs opérationnels en termes de réseau

Depuis l'attribution de la subvention en décembre 2009, une Chargée de projet franco-indien, parlant le hindi a été recrutée afin, entre autres, de développer les partenariats utiles au projet.

Les partenaires médicaux

- L'hôpital Saint-Louis : c'est l'hôpital le plus proche du Centre Beaurepaire et nous travaillons en partenariat avec plusieurs services :
- La Permanence d'accès au soin (PASS) du service de Médecine Interne « consultation Verlaine » : du fait de la qualité de l'accueil et des soins, nous y orientons tous les usagers ne disposant pas de couverture sociale (sauf les problèmes dermatologiques orthopédiques, ORL, OPH ou psychiatriques et addictions). Nous rencontrons l'équipe médicale et infirmière environ une fois par an pour faire le point sur les différentes orientations.
- Le service de Médecine Interne – hospitalisation.
- La consultation sans RV de dermatologie : nous y adressons principalement les usagers atteints d'ectoparasites (gale, poux) ; nous appliquons également au Centre les traitements spécifiques du service.
- La consultation MST.

- Le CCAS avenue Richerand, Paris 75011, centre mutualiste : dispose de consultations généralistes et spécialistes, d'un service de radiologie et d'un laboratoire : nous y orientons la plupart des usagers bénéficiant d'une couverture sociale (AME pour la population punjabie).
- L'hôpital Fernand Widal (services de Médecine Interne, alcoologie et psychiatrie ; CDAG). Nous travaillons depuis plusieurs années avec le service de Médecine Interne pour le traitement et les sevrages d'alcool, ayant déjà organisé les orientations pour les publics polonophones avec le soutien de l'équipe Bociek ; le partenariat tissé avec ce public facilite aussi les orientations pour les usagers punjabis.
- Le CDAG : le partenariat s'établit par l'intermédiaire de l'association AREMEDIA qui effectue les dépistages Sida-Hépatites-Syphilis au Centre.
- L'hôpital Lariboisière : nous y adressons les usagers vers les services d'urgences, d'orthopédie et d'ORL.
- Le CASO (Centre d'Accès au Soin et d'Orientation) de Médecins du Monde. Nous avons rencontré l'équipe de ce centre en 2009 et les orientations sont possibles. A ce jour nous n'avons pas travaillé en commun sur certaines situations. La population étrangère fréquentant le CASO est principalement d'origine sub-saharienne.
- Echange et perspective de collaboration avec le service de Psychiatrie (consultation trauma, consultation ethnopsy et CSST) de l'hôpital Avicenne à Bobigny. Une rencontre en 2009.

→ Peu de pathologies ouvriraient la possibilité d'une autorisation provisoire de séjour pour motif de santé.

Les partenaires sociaux

- Coordination Toxicomanies avant embauche d'un de leurs éducateurs, originaire du Punjab, pivot linguistique du dispositif.
- Equipe de rue Paris Nord d'Emmaüs : maraudes bimensuelles.
- Une équipe de bénévoles de la Croix Rouge qui suit la nuit une partie des usagers que nous recevons le jour.
- l'ESI Saint Martin.
- Cœur des Haltes pour les domiciliations.
- Les services sociaux du CSAPA et du Centre d'Hébergement de Stabilisation (CHS) de l'association Charonne

→ Ces partenaires ont permis de faire l'évaluation initiale (Educateur parlant Punjabi détaché de la Coordination Toxicomanies), faciliter les domiciliations et demandes d'Aide Médicale Etat (AME).

Les partenaires administratifs et juridiques

- l'ANAEM : Deux retours volontaires ont été organisés avec leur collaboration.
- Accès aux Droits Solidarité Paris : Détachement d'une conseillère juridique une demi-journée par semaine.

Les partenaires champ intégration

- Nous avons pris contact avec un chef spirituel du Gurudwara (temple sikh) du Bourget dans le contexte du décès d'un de nos usagers.
- Plusieurs contacts ont eu lieu avec un jeune avocat français issu de l'immigration indienne qui nous sert de point d'entrée dans la communauté punjabis.
- Collaboration avec une doctorante en anthropologie de l'EHESS qui nous sert aussi de point d'entrée dans la communauté punjabis intégrée et auprès de l'Ambassade.

→ Les partenariats avec des structures d'alphabétisation et d'insertion sont les plus difficiles à concrétiser pour ce public. 7 personnes ont été orientées vers Cœur des Haltes pour de l'alphabétisation mais elles ne s'y sont pas rendues en raison des problématiques susmentionnées de clandestinité mais aussi de précarité sociale (difficultés à prendre le métro par manque de moyens pour l'achat des tickets et par peur de se faire contrôler, étant sans papiers...).

Fonction d'observatoire de cette population

Voir les indicateurs qualitatifs en termes de connaissance du public cités ci-dessus.

Formalisation d'une démarche reconductible

→ La création du projet est l'aboutissement d'une réflexion sur les implications de l'accueil d'un public non français et ne parlant pas la langue, en errance – qu'il soit d'origine indienne ou pas.

→ Le développement d'outils adéquats pour faciliter notre travail auprès de ce public :

- Mise en œuvre des moyens nécessaires au travail dans la langue des personnes accueillies (ici Educateur punjabophone, Chargée de projet hindiphone).
- Traduction d'un certain nombre de documents en la langue des personnes accueillies (ici le punjabi).
- Utilisation pour d'autres populations présentant les mêmes problématiques des différents contacts et partenariats créés pour ce réseau.

→ Définition de « bonnes pratiques » : Il est encore un peu tôt dans l'histoire du projet pour évaluer si nos pratiques sont bonnes ou pas...

Récapitulatif de la fréquentation du Centre Beaurepaire en 2009

MOIS	Nb Jours Ouverture	Passages	Matin	Après Midi	Nb Personnes	H	F	H Nouveaux	F Nouvelles	Total Nouveaux	Douches	Machines	Moyenne/ jour
JANVIER	20	1 811	1 606	205	1 791	1 749	42	59	1	60	200	52	90
FÉVRIER	20	1 907	1 695	212	1 770	1 725	45	59	0	59	159	47	95
MARS	21	1 657	1 561	96	1 578	1 549	29	128	1	129	226	45	79
AVRIL	21	1 723	1 383	340	1 635	1 619	16	76	1	77	281	42	82
MAI	16	1 245	1 53	192	1 161	1 136	25	32	1	33	201	40	77
JUIN	21	1 544	1 302	242	1 483	1 431	52	63	3	66	296	53	73
JUILLET	21	1 512	1 323	189	1 495	1 436	59	68	1	69	280	42	72
AOÛT	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPTEMBRE	22	1 509	1 260	249	1 457	1 411	46	54	1	55	330	51	68
OCTOBRE	22	1 867	1 578	289	1 804	1 767	37	78	0	78	402	49	85
NOVEMBRE	20	1 956	1 550	406	1 838	1 800	38	67	3	70	330	51	97
DÉCEMBRE	21	1 834	1 509	325	1 752	1 711	41	60	2	62	308	50	87
TOTAL	225	18 565	15 820	2 745	17 764	17 334	430	744	14	758	3 013	522	82

LA BOUTIQUE CAARUD 18

Etablissement médico-social

58 boulevard Ney 75018 Paris

Tél. : 01 46 07 94 84 Fax : 01.46 07 73 36

Boutique18@charonne.asso.fr

L'Espace Mixte

La Boutique 18
58 boulevard Ney – 75018 Paris
Tél. : 01 46 07 94 84 – Fax : 01 46 07 73 36 – E-mail : boutique18@charonne.asso.fr

ESPACE MIXTE

Accueil collectif et Individuel

La population accueillie est constituée pour la plupart de personnes âgées de quarante ans ou plus, habitués de la Boutique lorsqu'elle était située rue Philippe de Girard.

L'installation boulevard Ney n'a pas changé la fréquentation. Cependant, de nouveaux usagers, plus jeunes et plus alcoolisés ont pris leurs habitudes à la nouvelle boutique.

Alors, que les anciens viennent plus irrégulièrement, les jeunes sont là presque tous les jours.

Par contre, à contrario de la rue Philippe de Girard, la violence s'est largement atténuée, sans doute, en partie à cause d'un environnement plus agréable et des locaux plus spacieux et plus lumineux.

Les nouveaux arrivants sont accueillis par un premier entretien s'ils le souhaitent, le règlement de fonctionnement leur est donné ainsi qu'un flyer concernant les différents services de la Boutique.

A partir du moment où une demande est exprimée, un contrat de suivi (Contrat d'Accompagnement Individuel) est mis en place avec l'utilisateur. Ce CAI comporte une fiche d'identification, un contrat sur l'objectif poursuivi et le déroulement prévu du suivi, à remplir. Il permet de suivre le déroulement aussi bien dans les aboutissements que dans les échecs du parcours personnalisé. Il permet, par ailleurs, aux différents intervenants de pouvoir reprendre le suivi là où il a été laissé et d'être à jour avec les différents partenaires en évitant les doublons sur les démarches.

File active

Tableau 1 - Comparatif de la File Active Annuelle

Année	File Active	Différentiel
2004	878	
2005	994	+116
2006	1.167	+173
2007	1.111	-56
2008	971	-140
2009	846	-125

Tableau 2 - Comparatif de la File Active Annuelle par sexe

Année	Hommes	Dont nouveaux	Femmes	Dont nouvelles
2007	932	179	165	11
2008	807	125	164	15
2009	717	151	129	15

Tableau 3 - Comparatif des fréquentations et passages annuels

Année	Passages	Différentiel
2004	18.065	
2005	16.789	-7%
2006	17.280	3%
2007	14.733	-17%
2008	14.336	
2009	12.425	-13%

Il faut noter que la baisse de la population accueillie en 2009 est due au changement d'adresse lié à la délocalisation du CAARUD 18, et donc à sa fermeture prématurée, au 15 juillet, afin d'organiser le déménagement au 58 boulevard Ney à la Porte de la Chapelle. L'ouverture après les vacances du mois d'août a été retardée jusqu'au 15 septembre pour permettre la mise en place de la nouvelle organisation et le réaménagement dans les nouveaux locaux et l'ouverture conformément à commission de contrôle de la Préfecture et à la commission de contrôle de la DASS.

Tableau 4 - Récapitulatif de la fréquentation mensuelle

Mois	Passages	Personnes	UDH	UDF	UDH nouveaux	UDF nouvelles
Janvier	1.587	1.444	1.192	252	7	0
Février	1.525	1.284	1.280	4	4	0
Mars	1.692	1.524	1.287	237	20	1
Avril	1.540	1.424	1.263	161	6	2
Mai	1.510	1.375	1.160	215	13	0
Juin	1.370	1.326	1.131	195	12	0
Juillet	512	789	470	319	1	0

Août

Septembre	321	345	299	46	5	2
Octobre	807	801	698	103	32	4
Novembre	749	796	696	100	12	4
Décembre	812	756	654	102	17	3
Total	12.425	11.108	10.130	1.734	129	16

L'hygiène

Les nouveaux locaux permettent un meilleur accès à l'hygiène. Les douches et la laverie se situent au rez-de-chaussée et sont plus spacieux, mieux agencés. Nous disposons de quatre douches dont une réservée uniquement aux personnes handicapées, de deux machines à laver et d'un séchoir.

Un nouveau décompte de l'activité hygiène a été réalisé tenant compte des orientations vers le Pôle médical et vers le podologue.

Tableau 5 - Actes liés à l'hygiène

Mois	Jours	Douches	Machines à laver
Janvier	20	160	80
Février	20	160	80
Mars	20	160	80
Avril	21	168	84
Mai	17	136	68
Juin	21	168	84
Juillet	8	64	32
Août	0	0	0
Septembre	13	73	46
Octobre	22	156	89
Novembre	19	103	37
Décembre	21	80	71
Total	202	1.428	751

Accompagnement et orientations

Le CAARUD a trois axes d'intervention :

- l'accès aux soins,
- l'accès aux droits,
- l'accès au logement et à l'insertion professionnelle.

En ce qui concerne les usagers « habitués », la grande majorité a finalisé les démarches afin d'obtenir le RSA et la CMU. Les prises en charge de l'année dernière suite à la fermeture des squats, ont permis de motiver les plus récalcitrants à la persévérance dans les démarches.

Tout en sachant qu'elles se renouvellent relativement souvent, vu que les usagers ont tendance à perdre ou à se faire voler leurs papiers, à oublier de remplir les déclarations trimestrielles de revenus et à omettre de renouveler leur CMU. Encore, que cette année, les pertes de papiers ont diminué peut-être du fait qu'ils nous les confient pour éviter de se les faire voler.

Pour les demandes de logement, l'hébergement d'urgence prime sur toutes les autres. Sans doute que les usagers ne se projettent pas dans une démarche de changement, mais, plutôt dans la recherche d'améliorer leur environnement de consommateur. D'ailleurs, cela ressort particulièrement pour les recherches d'emploi dont le nombre diminue et qui concerne pour la majorité les mêmes personnes que l'année 2008.

Par contre, les problèmes psychiatriques demeurent prégnants au sein de notre population, nécessitant l'intervention de la structure partenaire et mobile de ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique de la Terrasse-Maison Blanche).

Tableau 6 - Etat des lieux de la recherche d'emplois des usagers

DEMANDES	Nombre de personnes concernées		Nombre d'actes	
	2008	2009	2008	2009
Lettre de motivation	6	2	7	3
Curriculum Vitae	13	7	13	9
Recherche d'emploi	15	11	35	18
Association Insertion	11	7	10	8
Formation	2	2	2	5
TOTAL	47	29	67	43

Tableau 7 - Orientations Administratives et Sociales

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Couverture Sociale		CNI	1	10	41
		CMU	-	4	24
		AME	1	-	3
		AAH	-	-	-
		COTOREP	-	-	5
Total	89		2	14	73

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Emploi Insertion		RMI	-	27	43
		Pôle Emploi	-	41	22
		Poste	-	-	-
		Insertion	-	14	31
Total	138		0	42	96

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Hébergement		Urgence	-	-	347
		Thérapeutique	1	-	1
		Logement	-	1	4
Total	354		1	1	352

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Justice Prison		SPIP	-	-	33
		Injonction	1	1	5
		Procès	1	2	40
Total	83		2	3	78

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Total orientations adm. et soc.	664		5	60	599

Tableau 8 - Orientations Sanitaires

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Soins		Psychiatrie	1	-	27
		Médico-Chirurgical	1	3	50
		Soins Spécialisés	1	2	38
		CDAG	-	-	-
		Médecin de ville	-	1	59
		Podologue	-	-	58
		Alcool	24	143	606

Total Orientations sanitaires	1.014		27	149	838
--------------------------------------	--------------	--	-----------	------------	------------

Les prises en charge hôtelières gérées par la Boutique 18

En 2009, la prise en charge hôtelière globale concerne 403 nuitées, réparties sur l'année comme suit.

Tableau 9 - Répartition des nuitées sur l'année

Année	Nuitées	Nuitées pour sortie de
Janvier	153	124
Février	85	72
Mars	19	9
Avril	18	-
Mai	18	-
Juin	36	-
Juillet	7	-
Août	0	-
Septembre	4	-
Octobre	37	-
Novembre	9	-
Décembre	17	-
Total	403	205

Parmi cette prise en charge hôtelière globale figure 198 nuitées proposées hors sorties de squat et 205 nuitées proposées en accompagnement de sortie de squat.

Tableau 10 - Répartition des motifs d'hébergement

Motifs	Nombre de nuitées	TOTAL	Nombre de personnes concernées
Epuisement physique ou psychique	89	198	45
Relais hospitalisation	21		
Relais Hébergement stable	9		
Relais prise en charge partenaire	14		
Relais retour en famille	1		
Attente sevrage ou post cure	24		
Démarches en cours	25		
Relais sortie de prison	15	205	5
Sortie de squat	205		
TOTAL	403	403	50

Prises en charge hôtelières globales

Le CAARUD dispose d'une chambre par jour soit 365 nuitées par an. En 2009, 50 personnes ont pu bénéficier de séjours hôteliers soit 403 nuitées. Parmi ces 50 usagers, cinq en ont bénéficié dans le cadre de la prise en charge individuelle des sortants du squat « La Villette » (cf. paragraphe suivant, « l'accompagnement des sortant du squat »).

Cette année sur les 45 usagers qui ont été mis à l'hôtel, 22 l'ont été pour un état de grande fatigue et d'épuisement. Nous constatons que la situation des usagers se dégrade et que le nombre d'années passé dans une situation de grande précarité accroît le risque d'épuisement.

Par ailleurs, nous avons été sollicités pour 347 demandes d'hébergement d'urgence, qui coïncident avec les orientations réalisées vers le Samu Social ou autre structure spécialisée (Sleep-In) ou de droit commun. Un constat s'impose dans la difficulté à favoriser l'accès à l'hébergement au regard de l'engorgement des centres d'hébergement et des modalités d'admission de plus en plus restrictives, notamment au niveau des papiers pour des personnes qui n'en n'ont pas ou qui les ont perdus.

Prises en charge hôtelière particulière : l'accompagnement des sortants du squat de « La Villette ».

Sur mandat des Tutelles et après concertation avec nos partenaires, le CAARUD 18 a été missionné pour mettre en place un suivi individuel et assurer l'hébergement après l'évacuation du squat « La Villette ».

5 usagers ont pu prétendre à cet accompagnement sur une durée minimale de 3 mois qui a débuté le 27 novembre 2008 et s'est poursuivi jusqu'au 10 mars 2009.

Ce temps a été nécessaire à l'évaluation de la situation de chacun et à la mise en place d'un projet individualisé de réinsertion.

A ce titre, 2 personnes ont pu bénéficier d'une prise en charge par le CHS de Charonne et être suivies par le CSST-CSAPA de Charonne (dont 1 personne toujours prise en charge en 2010). 2 autres ont été incarcérées et 1 est retournée en squat.

Le Programme d'Echanges de Seringues, PES

Tableau 11 - Matériel distribué sur le lieu fixe

MOIS	1	2	3	4	5	6	7-8	9	10	11	12	Total
Préservatifs	340	175	960	347	436	616	-	16	65	33	47	3.035
Gel	180	77	715	151	106	419	-	11	24	18	30	1.731
Eau PP	7	104	102	215	120	22	-	0	1	0	0	571
Seringues 1cc	47	38	12	152	476	33	-	0	4	0	230	992
Seringues 2cc	50	100	50	105	82	2	-	0	1	0	0	390
Compresse	20	126	10	14	338	36	-	0	2	0	480	1.026
Embouts	6	8	8	12	2	0	-	0	0	0	8	44
Stérifilts	26	18	0	10	9	10	-	0	1	0	0	74
Stéricups	0	16	0	110	316	13	-	0	1	0	0	456
Jetons	6	22	2	40	22	9	-	0	0	0	0	101

- **Actualité des risques / Kit Crack**

Le déménagement du CAARUD 18 au 58 boulevard Ney semble avoir généré une baisse de la fréquentation et a eu une incidence sur la demande de matériel de prévention.

Par ailleurs, l'accueil fixe du CAARUD 18 ne distribuant pas de doseurs en journée, les usagers de la Boutique très majoritairement consommateurs de crack et pour la plupart non injecteurs se fournissent auprès de l'Antenne Mobile ou dans d'autres structures.

Bien que des embouts soient disponibles il y a peu de demandes malgré les messages de prévention répétés de la part des intervenants.

Le groupe de travail sur l'élaboration du kit base a validé après cinq années de recherche les outils le constituant. Ce nouveau kit base sera distribué courant 2010 avec une phase d'évaluation par les différentes structures partenaires (AIDES, CHARONNE, EGO, GAIA, PROSES, La Terrasse, 110 Les Halles). Pendant cette période d'expérimentation, c'est l'Antenne Mobile qui sera chargée de la distribution.

- **La mise à disposition des outils de RDR**

Les injecteurs du CAARUD 18 utilisent majoritairement le Skénan[®] et le Subutex[®] mais leur demande de matériel est peu fréquente.

Il y a en revanche des demandes de la part d'usagers qui ne fréquentent pas la Boutique, qui sont souvent originaires de grande banlieue et qui viennent prendre du matériel d'injection en grande quantité.

Leur demande est justifiée par l'absence de structures distribuant du matériel là où ils résident.

- **RDR et Sexualité**

Depuis le déménagement les prostituées non consommatrices « anglophones » ne viennent plus aussi régulièrement se fournir en préservatifs.

La nouvelle localisation du CAARUD 18 peut expliquer cela.

Le PES, reste le lieu privilégié pour amorcer des discussions autour des pratiques de consommations, et le rappel des règles d'hygiène élémentaires.

Le « Fémidon » reste toujours mal connu et est peu demandé par les femmes. Le rappel de l'utilisation du gel reste d'actualité car des résistances et des blocages demeurent particulièrement chez les hommes (tabou, rapport à l'homosexualité).

Chez les prostituées nous insistons sur le fait que l'utilisation du gel limite les ruptures de préservatifs.

LE TRAVAIL DE RUE

En 2009, il a semblé important d'intégrer à la mission d'accueil, le développement du travail de rue à l'Espace Mixte. Aller au devant du public que nous accueillons est une nécessité pour créer du lien.

Ce travail se fait sur deux temps : un temps de rencontre et un d'orientation.

Le temps de rencontre nécessite que nous allions au devant des personnes sur leurs lieux de vie et de consommation (squat, scène) pour mieux se rendre compte des réalités de leur mode

de vie. Cette action permet de travailler aussi sur les représentations sociales des éducateurs-accueillants qui connaissent les réalités de terrain à travers les dires des usagers.

Le temps d'orientation vient après la création du lien et se fait sur le lieu fixe du CAARUD 18. En 2009, il était d'autant plus important de signaler et d'informer du changement d'adresse de la Boutique.

L'intervention sur les lieux de vie ou de consommation est différente dans les modalités selon qu'il s'agit de squat (lieu fermé) ou de scène (lieu ouvert).

Intervenir sur un squat c'est intervenir en lieu clos mais surtout sur un lieu d'intimité qui nécessite qu'on y soit « invité ». Ainsi la préparation en amont avec les consommateurs est importante comme le fait de prévenir que l'on va passer.

La définition d'objectifs autour de notre présence sur ces lieux est primordiale pour donner du sens à l'action une fois sur place. Les raisons de nos présences justifiées par nos missions doivent être précisées aux usagers pour que le lien de confiance s'instaure. Limiter les risques sanitaires, sociaux ou environnementaux est un travail mené en collaboration et/avec l'implication des occupants des lieux.

Les interventions sur une scène laissent une plus grande marge de manœuvre car elles se déroulent sur l'espace public occupé aussi par la population.

Le travail n'est pas seulement dans le contact direct avec les usagers mais tourne aussi autour de l'observation, l'identification des problématiques ou la médiation.

La visibilité de l'action envers les usagers de drogues et la population permet d'apaiser des tensions liées à une cohabitation forcée parfois (Ex. Place de la Rotonde de Stalingrad).

ALLER-VERS

« Aller-vers » les usagers sur leurs lieux de vie ou de consommation pour mieux comprendre les enjeux et mieux analyser les problématiques, est une action complémentaire de celle en lieu fixe qui consiste à les accueillir.

Les rencontres en rue sont différentes de celles de l'accueil en lieu fixe.

Les codes ne sont plus les mêmes : les travailleurs sociaux adaptent les modalités de l'accueil (écoute, soutien...) lorsqu'ils « visitent » les usagers de drogues sur leurs lieux de vie. Le retrait des travailleurs sociaux sur un lieu de vie et de consommation est possible lorsque les usagers ne sont pas disponibles à entendre les raisons de la présence des professionnels. La disponibilité en revanche des éducateurs, en toute circonstance (rue ou lieu fixe) doit s'adapter aux moments propices et créer des espaces de paroles et d'écoute, c'est le rôle des professionnels d'évaluer ces moments.

En 2009 : 201 personnes ont été rencontrées sur 4 sites différents, la Rotonde de Stalingrad, le local électrique de la Porte de La Chapelle et ses environs, les rails du boulevard Ney et le parking de la rue Boucry.

La Rotonde de Stalingrad :

3 sorties sur ce site ont été réalisées en partenariat avec les équipes de Coordination Toxicomanies.

Ces sorties nous ont permis de rencontrer 30 usagers de drogues dont 10 femmes.

Ces personnes étant connues du CAARUD18, nous avons pu faire une rapide orientation vers le lieu fixe.

Le parking de la Porte de La Chapelle et ses environs :

5 sorties ont été réalisées sur ce site avec Coordination Toxicomanies.

Cela nous a permis de rencontrer 50 personnes dont 15 femmes.

40 de ces personnes étaient connues du CAARUD 18 et ont fréquenté le lieu fixe.

Les rails du boulevard Ney :

2 sorties réalisées sur ce site.

10 personnes, dont 5 femmes connues de la structure, ont été rencontrées.

Sur ce lieu vivait un couple au départ qui a été rejoint par d'autres usagers pour consommer.

Les orientations ont principalement porté sur les questions sanitaires.

Le squat du parking de la rue Boucry :

Le parking Boucry est un lieu de vie pour un nombre important d'usagers de drogues (15). Pour les autres personnes qui gravitaient autour de ce lieu l'intérêt ne tournait qu'autour de la consommation et de la vente de produits.

Parfois ceux-ci étaient présents en abondance du fait que les jeunes des environs venaient les livrer.

La fréquentation du lieu pour d'autres était facilitée du fait de la possibilité de consommer sans être dérangés. Des messages de prévention et de réduction des risques sanitaires mais aussi à l'environnement (dégradation des lieux privés) étaient régulièrement délivrés.

Sur ce site nous avons rencontré 101 personnes dont 26 femmes : Toutes connues du CAARUD 18. La plupart a été orientée vers le lieu fixe et a bénéficié d'une prise charge médico-sociale.

En 2009, ces sorties de rue ont permis de renouer le contact avec les usagers que nous ne voyons plus sur l'Espace Mixte, de les prévenir du déménagement de la structure et de les orienter.

Elles se concrétisent par un travail de repérage et permettent de voir les personnes dans leur milieu afin de mieux comprendre les besoins et de faire émerger les demandes.

Le choix de ne rien distribuer comme matériel de prévention dans la réalisation de ce travail s'est fait pour privilégier l'action de création de lien et celle d'orientation vers les PES existant, d'autant que le partenariat engagé avec Coordination toxicomanies privilégie les actions de contacts d'orientation et de médiation. Les messages de prévention et de RDR se passent au moment des prises de contact et des orientations vers le lieu fixe du CAARUD 18 ou l'Antenne Mobile.

LES ACTIVITES ATELIERS ET SORTIES CULTURELLES

Activité Jardin

Sur le terrain autour du bâtiment du nouveau CAARUD 18, il a été décidé de créer une « Activité Jardin ». Ce terrain comprend un espace floral, « pour le bonheur des yeux », un espace potager, « pour l'amélioration du goût ». L'idée est que les usagers puissent planter, cultiver et récolter afin de se préparer des repas, pour ceux qui veulent, plus adaptés et composer par exemple des salades « bio ».

Un espace « plantes médicinales », avec notice explicative et un espace « écologique » occupent aussi le terrain : composés de plantes essentiellement dépolluantes tels que *l'Epipremnum Aureus* contre le *formaldéhyde*, le *monoxyde de carbone* et le *benzène*.

Une quinzaine d'usagers participent au bêchage du terrain et à la plantation. Après un après-midi d'effort, trois d'entre eux ne sont plus réapparus. Les autres, une dizaine, connaissent les outils pour fournir un effort moins violent, respectant leur condition physique. Les femmes usagères sont contentes de l'espace potager et donnent des conseils culinaires.

L'élaboration de cet atelier se réalise pratiquement tous les jours car il est difficile de le faire coïncider avec un seul après-midi par semaine pour le moment.

Activité « Sorties culturelles »

Le projet « Sorties culturelles » a suscité l'engouement des personnes accueillies tout au long de l'année 2009. Il s'agit de proposer une sortie dans un lieu culturel parisien. Il peut s'agir d'un théâtre, d'un musée, d'un cinéma...

Il a été créé afin de satisfaire différents objectifs :

- Rencontrer les personnes accueillies à la Boutique,
- créer du lien avec ces personnes,
- travailler la valorisation, la « renarcissisation » de soi,
- favoriser la socialisation,
- sortir de leur lieu d'ancrage, les XVIII^{ème} ou XIX^{ème} arrondissements, la périphérie de Paris (93),
- s'ouvrir, découvrir,
- favoriser l'accès à la culture.

Nous avons donc proposé ces sorties, qui ont rassemblé à chaque fois un petit groupe de 3 à 5 personnes.

Nous avons visité :

- Les collections égyptiennes du Musée du Louvre,
- l'exposition « Tarzan » au Musée du Quai Branly,
- l'exposition Miles Davis à la Cité de la Musique,
- l'exposition « Système solaire » à la Cité des Sciences et de l'Industrie,
- le Musée d'Art Moderne de la Ville de Paris,
- l'exposition de photographies surréalistes au Centre Georges Pompidou,
- l'aquarium de la Porte Dorée.

LE POLE MEDICAL Infirmier, Médecine

Rappel des objectifs du pôle Santé de la Boutique 18

- . *L'accès aux soins de santé primaires.*
- . *L'éducation à la santé par des informations collectives (interventions, affichage ; brochures) et l'acquisition individuelle de connaissances en matière de prévention : produits, modes d'usage, maladies transmissibles) et de soins primaires par les usagers.*
- . *La promotion du dépistage et de la prise en charge des maladies transmissibles (« VIH, hépatites, tuberculose »).*
- . *Le diagnostic et l'orientation des pathologies nécessitant une hospitalisation.*
- . *L'accompagnement et l'orientation substitution, sevrage, suivi VIH, suivi VHC, suivi des grossesses... pour ceux et celles qui le veulent ou ceux et celles que nous arrivons à motiver.*

Activité 2009

En 2009 : 901 actes ont été effectués à l'infirmier :

- 651 soins infirmiers.
- 250 consultations médicales.

Ces actes concernent : 63 femmes et 163 hommes.

L'activité de l'infirmier a diminué par rapport aux années précédentes due au déménagement du CAARUD (1 mois de fermeture).

Nous constatons néanmoins une augmentation des soins dus aux pathologies traumatiques liées à la violence du milieu dans lequel évoluent les usagers.

Concernant les pratiques d'injection, nous remarquons une-quasi disparition des abcès.

Une analyse des consultations et des soins infirmiers nous permet de constater que les personnes venant consulter à l'infirmier plus de 30 fois dans l'année sont suivies en CMP et souffrent de troubles psychiatriques.

Exemples : K. suivi en CPM, gros consommateur de benzodiazépines, a consulté 48 fois dans l'année pour de la « bobologie ». Idem pour sa compagne L. : 38 fois pour les mêmes problèmes.

DEPISTAGE TUBERCULOSE

Comme chaque année, en partenariat avec le Centre EDISON nous organisons un dépistage de la Tuberculose. 21 personnes ont été dépistées, 3 radiographies suspectes : Signalées.

Les personnes concernées ont été orientées sur le Centre pour une radio de contrôle.

DEPISTAGE VIRAL SUR PLACE

Nous poursuivons le dépistage VIH, VHC, VHB et Syphilis sur place en partenariat avec le CDAG de Fernand Widal et l'Association AREMEDIA.

Cette année et comme en 2008, les résultats ont été rendus sur place par le médecin de la Boutique. Cette initiative, en accord avec AREMEDIA a permis d'atteindre un taux de rendu de 72%.

32 dépistages effectués dont 23 rendus :

24 hommes et 8 femmes. 1/3 ont déjà injecté des drogues (dont 6 femmes).

Origine géographique : 17 France métropolitaine, 8 DOM, 5 Afrique, 2 Pologne.

Résultats du dernier dépistage connu (déclaratif) pour 28 personnes (dernier dépistage non renseigné pour 4 personnes) :

- Pas de séropositivité connue pour un des 3 virus testés pour 16 personnes.
- Une co-infection VIH/VHC connue par une femme.
- Une infection à VIH connue par un homme.
- Une infection chronique à VHB connue par un homme
- 4/28 personnes se savaient protégées contre le VHB.
- 7 séropositivités connues pour le VHC.

Résultats du dépistage des 32 personnes :

- Pas d'infection par le VIH dépistée en dehors des 2 connues.
- Pas d'infection par le VHB dépistée en dehors de celle déjà connue.
- 10 séropositivités pour le VHC dépistées.
- 1 chez un homme qui se savait déjà porteur du VIH et qui n'est pas venu chercher ses résultats.
- 1 chez une femme Intra Veineuse non renseignée non venue chercher ses résultats.
- 1 chez une femme IV + crack fumé dont la dernière sérologie était négative, compagnon VHC+, résultat rendu.
- 17/32 protégées (ou guéries) de l'hépatite B.

Accès aux soins :

Les 2 personnes VIH+ ne sont pas venues chercher leurs résultats.

La personne porteuse d'une infection chronique à VHB est venue chercher ses résultats.

Une vaccination contre le VHB prescrite et réalisée.

7 personnes séropositives pour le VHC :

- 1 se sait spontanément guérie et n'a pas voulu faire un contrôle de l'ARN du VHC mais a accepté la 3^{ème} injection de vaccin contre le VHB via ordonnance.
- 1 se pensait infectée. Le contrôle de l'ARN du VHC au laboratoire Marx Dormoy : a avéré qu'elle était spontanément guérie.
- 3 ont déjà été traitées dont 1 se savait en échec de traitement et ne désirait pas s'occuper de son hépatite dans l'immédiat. 1 avait des problèmes de Sécurité Sociale qui ne lui permettaient pas de faire de bilan et le dernier n'a pas fait le bilan prescrit.
- 1 bilan prescrit mais pas fait.
- 1 annonce de découverte d'une séropositivité pour le VHC. Pas de couverture sociale.

Stages infirmiers

Au fil des années la Boutique est devenue un terrain de stages très demandé par les IFSI notamment :

- Sainte-Anne
- Foche
- Saint-Maurice
- Nanterre
- Pitié-Salpêtrière

- Croix Rouge
- Bécclère
- Paul Brousse

Cette année nous avons accueilli :

- 10 stagiaires infirmiers pour des durées de 4 semaines.
- 9 stagiaires pour des durées de 3 jours.

Nous poursuivons le partenariat spécifique avec l'IFSI de NANTERRE engagé dans le domaine de la santé publique

PATHOLOGIES

- Traumatologie : 299
- Broncho-pulmo : 90
- Orl-stomato : 49
- Digestif : 66
- Dermatologie : 66
- Addiction : 2
- Génito-urinaire : 10
- Entretien-suivi : 125
- Céphalées : 61
- Dépistage VIH, VHC: 36 orientations CGAG
- Dépistage VIH, VHC: 32 sur place (AREMEDIA)
- Dépistage Tuberculose : 21
- Vaccination grippe : 12
- Vaccination VHB : 7

Activité pôle médical 2009

Les pathologies rencontrées :

Nous avons un sentiment de progression régulière, d'année en année, du nombre d'utilisateurs présentant une pathologie psychiatrique nécessitant un traitement et une prise en charge lourde à relier à l'accumulation des années de consommation de cocaïne pour la majorité.

- L'augmentation de jeunes errants arrivants du Maghreb et des pays de l'Europe de l'Est, après bien souvent des années de galère en Europe et, une consommation d'alcool ou de benzodiazépines bien ancrée.

En liaison avec usage de cocaïne et précarité :

- Progression des actes de traumatologie liés à la violence intra groupe utilisateurs.

Les pathologies médicales courantes rencontrées sont fortement liées à l'interaction de l'usage chronique de cocaïne inhalée et de la pauvreté :

- Soins de pieds (drogue qui empêche de dormir + errance liée à l'absence de domicile),
- pathologies pulmonaires (crack lung, crises d'asthme liées à cocaïne mais aussi pneumopathies),
- troubles digestifs avec beaucoup d'hyperacidité gastrique induite par la cocaïne et une alimentation irrégulière et déséquilibrée,

- diarrhées pendant les périodes de manque de produits,
- céphalées du matin liées à la consommation nocturne de cocaïne,
- états dentaires déplorables (action cocaïne++) et abcès dentaires à la clef.

Pathologie chronique et aide au suivi :

Essentiellement concernant le suivi VIH : entretien soit avec le médecin ou l'infirmier.

Aide à l'observance du traitement, y compris pour certains la gestion du traitement par l'infirmier.

Nous gardons la même logique de suivi pour les patients diabétiques.

ORIENTATIONS

- Hôpitaux : 34
- CDAG : 85
- Dentaires : 17
- Dermatologiques : 15
- Alcool : 1
- Substitution : 5
- Psychiatriques : 30

DEMENAGEMENT ET NOUVEAUX LOCAUX

Après 1 mois de fermeture nous avons constaté une baisse sensible de l'activité.

Un changement de la population.

De plus en plus de personnes suivies en CMP s'auto-médicalisant avec les produits de la rue.

Une population des pays de l'Est (Pologne, Roumanie) consommant surtout de l'alcool n'ayant aucune couverture sociale. La barrière de la langue ajoute une difficulté supplémentaire dans la prise en charge de ces personnes. En cas de besoin nous faisons appel à l'équipe BOCIEK pour assurer la traduction.

Pour le pôle médical, nous avons une infirmerie agréable et fonctionnelle idéalement située entre l'Espace Mixte et l'Espace Femmes, ce qui a entraîné une nouvelle dynamique :

Meilleure coordination avec l'Espace Femmes (suivi de grossesse, hospitalisation...)

- Une analyse fait sur les actes médicaux concernant les femmes montre une progression des actes.
- Du 1^{er} janvier au 15 avril 2009 : 59 actes médicaux femmes.
- Du 15 septembre (réouverture) au 31 décembre 2009 : 90 actes médicaux femmes.

Concernent nos difficultés :

- Toujours les mêmes problèmes d'usagers n'ayant pas de couverture sociale.
- Moins de médicaments gratuits que nous avions auparavant par Pharmacie Humanitaire Internationale.
- Difficulté pour les usagers de passer du dépistage aux soins.

Projet 2010 :

- Campagne de vaccination VHB
- Mise en commun (GAÏA, EGO, CHARONNE) d'un Fibroscan.

L'Espace Femmes

La Boutique 18
58 boulevard Ney – 75018 Paris
Tél. : 01 46 07 87 17 – Fax : 01 42 05 76 60 – E-mail : espace.femmes@charonne.asso.fr

L'ESPACE FEMMES

INTRODUCTION

L'Espace Femmes a bénéficié largement du déménagement de la Boutique en 2009.

Deux bureaux pour recevoir les personnes en toute confidentialité ou pour rencontrer les partenaires, une salle d'accueil plus grande et une salle pour l'hygiène agréable et plus adaptée.

Un accès direct à l'infirmier.

Une nouvelle organisation

Nous avons repensé le mode d'organisation de l'accueil des femmes en proposant un accueil individualisé l'après-midi, facilitant ainsi les accompagnements sociaux ou de soins vers l'extérieur. Des réunions de synthèses avec les partenaires sont plus nombreuses, la collaboration avec l'infirmier et le médecin est plus fructueuse.

L'aménagement des locaux, comme la nouvelle organisation de l'accueil, ont reçu l'agrément des personnes accueillies, qui restent soucieuses du respect des lieux et du cadre.

La fréquentation

La période d'installation a eu quelques conséquences sur la fréquentation des femmes Usagères de Drogues. En outre, les travaux de la Porte de La Chapelle nuisent à la visibilité de la Boutique ou en compliquent l'accès notamment pour l'orientation des nouvelles femmes anglophones.

A propos des usagères de drogues

Certaines ont éprouvé des difficultés à trouver le chemin de la « nouvelle boutique », et par ailleurs, l'activité des squats ayant reprise, beaucoup d'entre elles préféreraient rester sur place, attendant le passage des associations... Pour celles qui restaient encore sur la Rotonde jusqu'aux grands froids, « *la route a été longue* » jusqu'au boulevard Ney.

A propos des femmes anglophones¹

Depuis la réouverture du CAARUD 18, la fréquentation des femmes anglophones Non Usagères de Drogues à l'Espace Femmes s'est ralentie. Un fort travail de rue et d'information envers cette population tente d'inverser cette situation. Plusieurs hypothèses sont évoquées pour l'expliquer : une période de coupure avec ces femmes de 2 mois comprenant le mois de congés annuels, le Turn-over caractéristique à cette population, enfin, la non visibilité de la Boutique en raison des multiples changements dans l'ordre des travaux à la Porte de La Chapelle:

Le *turn over* des femmes anglophones, constaté régulièrement chaque trimestre depuis 2002, s'est réitéré en 2009.

¹ Voir rapport sur les femmes anglophones - annexe 2

Jusqu'à la fermeture de la Boutique rue Philippe de Girard, le bouche-à-oreille fonctionnait très bien dans le milieu, et les nouvelles jeunes femmes étaient orientées vers l'Espace-Femmes par les plus anciennes avant de repartir pour d'autres régions. Avec le déménagement, les relais qu'opéraient les plus anciennes envers les nouvelles « arrivantes » ont été coupés.

Quelques anciennes, rencontrées au cours de nos sorties du mardi après-midi en octobre sur Château Rouge, expliquent qu'elles croyaient que nous avions définitivement fermé en juillet. Elles sont peu nombreuses à être restées sur Paris et reviennent progressivement, nous affirmant avoir peu de contact avec les nouvelles jeunes femmes qui travaillent essentiellement en soirée.

Afin de prendre contact avec la quarantaine de jeunes femmes qui se postent à partir de 20 heures sur Marcadet et Château-Rouge, l'Espace Femmes et l'Antenne Mobile, sont allées à leur rencontre munies de flyers de prévention avec l'adresse du CAARUD. Un patient travail d'approche s'accomplit afin de diriger ces femmes vers l'Espace Femmes tout en assurant, hors les murs, un travail de prévention auprès de cette nouvelle population.

La prise en compte du travail effectué auprès des femmes anglophones par le CAARUD 18 avec la dotation² d'un poste spécifique permet de développer nos activités envers cette population hors les murs avec l'Antenne Mobile.

La rue

Située désormais sur le boulevard Ney, le CAARUD 18 offre une situation de proximité avec les différents lieux de vie des femmes permettant à l'équipe de l'Espace Femmes d'effectuer des interventions de rue hors du temps imparti aux mardis après-midi. Ainsi, au cours du dernier trimestre de cette année, nous avons effectué davantage de sorties spontanées et plus ciblées.

Le travail en partenariat avec ELP, Gaïa, la Coordination Toxicomanies, Boréal et L'Antenne Mobile a particulièrement été efficace autour de situations de soins et de suivis de grossesses extrêmement difficiles.

Fréquentation, file active et passages

La file active

En 2009, l'Espace Femmes a accueilli 439 femmes.

- 173 consommatrices de drogues dont 49 nouvelles.
- 266 femmes non usagères de drogues, dont 115 nouvelles.

Le travail hors les murs est une activité à part entière :

File active : 156 femmes UD dont 52 nouvelles femmes.

² Dotation par la DASS, novembre 2009

Tableau 1 - Les femmes accueillies à l'Espace Femmes

File Active	Usagères de drogues	N. U.D
439	173	266
100%	39%	61%

Le groupe des Non Usagères de Drogues est essentiellement constitué de femmes anglophones venues d'Afrique : Nigéria, Ghana, Sierra Leone.

Tableau 2 - Evaluation de la catégorie des femmes anglophones NUD depuis 2002

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nb de Femmes	20	137	204	185	238	235	236	266
% File Active	10%	33%	52%	-	59%	51%	63%	61%

La baisse du nombre de femmes anglophones est observée au cours du 3^{ème} trimestre. Pour des raisons évoquées dans l'introduction, elle « suit » la baisse de la fréquentation des UD à l'Espace Femmes. Il en résulte que le rapport UD/NUD de la file active intra-muros reste sensiblement identique à celui de l'année 2008.

Tableau 3 - La file active selon l'âge

File Active : 439 personnes							
Classe d'Age	<25 ans	26-35 ans	36-45 ans	+ 46	NSP	Total	%
UD	2%	27%	49%	19%	3%	173	39%
NUD	39%	39%	12%	5%	5%	266	61%
Total	25%	34%	27%	10%	4%	439	100%

Moyenne d'âge : 33 ans.

Les femmes qui consomment des produits psychoactifs sont plus âgées que celles qui ne consomment pas : 70% des UD ont plus de 35 ans alors que 80% des NUD ont 35 ans ou moins.

Age moyen des UD : 39 ans.

Age moyen des NUD : 29 ans.

Tableau 4 - Evolution de la file active 2004 - 2009

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009
File Active Globale	391	376	437	465	561	439
Nouvelles Femmes	145	150	220	246	309	164

Les nouvelles Usagères de Drogues sont au nombre de 49.
Le nombre de nouvelles Non Usagères de Drogues est de 115.

La fréquentation

Sur 199 jours d'ouverture, on comptabilise :

- 4.098 passages au total, soit une moyenne de 21 passages par jour.
- 1.921 passages concernent des Non Usagères des Drogues, représentant 47% de la totalité des passages.

Tableau 5 - Evolution 2004 - 2009 des passages et du nombre de personnes

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nb Passages	4.726	4.269	5.238	5.730	4.929	4.098
MoyenneNb Femmes/jour	20	22	26	25	21	20
Moyenne Nb Passage/jour	22	20	27	26	22	21

Une baisse de la fréquentation journalière des femmes à l'Espace - femmes est notamment constatée au cours du 3ème trimestre, et directement liée au déménagement boulevard Ney. La remontée progressive de la fréquentation s'effectue à partir de la fin du mois de novembre.

DONNEES DESCRIPTIVES DU PUBLIC ACCUEILLI

Le recueil de données porte sur **98** femmes (39 UD et 59 NUD).

Les situations professionnelles

Aucune de ces personnes ne déclare une activité professionnelle rémunérée.

Tableau 6 - Niveau d'études N= 98

Primaire	40%
Brevet des Collèges, CAP, BEP	27%
Niveau BAC ou BAC +	13%
Non Scolarisé	15%
NSP-NRP	5%

Tableau 7 - L'hébergement N=98

Durable Indépendant	11%
Durable Institution	1%
Proches	7%
Provisoire Institution	9%
Provisoire Autre (Hôtel Squat)	55%
SDF (Rue)	17%

- 11% seulement des femmes incluses dans notre échantillon déclarent avoir un logement indépendant (qui reste néanmoins instable).
- 55% avaient une solution provisoire d'hébergement au moment du recueil de données et 17% vivent régulièrement à la rue.

Tableau 8 - Les mères et les enfants N=98

Enfants	
Aucun	50%
3 enfants au moins	42%
4 enfants ou plus	8%

Seulement 10% des mères vivent avec leurs enfants.

Tableau 9 - Situation familiale N=98

Entourage	
Seule	66%
Avec Enfant	4%
Avec Conjoint	12%
Avec Conjoint et Enfant	1%
Avec Amis	11%
Avec Parent	2%
NSP	4%

Tableau 10 - Couverture sociale N=98

Couverture Sociale	
CMU	27%
ALD	6%
Non Affilié avec AME	18%
Non Affilié sans AME	29%
Sécurité Sociale (régime général)	2%
NSP	18%

- 53% ont une couverture sociale, toutes catégories confondues. A ce titre, l'Association des Amis du Bus des Femmes reste un partenaire privilégié qui met à notre disposition la permanence CPAM ainsi que son dispositif de domiciliation.

Tableau 11 - L'origine des ressources N=98

Ressources	
Revenu Emploi	-
ASSEDIC	2%
RMI	17%
AAH	7%
Autres	72%
Aucune	2%

Seulement 26% de ces femmes déclarent avoir des revenus légaux.

Les « autres revenus » correspondent pour la plupart à ceux de la prostitution ou d'activités délictueuses (vol, revente de produits psychoactifs). Elles sont 72% à tirer leurs ressources par ces moyens.

Tableau 12 - Les usages de substances psychoactives N=39

Produits consommés	
Héroïne	8%
Cocaïne	10%
Crack	92%
Buprénorphine (mésusage)	13%
Benzodiazépines	36%
Sulfate de morphine (mésusage)	13%
Cannabis	36%
Alcool	46%
Méthadone® (mésusage)	3%

18% utilisent la voie intraveineuse comme mode de consommation.

92% des femmes Usagères de Drogues consomment du crack et, les autres produits sont pour la plupart associés à cette consommation. 13% des femmes considèrent que l'alcool est le produit principal, c'est-à-dire celui dont elles se sentent le plus dépendantes et qui leur cause le plus de problèmes.

Parmi les opiacés consommés, le mésusage de Subutex® est plus faible de moitié qu'en 2008 : il ne concerne que 13% des consommations contre 26% l'année dernière. La consommation de sulfate de morphine se maintient à peu près au même niveau qu'en 2008 et il est toujours injecté.

Tableau 13 - Les traitements de substitution opiacés

Traitement de substitution	
Buprénorphine	41%
Méthadone®	18%
Sulfate de Morphine	5%
Aucun	36%

- 14% des femmes de notre échantillon adhèrent à traitement de substitution. Les traitements de substitution au Subutex® représentent 41% de l'échantillon des Usagères de Drogues contre 36% l'année dernière. Si l'on additionne les mésusages, on peut dire qu'un peu plus de la moitié des Usagères de Drogues accueillies consomment de la Buprénorphine.

PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES VHC ET VIH (N=98)

65 femmes UD et NUD ont accepté de se faire dépister cette année, au cours de séances assurées par AREMEDIA.

VIH (N= 98)

- 6% de ces femmes déclarent être contaminées par le VIH, elles ont toutes eu recours à la voie veineuse pas le passé. Les injecteuses actuelles ne déclarent pas être contaminées par le HIV.
- Si les femmes injecteuses anciennes ou actuelles semblent bien connaître leur statut sérologique, 20% des NUD l'ignorent encore ou n'en veulent rien savoir.

VHC (N=98)

- 17% déclarent être contaminées par le virus de l'hépatite : ces femmes sont toutes des consommatrices de drogues. Parmi elles, 2% déclarent n'avoir jamais eu recours à la voie veineuse.
- Comme pour le VIH, (20%) d'entre elles, essentiellement des femmes non usagères de drogues, disent ne pas connaître leur sérologie VHC ou ne veulent pas répondre à cette question.

MODALITES D'INTERVENTION

Un accueil spécifique

Nous mettrons en exergue la grande vulnérabilité sociale de ces femmes. A la détresse psychique et la fragilité physique s'ajoutent la malnutrition : des organisations de vie dans des conditions d'hygiène et de sécurité déplorables, un stress permanent lié au mode de vie et de consommation. Soit autant de facteurs qui épuisent, qui aggravent des états de santé déjà fragilisés par des pathologies lourdes, exposent aux risques jusqu'à mettre en jeu sa propre vie.

- 5 femmes sont décédées cette année :

Ces décès sont évidemment liés au mode de vie dans les squats. Ils sont liés à leur statut dans la rue et à l'exploitation sexuelle et après avoir été victimes d'agressions, à la surconsommation et à la maladie.... C'est dire, si l'importance d'un accueil spécifique aux femmes trouve sa légitimité afin qu'elles puissent se poser hors des contraintes des règles du monde de la rue.

« ALLER VERS »

Sortir des murs, « aller vers », constitue un moyen indispensable et complémentaire pour la Réduction Des Risques, permettant aussi d'évaluer leur état de santé physique et psychique, de suivre l'évolution de leurs conditions de vie et les modes de consommation. Au cours de l'année 2009, les squats s'étant renouvelés aussi vite que les anciens étaient démantelés, la rencontre des femmes UD s'est davantage déroulée « hors les murs ». Il faut parfois plusieurs mois pour que les nouvelles femmes parviennent à l'Espace Femmes.

Une collaboration étroite et efficace avec les partenaires

Pour que le soin se fasse, afin d'éviter que des grossesses ne se terminent dans des conditions catastrophiques ou qu'elles se déroulent sans aucun suivi, les médecins se déplacent dans la rue, dans les squats. Par ailleurs, la bonne et permanente coordination des informations entre les maternités des hôpitaux, l'Espace Femmes, Gaïa, Boréal, ELP, l'Antenne Mobile et la Coordination Toxicomanies a particulièrement bien fonctionné cette année.

Ex : le médecin du CAARUD qui va ausculter une femme enceinte, pratiquement à terme sur les rails du boulevard Ney et qu'elle accompagnera ensuite aux Urgences de la Maternité de Bichat.

Toujours en lien avec les maternités de Bichat et de la Salpêtrière, afin de reprendre le contact avec les femmes enceintes qui nécessitent des suivis délicats, ou qui sont attendues aux services des urgences des maternités, l'équipe d'ELP dont le psychiatre nous accompagnera de multiples fois à la Rotonde, au squat Boucry. Cette grosse mobilisation a contribué à ce que le soin se fasse et que ces femmes accouchent dans des conditions bien meilleures que ce qui étaient prévisibles, et que les enfants naissent sans cumuler d'autres dommages que ceux liés à la consommation des femmes.

Ex : Qu'il aura fallu 2 mois d'interventions coordonnées des antennes mobiles de GAIA et du CAARUD 18 le soir, qui faisaient le relais avec toutes les équipes de jour pendant 2 mois pour qu'enfin, après quelques accompagnements en service de réanimation dont elle fuguait régulièrement, elle accepte son état de santé et reste en hospitalisation. Aujourd'hui, la collaboration continue entre les ECIMUD et l'AS de Bichat, la Coordination Toxicomanies, le médecin du CAARUD 18, et ELP pour préparer la sortie d'hospitalisation. L'état de santé de cette personne nécessitant une assistance respiratoire quasi permanente, les ACT de province ou de la région parisienne qui pourraient l'accepter sont peu nombreux. Nous noterons l'insuffisance des places en A.C.T.

Evaluation du travail de rue

- 188 rencontres au cours des 43 sorties.
- Une file active de 156 femmes, dont 52 nouvelles.

Tableau 14 - Activité du travail de rue site par site

Site	Nb mois	Nb sorties	Nb Contacts	Nouvelles Femmes	File Active	Orientations Médicales	Orientations Sociales	Entretiens RDR
Rotonde	9	19	82	8	56	11	8	8
Goutte d'Or	7	8	57	35	49	9	7	38
Boucry	3	7	39	4	39	7	7	25
Rails Bowling Colline	2	8	7	5	7	2	0	4
Squat Vilette	1	1	3	0	3	2	2	2
TOTAL		43	188	52	156	31	24	52

Tableau 15 - Comparaison de l'activité 2008/2009

Année	Nb Sorties	Nb Contacts	Nouvelles Femmes	File Active	Orientations Médicales	Orientations Sociales	Entretiens RDR
2009	43	188	52	156	31	24	52
2008	44	365	28	108	34	68	83

Le nombre de rencontres par sortie reste toujours irrégulier et même aléatoire. Néanmoins, la baisse apparente observée concernant le nombre de contacts résulte de plusieurs facteurs :

- 1) Le travail de rue s'est déroulé sur 10 mois en raison de la relocalisation.
- 2) L'évacuation du squat de La Vilette, qui concentrait une forte population d'utilisateurs et d'utilisatrices, est une autre explication.
- 3) Le temps de recherche des nouveaux sites de regroupement suite à l'éclatement des UD.

Tableau 16 - Travail de RDR site par site

Site	Nb Mois	Nb Sorties	Préservatifs	Seringues	Embouts	Entretien RDR
Rotonde	9	19	300	20	40	8
Goutte d'Or	7	8	270	5	55	38
Boucry	3	7	155	0	60	25
Rails Bowling Colline	2	8	75	2	50	4
Squat Vilette	1	1	0	0	5	-
Total	-	43	800	27	210	75

Réduire les risques et réduire les dommages

Tableau 17 - Le Programme d'Echange de Seringues

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Seringues	3.638	3.306	3687	2.983	2.050	1.961	2.583	1.321

Si le nombre d'injecteuses reste important chez les femmes, nous retenons la diminution régulière de la demande de seringues depuis 2002, exception faite en 2008 liée au « site de la Briche » dans le 93 qui a amené plus de femmes qui s'injectaient. Cependant les usagères peuvent prendre le matériel d'injection auprès des autres associations qu'elles fréquentent : Ego, Boréal, le Sleep In et les unités mobiles (Charonne, MDM).

La mise à disposition des autres outils de prévention

Tableau 18 - Comparaison 2002-2009

Année	Nb Jour	Préservatifs	Gel	Eau PPI	Tampons Alcoolisés	Stéricups	Embouts	Stérifiltres
2002	242	13.870	4.842	3.046	5.066	879	517	-
2003	210	16.468	6.384	3.012	4.281	778	718	-
2004	213	22.834	8.459	3.052	3.687	831	1304	
2005	216	20.889	10.889	2.159	3.752	823	704	-
2006	197	29.226	13.875	1.548	2.939	792	1.104	511
2007	223	51.187	19.756	1.693	3.063	650	547	301
2008	229	38.335	15.401	1.329	2.033	683	676	199
2009	199	19.825	10.462	760	1.031	335	74	6

Prévention, contraception, grossesse

Les orientations en gynécologie sont toujours très inégalement effectives sauf en cas d'infections graves. Les femmes qui acceptent de profiter de la consultation gynécologique du Sleep In sont peu nombreuses. Le médecin du CAARUD assure un certain nombre d'exams à partir de la Boutique.

Les entretiens concernant les risques liés à la sexualité ont lieu au cours de discussions informelles dans la rue, à l'Espace Femmes lors de la remise du matériel ou au cours de discussions libres.

DAPSA

Nous avons poursuivi le travail de réflexion/formation au DAPSA. Des membres de Boréal, ELP, EGO participent régulièrement à cette initiative qui se déroule depuis plusieurs années.

En 2010, sous la direction du Dr M.J. Taboada, un projet de présentation d'une situation de suivi collectif aux partenaires du secteur sanitaire non spécialisé.

- 7 femmes enceintes dont 5 suivis intensifs nécessitant un travail de partenariat avec ELP, la Coordination Toxicomanies, Boréal, l'Antenne Mobile, Gaïa, les ECIMUDs des hôpitaux Pitié-Salpêtrière et de Bichat, l'équipe Mobile d'addictologie de l'hôpital Cochin.

Grossesses, squats et partenariat

- 2 accompagnements de grossesse initiés uniquement à partir du travail de rue :

Ex : Une collaboration avec Boréal et la maternité de Cochin, qui n'a pu se poursuivre en raison de l'incarcération de la patiente.

Ex : L'arrivée sur le site ouvert des rails boulevard Ney à 8 mois de grossesse et sans aucun examen. Son passage à l'Espace Femmes pour un accompagnement social et médical a été effectif après une consultation du médecin in situ, suivi d'un premier accompagnement aux urgences de la maternité de Bichat.

Ex. : autour du suivi de grossesse de T. : La précédente grossesse de T. avait mobilisé toutes les équipes et un signalement avait été envisagé afin que T. accepte de se faire hospitaliser en fin de grossesse. T. à terme, avait encore fugué de la Salpêtrière et tous les partenaires dont ELP étaient mobilisés pour la rechercher dans les squats et notamment au squat de La Villette. De nouveau enceinte quelques semaines après l'accouchement, le parcours pour le suivi de cette nouvelle grossesse commence vers le quatrième mois, et l'ensemble des partenaires ainsi que toutes les antennes mobiles du 18^{ème}, seront mobilisées pour la mener au soin, le médecin de ELP assurant la liaison entre les partenaires et le service du Dr Eidel de la Pitié-Salpêtrière.

Ainsi, pour l'Espace Femmes, ce seront 18 interventions dont 4 accompagnements à la Salpêtrière, dont des recherches avec ELP, la Coordination Toxicomanies sur la Rotonde, au squat Boucry auxquelles s'ajoutent celles de l'Antenne Mobile comprises pour le CAARUD 18. Cette mobilisation collective qui a permis une liaison constante avec le service hospitalier, a eu pour conséquence directe que cette grossesse s'achève dans les moins pires conditions. Le résultat indirect est que T. a quitté le lit hospitalier de la Salpêtrière afin de préparer l'accouchement qui a eu lieu, finalement à la maternité de Seine Saint-Denis...

Hébergement, orientations sociales et médicales

L'hébergement constitue un facteur majeur à l'accomplissement de nos missions concernant l'accès aux droits, aux soins et de RDR de notre public. A ce titre, l'hébergement est un soutien fondamental à l'accomplissement des démarches administratives, juridiques et de soins.

Hébergement

- Pour répondre à l'urgence, accompagner ou soutenir des démarches de soins ou sociales, attendre des relais postcure, l'entrée dans un centre de moyens séjours ou de coordination thérapeutique, nos partenaires sont le 115, le Sleep In, le Palais de la Femme et la Ville de Paris. La participation active de la Ville de Paris reste essentielle : elle a permis que 160 séjours, pour 865 nuits d'hébergement en hôtel, soient réalisés pour le bénéfice de 53 personnes différentes (47 femmes et 6 hommes dont 4 personnes travesties ou transgenres) Ce dispositif a contribué à soutenir 12% de la file active totale de l'Espace Femmes.
- Les mises à l'hôtel sur des critères de soin ou de démarches sociales sont souvent cumulées par les mêmes personnes et cela dans un processus d'évolution de leur situation. Par séquences de quelques jours, nous avons privilégié cette année des parcours de 15 jours à plusieurs mois afin d'optimiser les facteurs de réussite : certains séjours perdurent parce qu'il n'y a aucune structure pour accueillir la personne pendant une convalescence, ou bien parce que les relais sont saturés.

Tableau 19 - Les grands axes d'orientation vers le dispositif Hôtel

	Nb de Séjours	Nb Nuits
Démarches sociales³	41	330
Démarches de soin ⁴	95	440
Suivis de Grossesse	6	48
Divers ⁵	18	47

Tableau 20 - Les orientations sociales et l'accès aux soins (Cf. Tableau Annexe-1)

Type	Accompagnement	Sur Place	Orientation	Total	Nb Femmes
Social	22	296	220	545	135
Soin	27	2	211	240	62
Autre	3	4	104	111	48
Total	52	302	535	896	245

³ Démarches sociales : dont démarches administratives et juridiques, suivi social sur un CSST, relais en attente d'un autre hébergement...

⁴ Démarches de soins dont initialisation et suivi de traitement Hépatite C, HIV, attente de Centre Thérapeutique Résidentiel (postcure), relais pour un suivi psychiatrique, initialisation ou aide à l'observance d'un traitement, épuisement psychique (mode de vie poussant à bout les résistances de chacun(e), suite d'agression...

⁵ Autres: sortie de squat, sortie de prison... froid

La demande sociale spécifique d'hébergement occupe 91% (276) des actes effectués par l'Espace Femmes.

Travail partenarial et de collaboration autour de la prise en charge de Madame M.

Abstract :

M., 41 ans ; Elle a eu 4 enfants placés à l'ASE à l'exception du dernier enfant confié à la famille du père. La plus âgée de ses enfants est majeure et mère de famille.

M. est connue depuis 1993 de l'Association Charonne-CAARUD 18. Son état de santé commence à se dégrader sérieusement dès 2007 et elle multiplie les hospitalisations d'urgence, s'échappant régulièrement de l'hôpital, sans suivre de traitement.

Elle souffre depuis plusieurs années d'insuffisance cardiaque et respiratoire qui s'est intensifiée ces derniers mois mobilisant tous les partenaires du secteur afin de l'inciter à se faire hospitaliser. La mobilisation des antennes de nuit (Gaïa, Charonne), de la Coordination Toxicomanies, ELP, CAARUD 18 (Espaces Femmes et Mixte). Nous ne cesserons d'aller chercher M. dans la rue, sur le site des rails Bd Ney et squat Boucry.

- Plusieurs réunions de synthèses auront lieu, la première en décembre : Aux ECIMUD de l'hôpital Bichat en présence du Dr Sananes, ELP, le Dr Leprêtre et l'infirmier du CAARUD 18, la Coordination Toxicomanies. L'objectif est de trouver une stratégie commune afin de « conduire » M. au soin ; un signalement est même envisagé mais qui ne sera pas retenu.

Après son hospitalisation, le 22 décembre, les synthèses se poursuivront à l'Espace Femmes avec l'Assistante Sociale de l'hôpital Bichat qui s'est jointe au travail de partenariat. Les documents CMU, RSA ont été mis en place, il s'agit de coordonner nos efforts pour une suite à son hospitalisation puisque l'état de santé de M. ne pourra plus s'améliorer.

En mars 2010, M. est toujours hospitalisée à l'hôpital Bichat en service de suite et de soins et de réadaptation. Au regard de son dossier médical, les A.C.T. qui pourraient accepter M. en province ou région parisienne sont très peu nombreux.

Chronologie des interventions

M. : Se savoir très malade, refuser l'inéluctable, et lutter contre l'hospitalisation.

Les tentatives d'hospitalisation ont commencé en septembre 2009, lorsqu'elle s'est présentée à l'Espace Femmes avec les jambes anormalement gonflées. Mais M. préférera le squat ouvert des rails ou la présence du groupe-squat Boucry aux hébergements en hôtel qui lui sont donnés soit : 13 séjours hôtel et 3 accompagnements Sleep In.

Elle refusera de se faire soigner malgré les différentes orientations sociales et médicales dont elle a fait l'objet à partir du CAARUD 18 soit 30 interventions de type soins et 3 accompagnements d'urgence.

La mobilisation des acteurs sociaux :

Le 13 octobre : Travail de rue sur les rails pour la ramener à l'Espace Femmes mais elle refuse.

Le 14 octobre : Un médecin du CSST-CSAPA Charonne se déplace à l'Espace Femmes pour la rencontrer, M. n'est pas au rendez-vous. Nous retournons au squat à la recherche de M., on ne l'y trouve pas.

Le 15 octobre : M. est ramenée à l'Espace Femmes par les usagers du squat et accepte de se rendre au Sleep In.

Le 20 octobre : M. est toujours sur les rails bd Ney et refuse de bouger.

Le 22 octobre : 1^{er} accompagnement par l'Espace Femmes aux urgences de Bichat d'où elle sera transférée à l'hôpital Georges Pompidou. 1^{er} contact également avec les ECIMUD Bichat.

Le 23 octobre : Admission au Service Fermé de Réanimation de l'hôpital G. Pompidou et y reste jusqu'au 27 octobre.

Le 27 octobre : fugue pendant la nuit, emportant avec elle la bouteille d'oxygène indispensable à sa survie. Elle retourne au squat.

Le 28 octobre : Mobilisation de tous les partenaires : M. refuse de retourner à l'hôpital. Les demandes pressantes de ses compagnons de squat qui assistent impuissants à ses crises d'insuffisance respiratoires de plus en plus aigües. M. présente un état physique très alarmant.

Du 29 octobre au 13 novembre multiplication des intervenants au squat Boucry :

Le 13 novembre : l'Antenne Mobile du CAARUD 18 récupère M. au squat avec la mission urgente de l'accompagner aux Urgences de Bichat. Finalement elle refuse et l'Antenne Mobile l'accompagne au Sleep In.

Le 25 novembre : elle est accompagnée par l'Espace Femmes et A. Leprêtre, Médecin du CAARUD 18, aux Urgences de Bichat. Introduction d'un nouveau partenaire avec l'ECIMUD de Bichat.

Le 27 novembre : M. est transférée en médecine interne de l'hôpital Bichat.

Le 28 novembre : fugue de l'hôpital et retourne une nouvelle fois au squat

L'après squat

Le 7 décembre : intervention de la police puis des pompiers au squat l'emmènent aux urgences de Bichat.

Le 8 décembre : visite de la référente à M., toujours aux urgences de Bichat. M. ne sera pas hospitalisée faute de lit. Elle retourne à la rue.

Le 9 décembre : demande de CMU faite au Bus des femmes.

Le 22 décembre : 3^{ème} accompagnement aux urgences de Bichat par l'Espace Femmes et elle restera au service de médecine interne.

ANNEXES

Espace Femmes- 2009

ANNEXE - 1

Les activités sociales et de soins

Tableau 1 - Orientations Administratives et Sociales

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Couverture Sociale	Nb de Femmes	CNI	7	6	15
	25	CMU	1	4	16
		AME	-	1	6
		AAH	-	-	-
		COTOREP	-	-	14
	Total		8	11	51

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Emploi Insertion	Nb de Femmes	RMI	1	3	10
	19	Pôle Emploi	1	3	16
		Poste	-	-	-
		Autre	2	2	11
	Total		4	8	37

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Hébergement	Nb de Femmes	Urgence	5	272	73
	73	Thérapeutique	-	-	22
		Logement	-	4	13
	Total		5	276	108

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Justice Prison	Nb de Femmes	SPIP	-	-	8
	18	Injonction	-	-	18
		Procès	5	1	5
	Total		5	1	24

Tableau 2 - Orientations Sanitaires

			Accompagnements	Sur Place	Orientations
Soins	Nb de Femmes	Psychiatrie	1	1	19
	62	Médico-Chirurgical	19	1	42
		Soins Spécialisés	-	-	56
		CDAG	-	-	65
		Gynécologie	7	-	25
		Dentaire	-	-	4
	Total		27	2	211

		Accompagnements	Sur Place	Orientations
Autres (alcool...)	Nb de Femmes			
	48	3	4	104
TOTAL SOINS		52	302	535

ANNEXE - 2

Prostitution: Extrait d'un rapport remis en 2009 à la DASES et relatif à la population des femmes anglophones Non Usagères de Drogues mais fréquentant l'Espace Femmes

En 2002, l'équipe de l'Antenne Mobile a rencontré les premières femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

Alarmée par l'état de santé et d'isolement de ces jeunes femmes, l'ampleur des risques auxquels elles étaient exposées : peu expérimentées dans le travail sexuel, handicapées par la non-connaissance de la langue française, très jeunes, elles étaient plus exposées que les autres femmes aux agressions physiques : viols et agressions violentes... les intervenants de l'Antenne Mobile ont travaillé à leurs orientations vers différents lieux dont l'Espace Femmes de la Boutique 18. Depuis lors, une fois le chemin ouvert, le bouche-à-oreille a continué de faire son œuvre.

Une population de plus en plus présente à l'Espace Femmes

Tableau 1 - Evolution de la population de femmes anglophones

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nb Femmes	20	137	204	185	238	235	236	266

Ces femmes ne restent pas sur le territoire parisien en continu, et on constate un « turn over » entre arrivées et départs tous les 3 mois environ - peu restent durablement sur Paris. Seules, une poignée de femmes, arrivées dans les années 2004/2006, sont encore connues de l'Espace Femmes. 2 seulement ont réussi à trouver un travail de femmes de ménage pour des chaînes hôtelières (CDD). D'autres femmes ont trouvé une issue à leur situation à travers la maternité. Une jeune femme, arrivée en 2003 à 18 ans, espère toujours se marier avec un français pour obtenir des papiers... Aucune ne souhaite continuer la prostitution, pourtant, il faut rembourser les passeurs, tenir compte des pressions exercées sur la famille restée au pays (30% d'entre elles ont des enfants restés au pays).

**Tableau 2 - Pourcentage des femmes anglophones
par rapport à la file active de l'Espace Femmes**

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% de Femmes	10%	33%	52%	-	59%	51%	63%	61%

Depuis la vingtaine de femmes effectivement orientées par l'Antenne Mobile en 2002, leur nombre n'a cessé d'augmenter. En 2008, ces jeunes femmes ont été 356 à fréquenter l'Espace Femmes, représentant 63% de la file active.

Ce que l'on sait de leur histoire :

L'illettrisme, le faible niveau de scolarité, l'usage du Pidgin - dialecte courant employé dans ces régions subsahariennes - obligent de la part des intervenants qui les rencontrent une attention et une communication soutenues pour lutter contre croyances et tabous, et rendre opérationnelles des orientations médicales (en particulier gynécologique et d'accès à la contraception), vers les dépistages VIH - VHC - IST.

Quelques données sociodémographiques [\[1\]](#)

Age de la population

Ces femmes sont très jeunes. En moyenne et selon les années, 50% voire 78% d'entre elles ont moins de 30 ans.

Niveau de scolarité [\[2\]](#) et insertion

Plus d'1/3 n'a jamais été scolarisé. Parmi celles qui ont fréquenté l'école primaire, beaucoup raconte ne pas avoir été scolarisée plus d'un an ou deux.

Des orientations sont régulièrement faites au Secours Populaire pour l'apprentissage du français. Les personnes formulant cette demande espèrent ainsi avoir plus de chance de trouver du travail. Car, leurs seules « ouvertures professionnelles », restent les emplois précaires et non déclarés dans des familles ou dans les hôtels.

L'aide à l'insertion passe par la rédaction de CV, l'accès aux cartes de transport...

Orientations sociales [\[3\]](#) et médicales

Dès les premières années, l'Espace Femmes a travaillé en collaboration avec les structures d'accès aux soins : P.A.S des hôpitaux, en particulier Saint-Antoine, MSF et le Pôle Santé

Goutte d'Or (planning familial / IVG et initialisation des suivis de grossesse). Pour celles qui font une demande d'asile ou de statut de réfugié politique, les domiciliations et l'instruction des dossiers A.M.E se font principalement sur le Bus des Femmes. Certaines très jeunes femmes, par exemple venues du Ghana, arrivent en France sans aucun papier et donc sans possibilité d'avoir une carte de demandeur d'asile.

Plus 30% des prostituées Non Usagères de Drogues fréquentant l'Espace Femmes ne disposent pas de Couverture Maladie

Réduction des risques, Santé, Contraception

Nous avons associé ces femmes à toutes nos actions de communication et de prévention.

Dépistage - accès aux soins

L'Espace Femmes a constitué des documents très simples sur les principes premiers de la Réduction Des Risques liés au travail sexuel, avec la liste des urgences et des CDAG des hôpitaux Lariboisière, Bichat et Fernand Widal.

Ces femmes bénéficient des séances de dépistage MST, VIH et VHC organisées sur le CAARUD 18 en partenariat avec AREMEDIA, ainsi que des dépistages de la Tuberculose en partenariat avec le Centre Edison.

Contraception

En partenariat avec une Sage-femme du pôle Santé Goutte d'or, puis avec une gynécologue du Sleep In, nous avons organisé des réunions communes aux femmes Usagères de Drogues et femmes prostituées anglophones concernant la contraception et la grossesse : il est rapidement apparu que le temps de traduction nécessaire pour les unes impatientaient les autres (UD), et ne permettait pas un temps d'échange constructif. Nous avons ensuite séparé les 2 groupes, pour privilégier les discussions par petit groupe. Néanmoins, le cas par cas, même dans un anglais très simpliste, reste le plus adapté pour travailler ces questions de contraception, de grossesse, d'IVG, aborder les conséquences psychiques et somatiques d'agressions ou de viols.

Partenariat avec le Département de Paris sur l'hébergement

Femmes « sous contrôle », les demandes d'hébergement restent encore trop timides ; elles « préfèrent » rester au sein de leur communauté. Toutefois, le dispositif d'accompagnement social des personnes prostituées financé par la Ville de Paris offre le moyen de les héberger dans des situations aiguës comme après une agression, pour des raisons de santé, ou pour préparer quelques démarches sociales.

Un travail de rue accru

Depuis septembre 2009, une importante population nouvelle de très jeunes femmes anglophones apparaît dès 20 heures entre les stations de Métro Marcadet et Château rouge. Contrairement aux autres années et pour des raisons que nous ignorons, le relais de bouche-à-oreille avec les plus anciennes ne s'est pas fait, ces jeunes femmes ne viennent pas encore à l'Espace Femmes. Consciente de l'importance de nos missions de prévention et de réduction des risques en direction de ces femmes, l'équipe de l'Antenne Mobile et de l'Espace Femmes intensifie les contacts hors les murs l'après-midi et en soirée. Les jeunes filles contactées restent encore méfiantes. La confiance des jeunes femmes reste encore à gagner...

ANNEXE - 3

Atelier socio-esthétique

Les usagères disposent désormais d'un espace véritablement propice aux soins du visage : confortable, agréable et propice à la détente. Les femmes, moins pressées, s'approprient véritablement de ce moment privilégié d'intimité, de soin et d'écoute de leur corps dans ce nouvel espace aménagé spécifiquement pour elles.

La fonctionnalité de la salle de douche permet de mettre à disposition davantage de produits de soin pour les cheveux, pour l'hydratation de la peau et de dispenser des conseils.

Les retards pris pour l'aménagement du local n'ont pas permis d'optimiser les activités de l'atelier pour cette année.

42 femmes différentes ont bénéficié des soins de la socio-esthéticienne et 458 actes ont été effectués.

Tableau des actes

Maquillage rapide	Démaquillage et maquillage	Démaquillage et crème de soin	Soin Epilation et Maquillage	Epilation sourcils	Total
48	32	26	18	52	176
Epilation Visage	Conseils	Démonstration et distribution de produits	Soins des mains	Cheveux	
36	102	110	22	12	282
TOTAL					458

[1]Ref : Rapports d'activité boutique 18 – Espace-Femmes 2004, 2005, 2006, 2008

[2]Ref :Rapport d'activité 2006

[3] Ref :Rapport d'activité 2008

L'Antenne Mobile

La Boutique 18
58 boulevard Ney – 75018 Paris
Tél. : 01 46 07 94 84 – Fax : 01 46 07 73 36 – Mobile : 06 76 30 31 30
E-mail : boutique18@charonne.asso.fr

ANTENNE MOBILE

L'année 2009 a été marquée par trois événements concernant le travail que mène l'équipe de l'Antenne Mobile.

Les professionnels ont pu observer sur la scène de la Rotonde de Stalingrad, une situation sanitaire et sociale très préoccupante et des conditions de vie assez précaires d'un noyau constitué d'une dizaine d'usagers de drogues ainsi que de multiples passages d'usagers ne restant pas sur les lieux.

Intervenant depuis plusieurs années sur le site de la Rotonde, étant à la fois un site de passage de nombreux usagers de drogues mais aussi fréquenté essentiellement et quotidiennement jour et nuit par des usagers de crack, l'Antenne Mobile de Charonne a pu évaluer et constater une dégradation croissante des conditions de vie des personnes vivant sur le site mais aussi de nombreux passages de nouveaux usagers primo-consommateurs de crack.

Notre intervention en terme de Réduction Des Risques a pris tout son sens afin d'informer ces nouveaux usagers des risques encourus quant aux mauvais usages du matériel et du partage de celui-ci.

Par ailleurs, nous avons également pu nous entretenir avec de nouveaux consommateurs sur leur situation, leur consommation et les orienter quant aux démarches qu'ils souhaitaient débiter ou poursuivre.

Devant l'ampleur des besoins et attentes exprimés par le public homme et femme, la Coordination Toxicomanies a établi un constat similaire au nôtre et aux structures CAARUD intervenant sur ce site.

Celle-ci a donc pris l'initiative, avec l'approbation de l'Association Charonne, de se réunir de façon inter-associative afin que chaque équipe de terrain des différentes structures puissent faire un état des lieux des interventions et de les structurer conjointement par rapport aux besoins et attentes du public.

Les réunions de travail ont permis de formaliser trois axes de travail :

La mise en place d'un calendrier/horaires regroupant les interventions des différentes structures (Gaïa, Ipsud, les Captifs, l'Antenne Mobile de Charonne et la Coordination Toxicomanies) ayant pour objectif de pallier les besoins en terme de matériel de RDR mais également afin d'accueillir, d'écouter et de faire émerger des demandes plus spécifiques en terme individuel.

L'intervention spécifique du bus Gaïa avec la présence d'une infirmière afin de faire état des problèmes médicaux nécessitant des interventions ponctuelles et l'orientation vers les établissements hospitaliers.

La mise en place de réunion mensuelle avec les associations et services concernés afin d'évoquer des situations individuelles ayant fait l'objet d'accompagnement ou nécessitant une prise en charge particulière.

Suite à l'évacuation du squat de la Porte de La Villette, l'Antenne Mobile a pu observer le déplacement d'un noyau dur d'une dizaine d'usagers connus depuis plusieurs années en

situation précaire et très désocialisés ayant investi le parking au sous-sol d'un immeuble situé rue de Boucry dans le 18^{ème} arrondissement de Paris.

Les besoins repérés par les différentes structures de RDR et les attentes exprimées par le public ont amené l'Antenne Mobile à intervenir dans ce squat.

Un travail de médiation auprès des riverains et des propriétaires du parking nous a permis de regrouper un certain nombre d'informations afin de comprendre l'évaluation sanitaire et sociale de ce qui, au départ fut un lieu de vie de deux personnes pour ensuite devenir un squat d'environ une dizaine d'usagers principalement dédié au deal, à la consommation et bien évidemment au lieu de vie de ces personnes.

L'investissement du parking par ce groupe restreint d'usagers et avec l'accord du gardien de l'immeuble a engendré un appel d'air à la constitution d'un plus gros nombre d'usagers squattant les lieux.

La situation sanitaire et sociale ayant évolué de manière assez préoccupante, nous sommes intervenus afin de répondre aux missions de RDR et de maintenir le lien avec ce public connu et accompagné à la Boutique 18.

D'autre part, nous avons poursuivi un travail de médiation auprès des riverains et fait état de leur préoccupation concernant l'état assez insalubre engendré par les va-et-vient des usagers. Nous avons pu orienter de « nouveaux usagers » à la Boutique, qui ayant exprimé des attentes particulières, ont pu s'entretenir avec un professionnel et solutionner leurs problèmes.

Situation de L. :

L. est un homme de 36 ans rencontré sur le site de la Rotonde puis très vite ayant rejoint le groupe d'usagers sur le squat de Boucry.

Nous avons pu créer un lien assez privilégié et de par l'écoute attentive de l'équipe mobile, nous avons fait relayer, auprès des professionnels de la Boutique, sa volonté de débiter des démarches administratives et de se faire accompagner en cela.

Nous avons donc mis en relation ce jeune homme avec une éducatrice qu'il avait rencontrée lors de nos tournées et avec qui le lien avait été créé.

Il a donc pris un rendez-vous pour un entretien individuel afin de prendre contact avec APTE (structure d'accueil thérapeutique pour toxicomanes et alcooliques).

A ce jour, il a effectué une journée d'intégration auprès de cette association à Soissons et poursuit son parcours de soins de manière assez ponctuelle et sérieuse.

Il a également débuté des démarches administratives concernant un acte de naturalisation entre la France et le Sénégal et se présente régulièrement auprès des administrations compétentes avec l'aide de l'éducatrice afin de fournir les documents nécessaires. Un travail de fond est mené et la valorisation quant à ses démarches également car il est difficile pour lui de patienter vis-à-vis de cette naturalisation.

Un autre axe de travail de travail avec les partenaires de la Coordination Toxicomanies a permis d'élaborer une domiciliation avec le PSA Bastille et de trouver un hébergement durable.

A ce jour, il a également ouvert un compte chèque et pris rendez-vous avec le pôle emploi pour faire le point sur ses compétences.

Situation de M. :

M. est une femme suivie depuis plus de cinq ans au sein du CAARUD 18 et régulièrement rencontrée par l'équipe de l'Antenne Mobile dans divers squats et notamment celui de Boucry.

Sa consommation de crack et d'alcool en nette augmentation ces dernières années a eu comme conséquences une dégradation assez visible de son état de santé psychique et physique.

Ses différentes mises en danger liées à son activité de prostitution et à sa forte consommation de crack l'ont amenée plusieurs fois au service des Urgences de l'hôpital Bichat et également au service réanimation.

Nos rencontres systématiques avec M. lors de nos tournées ont permis de mettre en place un relais du suivi social et médical effectué avec l'Espace Femmes du CAARUD 18.

Ainsi, nous avons pu ajuster nos interventions et nous entretenir avec elle lors de nos tournées nocturnes sur son état de santé inquiétant et sur ses mises en danger répétées.

Durant le mois de novembre, nous avons dû intervenir auprès d'elle et demander l'intervention des pompiers.

Sa consommation excessive de crack l'ayant mise dans un état de démence entraînant des troubles du langage, de comportements et se mettant en danger physiquement.

Son hospitalisation à l'hôpital Bichat, le travail mené en lien entre l'Espace Femmes et le service hospitalier et l'équipe ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique) ont permis une prise en charge particulière à son égard notamment dans le discours tenu et les soins prodigués pour que celle-ci se sente suffisamment en confiance et prenne conscience de la dimension urgente de se soigner.

Un travail spécifique a été mené quant à un hébergement adapté en prenant compte tous les aspects de sa situation et un lien familial a été repris avec ses proches.

À ce jour, celle-ci poursuit ses démarches de soins et progresse à son rythme dans sa reconstruction sociale.

Le troisième évènement majeur constitue la reprise et l'augmentation de l'activité de prostitution des jeunes femmes nigérianes et de celles venant des pays de l'Est (notamment Roumanie et Bulgarie) sur le boulevard Macdonald et les maréchaux mais également sur le secteur de Château Rouge pour la population anglophone.

Notre mission de Réduction Des Risques auprès du public prostitué n'a cessé d'augmenter durant le dernier trimestre de 2009.

Nous avons observé, sur notre secteur d'intervention, la présence de deux publics distincts ayant un parcours et des problématiques bien spécifiques.

D'une part, la présence en nombre de groupe de femmes et jeunes femmes venant des pays de l'Est (Roumaine et Bulgarie) souvent jeunes majeures et en contact quasi permanent avec leur famille du pays d'origine.

- La majorité du public de femmes roumaines, souvent jeunes, a pour objectif de faire un maximum d'argent pour pouvoir vivre de façon convenable dans leur pays et faire vivre également leur famille.

Nous communiquons assez bien avec elles car elles comprennent partiellement le français ou l'anglais.

Par ailleurs, elles ne connaissent pas ou très peu les dispositifs existants de droits communs spécifiques à la France tant au niveau médical que social.

Elles n'ont que des demandes ponctuelles liées à leur santé quand la situation l'exige et ne s'inscrivent pas forcément dans un accompagnement à moyen ou long terme.

Néanmoins, notre présence semble indispensable pour elles tant au point de vue sanitaire que relationnelle.

- Concernant le public de femmes bulgares, nous sommes actuellement dans la phase de création du lien et les difficultés liées à la langue nous ont poussés à mettre en place un partenariat privilégié avec une intervenante de l'équipe de Bociek.

Il semblerait que ces femmes selon nos premières observations soient dans une perspective de séjourner en France et d'acquérir un travail ou une qualification leur permettant d'être en activité légale.

Les compétences linguistiques et culturelles sont un atout essentiel dans la compréhension des comportements et des problématiques divers qu'elles peuvent rencontrer et qui nous sont parfois assez difficiles à cerner.

Par ailleurs, nous tentons petit à petit d'orienter certaines femmes vers des structures adéquates répondant à leurs besoins. (Planning Familial, hôpital, domiciliation...).

Activités par zones d'intervention

La file active globale de l'Antenne Mobile en 2009, c'est-à-dire le nombre de personnes différentes rencontrées au moins une fois, est de **1.095**, répartie en 767 hommes et 328 femmes dont 154 sont des prostituées non usagères (soit 47% de la totalité des femmes).

Répartition du nombre de rencontres par Zones

Zones	UD	UDF	Prostituées Traditionnelles	Prostituées de l'Est	Prostituées Anglophones	Autres
1 Boulevards Extérieurs	1.084	757	577	230	183	118
2 Stalingrad	1.276	462	18	0	2	54
3 Poteau	564	161	8	2	5	57
4 Château Rouge	1.673	355	8	0	210	92
TOTAL	4.597	1.749	611	232	400	321

Etude de l'activité par zone

Zone 1 : Boulevard des maréchaux, depuis la Porte de La Villette à la Porte de Clignancourt.

En 2009 : 1.841 contacts avec des Usagers de Drogues.

118 contacts avec des passants ou personnes ne relevant pas du public usager.

990 contacts avec des prostituées dont 230 femmes originaires des pays de l'Est et 183 femmes et/ou jeunes femmes de pays anglophones.

L'intervention de l'Antenne Mobile couvrant cette zone reste principalement centrée sur les problèmes liés à la prostitution.

Nous avons distingué durant l'année plusieurs phénomènes de prostitution notamment celle dite « traditionnelle » et celle dite « étrangère ».

La prostitution traditionnelle constituant un panel de femmes connues depuis des années travaillant principalement en camion et ne consommant aucun produit illicite.

Ces femmes ayant bien souvent une vie sociale constituée d'une famille avec enfant et exerçant cette activité comme moyen de substitution ou comme complément de revenus.

Le phénomène de prostitution étrangère s'est vu accroître fortement durant la fin de l'année avec le retour d'une population anglophone principalement venant du Nigeria et d'une nouvelle population venant des pays de l'Est (Bulgarie et Roumanie).

Notre mission de Réduction Des Risques nous a donc poussés à aller à la rencontre de ce public et nous nous sommes vite confrontés à la barrière de la langue notamment concernant les populations de l'Est.

Par ailleurs, notre présence permanente sur le terrain nous a permis d'être repérés et reconnus dans les missions qui sont les nôtres et cela a pu faire émerger quelques demandes.

La baisse du nombre d'usagers rencontrés dans ce secteur peut s'expliquer par la fermeture des différents squats notamment celui situé à la Porte de La Villette et le déplacement de population vers d'autres sites parisiens.

Par ailleurs, un certain nombre d'usagers a bénéficié d'hébergement à l'hôtel après cette fermeture, d'autres ont débuté des démarches de soins et ont été orientés au CSST-CSAPA de Charonne.

On a également pu observer un certain nombre significatif d'usagers et usagères ayant été incarcéré durant un séjour court de plus ou moins 6 mois.

Cette année a été caractérisée par les travaux pour la ligne de Tramway sur une partie du boulevard Ney et a donc poussé les usagers à se déplacer sur des territoires plus difficiles d'accès et dans des squats et parkings durant l'hiver.

Par ailleurs, il semble que nos observations de terrain nous indiquent que les usager(e)s rencontré(e)s sur ce secteur constituent une population vieillissante connue des différentes structures parisiennes et pour qui des accompagnements relatifs à diverses demandes sont toujours en cours.

Malgré cela, il semble également que leur consommation de crack et/ou d'alcool reste une problématique majeure dans leur construction ou reconstruction sociale et l'emprise du rapport travail/consommation est omniprésente.

On constate finalement que les situations individuelles se dégradent d'un point de vue santé et qu'il est difficile d'agir à ce niveau car l'unique préoccupation se situe sur la recherche et la consommation de produit.

ZONE 2 : Quartier de Stalingrad (rue du Département, rue d'Aubervilliers, Rotonde de Stalingrad...) et l'hôpital Lariboisière.

En 2009 : 1.812 contacts dont 1.740 Usager(e)s de Drogues et 54 autres personnes.

La Rotonde de Stalingrad :

La place de la Rotonde reste actuellement une des scènes les plus fréquentées par les usagers de drogues sur le Nord-Est parisien.

On observe une population toujours aussi diversifiée avec un noyau dur constitué d'environ une dizaine de personnes qui stagnent sur les lieux le long des berges, consommant crack et s'alcoolisant fortement.

Cet effet de groupe attire de nouveaux usagers qui viennent de temps à autres se greffer à ce noyau.

Le travail des services de police a plusieurs fois engendré un éclatement de ce noyau et notre difficulté à entretenir un lien constant avec les personnes : certaines d'entre elles changeaient de lieux.

Par ailleurs, un travail de coordination s'est constitué durant l'été au vu des festivités ayant lieu sur cette place afin d'accompagner au mieux ces usagers et de trouver des solutions d'hébergement et pour certains l'occasion de débiter un suivi social et/ou médical.

Ce travail de coordination ayant été mené avec différentes associations telles que Gaïa, la Coordination Toxicomanies, l'Association Charonne et l'Association EGO.

Cela a permis de mettre en évidence la nécessité d'intervenir conjointement et de manière ciblée sur des problématiques repérées et diverses.

On peut également noter que la scène de la Rotonde est un lieu de passage pour certains usagers qui ne stagnent pas là mais sont connus des différentes associations parisiennes.

Majoritairement, il s'agit de consommateurs de crack et d'alcool mais aussi quelques anciens injecteurs qui viennent au bus de l'Antenne Mobile pour discuter avec nous afin d'entretenir le lien et pour se fournir en matériel d'injection.

Nous rencontrons également en début de soirée un public à la fois constitué de personnes sans domicile fixe, de personnes en demande d'asile et de personnes sans papiers.

Une forte augmentation de ce public a été ressentie sur le secteur aux heures où les différentes associations humanitaires distribuent de la nourriture.

L'hiver ayant été particulièrement rude cette année, nous avons entrepris par avance une demande de sacs de couchage en nombre conséquent afin de pallier aux difficultés pour les personnes ne disposant d'aucun hébergement et ne pouvant bénéficier d'hébergement ni de nuitée d'hôtel.

Nous avons pu fournir un nombre suffisant de sacs de couchage aux personnes en faisant la demande bien que cela ne puisse remplacer un endroit chaud, propre et sécurisé.

La problématique du logement restant un aspect préoccupant pour les personnes que nous rencontrons et qui dorment à la rue.

L'hôpital Lariboisière :

Cette rue où se situe l'hôpital s'avère être un lieu de passage d'usagers principalement injecteurs.

La population se caractérise par des jeunes personnes (25-30 ans) en errance souvent en rupture familiale et qui se déplacent par groupes et avec des animaux.

Pour cette raison, ils sont mal informés sur les produits et leurs conséquences. Ils deviennent souvent polytoxicomanes.

Sur ce secteur ils errent essentiellement sur la Gare du Nord et la Gare de l'Est.

Nombre de ces personnes se dirigent vers STEP - avec qui un lien est déjà créé - et qui se situe proche de la gare.

ZONE 3 : Porte Montmartre

La fréquentation de cette scène, comme les années précédente, est importante. Cette population composée essentiellement d'anciens injecteurs d'héroïne qui consomment à présent du crack est vieillissante.

Par ailleurs, suite à des travaux d'aménagement durant le printemps, les usagers se sont déplacés vers un secteur plus discret et/ou se sont dispersés sur les boulevards.

On peut également noter une forte présence policière et des interventions quotidiennes avec incarcération due à la possession de produits stupéfiants et de deal.

Une forte diminution du nombre d'usagers (1.053 usagers en 2008 et 725 usagers en 2009) nous a amenés à poursuivre un travail de prospection en lien avec les équipes intervenant dans ce secteur et à nous renseigner auprès des usagers sur leur déplacement et lieux de consommation.

Il s'avère également que la présence de dealers mais aussi d'usagers est constatée par les riverains plutôt durant la nuit aux alentours de 2 heures du matin.

Nous avons également observé la présence de quelques usagers sur le secteur de Jaurès-Laumière (XIX^{ème} arrondissement). Ces mêmes personnes fréquentent aussi le secteur de la Porte Montmartre.

ZONE 4 : Château Rouge

En 2009: 2.338 contacts dont 2.028 usager(e)s de drogues, 218 prostituées dont 210 anglophones, 8 traditionnelles et 92 autres personnes.

Durant cette année, nous avons réinvesti le secteur de Château Rouge afin de répondre aux demandes des usagers et en appui des autres structures.

En effet, nos perspectives de fin 2008 nous ont amenés à intervenir de façon conjointe et régulière avec les autres CAARUDs (EGO, Coordination Toxicomanies, Gaïa).

La scène de Château Rouge reste un lieu incontournable de consommation et de deal de crack mais surtout de Subutex[®] (mésusage).

On peut également noter la présence d'un public d'injecteur vieillissant venant au bus afin de se procurer du matériel de réduction des risques puisque injecteur de Subutex[®].

La plupart des usagers rencontrés sur Château Rouge sont connus des CAARUDs agissant sur le Nord Est de Paris et fréquente régulièrement la Boutique 18.

Notre difficulté d'intervention réside essentiellement dans la gestion du flux des personnes concentrées en un lieu donné au moment du stationnement du bus.

Nous nous sommes donc interrogés sur d'autres modalités d'intervention et notamment sur l'emplacement du bus afin que le flux puisse se réguler de manière plus fluide.

Les usagers sont présents sur la rue parmi les riverains et autres personnes (SDF) ce qui crée aussi un appel d'air au bus, concernant un public non toxicomane venant chercher de l'eau et du café.

Tout cela génère une attraction qui rend plus difficile l'intervention privilégiant les demandes des usagers de drogues et par conséquent complique la relation d'aide et de service du professionnel à l'utilisateur.

Malgré une forte présence de crack sur ce secteur, on peut également noter une problématique liée à la forte alcoolisation des usagers sur ce secteur.

L'alcoolisation des usagers rend parfois notre intervention compliquée puisque la présence du bus devant ce noyau assez conséquent peut générer des conflits et règlements de compte entre eux.

Notre intérêt a donc été de réfléchir à d'autres modalités d'interventions pour garantir notre sécurité, celle des usagers et pour gérer le flux d'utilisateurs à qui un accueil est réservé dans le but de faire émerger des demandes et favoriser une écoute participative.

D'autre part, nous avons observé et sommes entrés en contact avec des personnes prostituées sur l'ensemble du boulevard Barbès et dans les rues adjacentes.

Nous sommes aussi intervenus, aux vus de nos missions auprès de ce public en constante augmentation.

Cet accroissement de la présence de prostituées s'est particulièrement observé à partir du mois d'octobre 2009. Nous sommes intervenus de manière plus récurrente et à des heures plus adaptées ce qui a permis de réorganiser les tournées du bus.

Nous avons débuté un travail d'évaluation et d'identification de ce public (sexe, âge, nationalité) et mis en place des tournées spécifiques avec des partenaires privilégiés. La Structure EMDH (Enfants du Monde Droits de l'Homme) dispose d'une équipe

pluridisciplinaire et spécialisée auprès des mineurs étrangers et compétente sur les problématiques relevant de la « traite des êtres humains ».

Ce public étant principalement originaire des pays d'Afrique anglophones notamment du Nigeria, nos interventions en partenariat se sont confirmées de manière régulière (2 fois par mois).

EMDH qui a pu rencontrer des jeunes filles mineures et jeunes majeures qui ont fréquenté leur structure, a pu étudier et acquérir des connaissances spécifiques sur la manière dont elles évoluaient la nuit dans le milieu de la prostitution.

PERSPECTIVES ET PROJETS

Les perspectives de 2010 peuvent se décliner en trois points :

1. l'expérimentation et la distribution du nouvel outil de RDR « Kit Crack » auprès des usagers sur les différentes scènes d'interventions.

Cet outil étudié depuis de nombreuses années est une étape majeure dans l'évolution de la Réduction Des Risques auprès des fumeurs de crack et de la lutte contre les risques de contamination à l'Hépatite C.

La distribution d'un nouvel outil plus résistant (Ex. : Tube en pyrex) incluant celle de grilles servant à confectionner un filtre « plus propre » que le cuivre récupéré et utilisé auparavant par les usagers de drogues, permet les messages de prévention et de réduction des risques sanitaires.

Ce projet se poursuit en 2010 avec les structures parisiennes associées au projet (Gaïa, AIDES, EGO, SOS-DI, PROSES, La Terrasse). L'Institut National de Veille Sanitaire à la tête de l'évaluation de cet outil permet à ces structures de distribuer un seul et unique « Kit crack » en remplacement des doseurs, sur une année.

L'intérêt particulier porté sur le message de prévention concernant l'utilisation de l'outil et sur les risques liés aux transmissions de maladies quand il y a mauvaise utilisation ou partage du matériel, doit permettre une évaluation objective et rapide du résultat.

Par ailleurs, différents intervenants ont pu participer aux réunions sur ce nouvel outil et se familiariser avec celui-ci afin de véhiculer les messages de prévention adaptés et d'effectuer des démonstrations pour la fabrication du filtre notamment. Ce même objet distribué a permis de travailler collectivement à un projet très pratique et d'adhérer communément à cet outil.

Les différentes étapes concernant la mise à niveau d'un « kit crack » type incluant divers matériels reste à l'étude au regard des retours que seront faits de l'utilisation de l'outil.

2. L'intervention et la recherche de partenaires adaptés aux besoins recensés et sollicitations des femmes prostituées.

Notre première évaluation nous a permis de mettre en évidence la nécessité d'intervenir auprès de ce public diversifié et répondant à des besoins divers et variés.

D'une part, la nécessité de travailler avec EMDH afin d'intervenir et d'accompagner au mieux la prise en charge des mineures prostituées qui reste problématique.

D'autre part d'évaluer, d'analyser et de comprendre les problématiques et enjeux du public prostitué anglophone et issu des pays de l'Est.

Il est souhaitable de se doter de partenaires ou de professionnels disposant de connaissances et/ou de compétences de ce public.

Il apparaît également nécessaire de prendre en compte la dimension culturelle et d'intervenir avec des professionnels parlant couramment les différentes langues parlées (roumains et bulgares notamment) pour favoriser la création de lien.

3. L'approche du public jeunes en errance polytoxicomane s'injectant principalement du Skénan[®] mais consommant divers produits selon différents modes.

L'approche envers ces publics continue en 2010. Néanmoins une difficulté demeure et réside dans la création et le maintien du lien du fait que ces jeunes sont en constante mobilité.

Il n'en demeure pas moins la nécessité d'intervenir, d'accompagner ce public très marginalisé ayant diverses problématiques liées à l'usage de drogues et consommant relativement jeune parfois dans des conditions sanitaires déplorables.

Il subsiste un manque d'informations et de connaissances de ce public tant au niveau usages qu'au niveau comportemental, c'est à cela que nous tenterons de remédier en 2010.

Tableau de répartition de la distribution de matériel de prévention et de RDR par zone

	Doseurs	Embouts	Seringues ICC	Stericups	Stérifilts	Tampons Alcoolisés	Préservatifs	Gel	Crème
Zone 1	1.811	3.622	103	115	103	3.845	17.543	11.695	532
Zone 2	1.645	3.290	154	162	154	3.360	7.477	4.984	421
Zone 3	724	1.448	111	115	111	1.661	3.455	2.288	230
Zone 4	1.981	3.962	211	211	211	4.211	8.839	5.892	490
TOTAL	6.161	12.322	579	603	579	13.077	37.314	24.859	1.673

Tableau de répartition des actes dans le cadre de l'accès aux soins

	Orientations	Accompagnements
Médecine Générale	17	11
Substitution	33	
Suivi psychologique/Psychiatrique	31	
Dépistage VHC	83	
Dépistage VIH	83	
Alcoologie	58	
Dentaire	15	
Gynécologie	34	
Groupe d'entraide aux soins	19	4
TOTAL	373	15

Tableau de répartition des actes dans le cadre de l'accès aux droits sociaux

	Orientations	Accompagnements
Droits sociaux (RMI, AAH)	33	8
Santé (CMU, AME)	41	
Justice	19	
Hébergement	18	
TOTAL	111	8

Centre d'Hébergement de Stabilisation

3 quai d'Austerlitz 75013 Paris

Tél. : 01.45.83.22.22 Fax : 01.56.61.11.10

urgence.sociale@charonne.asso.fr

LE CENTRE D'HEBERGEMENT DE STABILISATION

Le droit au secours peut-il fonder une citoyenneté sociale ?

« L'idée d'un accompagnement effectif des personnes en difficulté pour les aider à sortir de leur état est une idée exigeante. Elle présente la supériorité, par rapport à l'administration classique des secours, de s'adresser à la personne à partir de la spécificité de sa situation et des besoins qui lui sont propres. [...] [Cela nécessite de mettre à leur disposition des supports qui ne consiste pas seulement en ressources matérielles ou en accompagnement psychologique, mais aussi en droits et en reconnaissance sociale nécessaires pour assurer les conditions de l'indépendance.] [...] [Le recours au droit est la seule solution qui est été trouvée à ce jour pour sortir des pratiques philanthropiques ou paternalistes. [...] Les conditions d'application et d'exercice d'un droit peuvent se négocier, car on ne saurait confondre l'universalité d'un droit et l'uniformité de sa mise en œuvre. Mais un droit en tant que tel ne se négocie pas, il se respecte. [...] Il convient de rappeler avec fermeté que la protection sociale n'est pas seulement l'octroi de secours en faveur des plus démunis pour leur éviter une déchéance totale. Au sens fort du mot, elle est pour tous la condition de base pour qu'ils puissent contribuer d'appartenir à une société de Semblables »

Robert Castel, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Seuil, 2003, p.75.

L'Association Charonne a signé en 1997 une convention avec la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris dans le cadre de l'action « Urgence Sociale - Programme Pauvreté Précarité par l'Hébergement en hôtel ». Au 1^{er} août 2007, le CROSMS autorisait les places allouées en Centre d'Hébergement et de Stabilisation. Les modalités d'hébergement ainsi que l'accès à celui-ci restent identiques. Elles permettent un hébergement en chambre d'hôtel pour ce public en situation d'errance et en grande précarité, ayant des difficultés à s'adapter aux structures collectives.

L'entrée sur ce dispositif se fait sur appel au SAMU Social de Paris. Si lors de cet appel, la personne déclare présenter une problématique d'addiction et après une évaluation par l'intervenant du SAMU, elle sera orientée, en fonction des places disponibles, vers le C.H.S. de l'association Charonne.

La capacité d'accueil est de **25 places** dont **5** directement gérées par l'équipe du C.H.S. Ces 5 places sont à disposition soit pour l'Association Charonne soit pour les différents partenaires. Les partenaires du C.H.S. sont donc des services ou établissements travaillant spécifiquement avec les publics présentant des problématiques addictives, mais aussi les dispositifs de droit commun.

En 2009, **174 demandes ont été formulées sur ces admissions directes** dont **24 ont pu être satisfaites**.

Par ailleurs, il est convenu avec la Coordination du SAMU Social que les places non occupées après 15 heures, relèvent de la gestion directe de l'équipe du C.H.S.. Ces disponibilités viennent des difficultés pour les usagers à d'obtenir un intervenant du 115, compte tenu du grand nombre d'appels, soit que les appelants n'évoquent pas si aisément leurs problèmes d'addictions.

Deux conventions de partenariat ont été signées. En amont : une convention pour 2 places d'hébergement au C.H.S. avec l'Espace Murger de l'hôpital Fernand Widal, afin d'accueillir des patients usagers de drogues qui se sont ou vont s'engager dans une démarche de soins. En aval, une convention pour 2 places sur le C.H.S. André Jacomet pour des personnes dont prise en charge à l'hôtel n'est pas adaptée car ce type d'hébergement renvoie à un isolement parfois insupportable pour un certain public. L'équipe du C.H.S. continue alors d'assurer le suivi social des personnes orientées. Des contrats individuels de prise en charge sont signés avec ces personnes qui bénéficient des mêmes prestations que les autres usagers du C.H.S.

L'accompagnement des sortants de squat : Suite à l'évacuation du squat de la Porte de la Villette en novembre 2008, le C.H.S. de Charonne a été sollicité et mandaté par la DDASS de Paris pour accueillir et accompagner avec un suivi socio-éducatif 4 usagers. Tous fréquentaient le CAARUD 18, l'équipe du C.H.S. a donc travaillé en étroite collaboration avec les intervenants de la structure. Ces usagers présentaient un long parcours d'errance et de consommation de drogues, pour lesquelles plusieurs tentatives précédentes de prise en charge avaient échouées. 3 de ces 4 personnes suivies par l'équipe du C.H.S. étaient des femmes. Pour elles l'appartenance au « groupe » et la pression de celui-ci a été un frein dans la prise en charge. Cependant 2 d'entre elles ont pu mettre en place une ouverture de droit à la CMUC et un RSA du fait de l'accompagnement serré qui leur a été proposé, la troisième n'a pu se tenir à l'hôtel et a préféré retourner à la rue. Le résident accueilli a finalement été incarcéré.

LES MISSIONS DU CHS

Les prestations offertes par l'établissement

Le Centre d'hébergement de Stabilisation a pour missions d'assurer l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en recherche d'hébergement ou de logement, l'accès aux soins afin de leur permettre de retrouver une autonomie personnelle et sociale.

Il s'agit de permettre à des personnes en grande précarité sociale et sanitaire, habituellement accueillies en CHU dans des conditions difficiles (remise à la rue le matin, dortoirs, chambres à plusieurs...) de pouvoir :

- Bénéficier d'un hébergement de durée moyenne à l'hôtel, en lui permettant de se poser, assorti d'un accompagnement personnalisé, qui est soit facteur de reconstruction, de sentiment de sécurité, de lien, d'attachement, de revalorisation de l'image de soi et de désirs.
- Bénéficier d'une prise en charge globale, avec une priorité accès sur le soin.

Pour mettre en œuvre ces missions le C.H.S. de l'association met à disposition :

- Un hébergement,
- un accompagnement socio-éducatif,
- un soutien à l'insertion professionnelle,
- un soutien à la vie quotidienne,
- une aide à la recherche de logement ou d'hébergement,
- une aide à la promotion de la santé, et à l'accès aux soins.

Ainsi, grâce à la mobilisation de ses moyens propres et à un partenariat actif, l'équipe du C.H.S. assure un accueil personnalisé aux personnes reçues et un mode d'hébergement individualisé au plus proche de leurs besoins. Ces personnes sont soutenues dans leurs démarches administratives dans l'objectif d'établir ou de les rétablir dans leurs droits et de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Ces actions ne peuvent être engagées et conduites à leur terme qu'avec l'adhésion et la participation active des hébergés

Les caractéristiques de l'hébergement de stabilisation en chambre d'hôtel

Le dispositif d'hébergement de stabilisation de l'Association Charonne intervient auprès de publics en situation de grande exclusion, et a pour vocation de permettre aux personnes bénéficiaires, d'accéder à une mise à l'abri immédiate, dans une chambre d'hôtel individuelle et de bénéficier d'une prise en charge socio-éducative et médicale. Les observations menées lors des premiers entretiens d'évaluation relèvent une relation étroite entre la précarisation, les conditions de vie, les comportements addictifs et l'altération de l'identité psychique sous des formes diverses : troubles dépressifs, anxiété, angoisse, perte de l'estime de soi, dévalorisation et marginalisation.

Cette forme de prise en charge individuelle et hôtelière permet simplement aux personnes de se réapproprier leur corps afin de pouvoir à nouveau se concevoir comme des personnes à part entière. Parfois ce sera même la seule demande.

La spécificité de ce dispositif d'hébergement s'explique par le fait que les personnes peuvent bénéficier, à la fois de :

- Une chambre d'hôtel,
- un accompagnement social,
- une prise en charge sanitaire, sous la responsabilité de l'équipe CSST-CSAPA Charonne

Le Centre de Stabilisation propose donc une prise en charge qui donnera aux personnes exclues le temps nécessaire pour recréer, dans un cadre de vie « adapté » (chambre équipée de placards individuels, douche et WC dans la chambre ou à l'étage), du lien avec elle-même et la société.

L'objectif est que les personnes puissent :

- Acquérir ou retrouver de l'assurance,
- envisager d'effectuer des démarches,

- être soutenues dans la démarche de soins de leur problématique addictive : maintien ou initialisation d'un suivi médical, poursuite ou initialisation d'un traitement de substitution, maintien de l'abstinence...

Par ailleurs, même si la prise en charge hôtelière renvoie à une certaine forme de souplesse (accueil en chambre individuelle - mise à disposition de la chambre 24h/24 - possibilité de poser « ses valises »), le soin aux conduites addictives ne se résume pas à l'hébergement. Il constitue néanmoins un socle pour un accès aux soins et à la réduction des risques liés à l'usage de substances. Le dispositif a à cet égard une fonction d'analyse de la situation de la personne. Et tout au long de la prise en charge, le temps est laissé aux personnes pour exprimer leurs besoins et leurs désirs de changement.

L'hébergement de stabilisation permet ainsi de lutter contre les effets négatifs des prises de produits, et constitue la première étape du parcours d'aide à la reconstruction personnelle. Celle-ci s'appuiera sur :

- Un axe social qui vise l'amélioration des conditions de vie matérielle des personnes,
- un axe thérapeutique qui permet de se donner un nouveau rythme de vie, tout en modifiant ces conduites répétitives à risques.

Néanmoins, pour certains, cette forme de prise en charge renvoie encore plus à la solitude, l'isolement, voire l'enfermement. L'hôtel est ici vécu comme un constat d'échec, et peut créer un sentiment d'insécurité et d'angoisse. En effet, les conditions de vie dans un hôtel peuvent se révéler particulièrement déstabilisantes et confirment également l'impact destructeur d'une telle situation lorsqu'elle s'inscrit dans la durée. Il convient alors de proposer à ces personnes des structures de type « collectif » qui offrent un hébergement plus « convivial », avec une prise en compte de l'isolement.

La prise en charge globale d'un public en chambres d'hôtels, suppose une collaboration professionnelle et étroite avec les gérants de ces établissements. Il n'est pas toujours facile de faire respecter la « *chartre relative à la qualité des prestations hôtelières* ». Il semble alors important de noter, que les prestations des hôtels ne sont pas toujours à la hauteur du coût engendré. Et l'équipe doit faire en sorte que les personnes accueillies sur les 7 hôtels parisiens avec lesquels elle travaille, soient « reçues » dans des lieux sécurisés et corrects.

Ce public, déstructuré, fragilisé par une longue période d'errance, aux besoins particuliers, à l'histoire personnelle et sociale parfois lourde et complexe nécessite donc une action construite, démarrant sur un accueil de qualité et un seuil d'exigence adapté aux problématiques exprimées.

L'accueil et la prise en charge de la personne

Les modalités d'accueil de l'usager sont déterminantes pour son accompagnement et sa prise en charge au sein du C.H.S.. Il convient notamment de :

- Préciser au résident les conditions et les modalités de l'admission, de la prise en charge et du suivi,
- détailler tous les documents qui seront utilisés dans le cadre du suivi, documents sur lesquels les deux parties pourront se référer, s'appuyer tout au long de séjour.

Suite à l'appel du SAMU Social qui présente succinctement la situation de la personne, celle-ci est accueillie le jour même dans les locaux du C.H.S.

Lors de ce premier accueil, l'intervenant du C.H.S. présente la structure d'hébergement, et l'équipe (une coordinatrice, une éducatrice et une assistante sociale). Cette présentation s'élargit à celle du CSST-CSAPA dont l'utilisateur peut bénéficier des services, dans un objectif de prise en charge globale (suivi psychologique, médical et psychiatrique, conseil. Les usagers sont également informés des ateliers socio-thérapeutiques à leur disposition.

Suite à cette présentation du C.H.S. et du CSST-CSAPA, trois documents sont remis : **livret d'accueil, règlement de fonctionnement** qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie au sein de l'établissement. Il énonce et en mettant en avant non pas uniquement les interdictions, mais les libertés et les procédures permettant l'exercice de ces libertés, et **la chartre des droits et liberté des usagers**. Ces documents sont lus et expliqués à certains usagers pour qui ne maîtrisent pas la lecture du français.

Tout au long de la prise en charge des entretiens réguliers ont lieu avec le référent. Cet espace-temps est un lieu de parole confidentielle qui permet à l'utilisateur d'exprimer ses besoins, et de participer à l'élaboration du projet d'accompagnement. Celui-ci est contractualisé dans le contrat de séjour. Il définit en sus des objectifs, les prestations et les conditions du séjour et a pour intérêt de formaliser les droits et obligations de chacun. Durant tout le séjour, différents supports et avenants viennent faire évoluer le contrat initial en fonction de la situation de l'utilisateur :

- Avenant pour modifications substantielles des objectifs du contrat.
- Avenant pour modification de ressources.
- Bilan du contrat de séjour.
- Avenant pour renouvellement du contrat de séjour.

L'élaboration du contrat de séjour suppose du temps car l'admission répond d'abord à un impératif de mise à l'abri. Le résident n'est pas toujours dans la capacité immédiate de définir et de suivre des objectifs. Le contrat de séjour va au moins préciser :

- La durée de l'hébergement, les conditions et les modalités de sa réalisation, de sa résiliation ou de sa reconduction,
- ébaucher des objectifs de la prise en charge,
- mentionner les offres médico-sociales, éducatives.

Motifs et modalités de sortie

Plusieurs cas de figure sont possibles...

La réalisation des objectifs fixés dans le contrat de séjour individualisé

Le résident a su mettre à profit l'accompagnement proposé et a su réaliser ses objectifs. La notion de temps est un facteur essentiel dans la réalisation des projets définis. Se projeter dans l'avenir, alors qu'il n'a été que dans l'urgence depuis une longue période, est vécu

positivement par les personnes face à ses capacités à faire et être, donc soutient la revalorisation de l'estime de soi.

Afin de mener à bien la réalisation des projets des hébergés et conformément à leur souhait, **32 demandes de prolongations** ont été effectuées auprès de l'aide sociale. Le manque de place en amont tant sur les Centres Thérapeutiques Résidentiels ou sur les dispositifs de logement social ou d'insertion est souvent à l'origine de ces prolongations.

Sur décision du résident

Certaines personnes orientées par le 115 ont une longue habitude des structures collectives ou de vie en groupe, l'isolement de l'hébergement individuel devient source d'angoisse. Une ré-orientation est alors proposée vers des structures plus adaptées avec la possibilité d'une continuité d'un suivi en ambulatoire sur le C.H.S. ou le CSST-CSAPA.

Sur décision de l'équipe

- De comportement délictueux et d'infraction à la législation.
- D'acte de violence sur le lieu d'hébergement envers d'autres résidents ou envers quiconque (personnel de l'hôtel, membre de l'équipe du C.H.S....).
- En cas de non respect du règlement de fonctionnement.

Il peut sembler paradoxal d'évoquer l'exclusion d'un hébergé alors que l'on vient d'instaurer un droit au logement opposable et s'agissant d'usager vulnérable et en extrême difficulté mais les motifs de fin de prise en charge sont explicités et rappelés tout au long du séjour. Le droit des usagers ne déroge pas au droit commun. L'arrêt peut être aussi dû à l'incapacité de l'usager à se mobiliser et va se traduire par des manquements et des retards réguliers aux rendez-vous fixés. A noter que vis-à-vis des publics du C.H.S. les dysfonctionnements sont pour la plupart d'entre eux, associés à de fortes consommations de substances psychoactives.

En cas de rupture du séjour, un courrier est communiqué qui rappelle les conditions de la prise en charge et un entretien est organisé, en tout cas proposé.

Exemple de prise en charge et d'accompagnement au C.H.S. Charonne

Françoise MOISAN, Coordinatrice C.H.S.

En errance dans la région du Nord où il vivait jusqu'alors, Monsieur L. arrive à Paris en janvier 2008. Il est hébergé par le Samu Social dans différents foyers d'urgence. En août 2008, il est orienté par le 115 vers le dispositif C.H.S. Dès lors Monsieur L. est très actif dans ses démarches, il se domicilie à la PSA, met en place sa complémentaire santé, effectue son transfert ASSEDIC, s'inscrit à l'ANPE, se rend à la Mission Locale. Il est orienté vers ARCIE qui lui propose une formation de professionnalisation rémunérée par les ASSEDICS « d'assistant commercial en ameublement et décoration », formation correspondant à ses désirs. Celle-ci débute fin novembre 2008 et dure jusqu'au début du mois d'août 2009. Par ailleurs, dans l'attente de cette formation, M. L. effectue un CDD

de 3 mois qui se termine mi-octobre 2008 en qualité de magasinier au sein d'un grand magasin parisien. En août 2009, suite à sa formation Monsieur L. est embauché en CDI dans un magasin d'ameublement. Parallèlement à son accompagnement vers l'insertion, il désire bénéficier d'un suivi médical au sein du CSST-CSAPA Charonne et le relais s'effectue donc, conformément à son souhait. Au cours de la prise en charge, des demandes d'appartement thérapeutique sont effectuées auprès de plusieurs partenaires ainsi qu'une demande de logement d'insertion par le biais des circuits pour personnes en difficulté et en précarité. En mars 2009, Monsieur L. intègre une résidence sociale du CASVP suite à la demande déposée auprès de la DDASS. Il est accompagné pour l'entrée dans les lieux et une aide financière est obtenue à la PSA pour son emménagement.

L'entrée sur le dispositif C.H.S. a permis à M. L. de se remobiliser enfin de se reconstruire jusqu'à acquérir de nouveau une autonomie. Il est important de noter que sans une telle prise en charge sur un dispositif hôtelier, il aurait été plus difficile pour Monsieur L. de se projeter et d'évoluer, mais que aussi cette prise en charge à l'hôtel, compte tenu de l'évolution de sa situation, n'était plus adaptée (impossibilité de cuisiner, impossibilité de recevoir et donc à créer de nouveau lien).

A ce jour, Monsieur L. est en situation d'emploi, en attente d'un logement définitif. Il bénéficie toujours du suivi médical et du soutien de l'équipe du C.H.S. lorsqu'il le demande.

ACTIVITÉS 2009

Capacité d'accueil	25 places
Nombre de nuitées théoriques	9.125
Nombre de nuitées réalisées	9.451
Taux d'occupation	104%
Nombre de personnes	85
Nombre de nouveaux	34
Nombre de Séjours*	93*
Durée moyenne des séjours	129
Durée moyenne des séjours des personnes sorties	120

- 6 personnes ont bénéficié de 2 séjours, 1 de 3 séjours soit 7% des personnes hébergées. File active de 85 personnes.
- Suite à la fermeture du Fort de Nogent en mai 2009, et sur demande de la DASS nous accueillons un usager supplémentaire sur le C.H.S.

CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS

Origine de la demande d'hébergement

Orienté(e)s par	Nombre de personnes accueillies dans l'année	%
115	46	50%
Etablissement médico-social Charonne	12	13%
Etablissement médico-social Hors Charonne*	17	18%
Etablissements de santé	3	3%
Accueil de proximité/CAARUD**	9	10%
Etablissements pénitentiaires	0	-
Autre CHRS	1	1%
Hébergement d'urgence	0	%
Service social de secteur/PSA	3	3%
Autres associations caritatives	1	1%
Autre	1	1%
Total	93	100%

* Marmottan, Espace Murger, 110 les Halles, Gaia, La Terrasse, Emergence, Nova Dona, CCST le Sleep In, CCST EGO, ECIMUD Bichat, Pierre Nicole, le Village Saint Martin...

** CAARUD 18, CAARUD 10, Coordination Toxicomanies, AIDES - Arc en Ciel, ESI Saint-Martin, parcours, ANRS...

Hébergement la nuit précédant l'entrée

Hébergement la nuit précédant l'entrée	Nombre de personnes accueillies dans l'année	%
Domicile personnel	0	-
Domicile des parents	2	2%
Hôtel (payé par soi)	2	2%
Hébergement par un tiers	8	9%
Autre structure (urgence, insertion, CHRS, hôtels pris en charge par une association)	35	38%
Prison	0	-
Etablissements hospitaliers ou de soins	9	10%
Etablissements ASE ou accueil familial	0	-
Hébergements mobiles ou de fortune (caravane, camping, squat)	5	5%
Sans domicile (rue, voiture)	32	34%
Total	93	100%

Répartition de la durée des prises en charge

Durée de la prise en charge	Nombre total de personnes sorties dans l'année	%
1 nuit	1	1%
Moins de 3 nuits	2	3%
3 nuits à 1 semaine	9	13%
Plus d'1 semaine à - de 15 jours	5	8%
De 15 jours à moins d'un 1 mois	5	8%
Plus d'un mois	45	67%
Total	67	100%

Modalités de sortie

Modalité de fin de prise en charge	Nombre de personnes	%
Au terme du contrat	39	59%
Avant terme du contrat par le résident	3	4%
Avant terme du contrat par l'équipe	11	16%
Hospitalisation longue	4	6%
Incarcération	2	3%
Perdu de vue	8	12%
Total	67	100%

Solutions d'hébergement à l'issue du séjour

Orienté vers		%
Services d'hébergement non spécialisés*	14	21%
Structure médico-sociale avec hébergement	0	-
CSST-CSAPA Charonne	2	3%
CSST hors Charonne**	15	22%
ACT	1	1%
Structure sanitaire***	9	14%
Famille, entourage	6	9%
Hébergement autonome	0	-
Hébergement / public sous main de justice	2	3%
Incarcérations	2	3%
Sans solution****	8	12%
Perdu de vue	8	12%
Total	67	100%

* Résidence sociale CASP, CHS André Jacomet, CHS Cugnot, Le Pass Justice, Communauté des Compagnons d'Emmaüs, Centre Israélite de Montmartre, CHRS Emmaüs Crimée, Hôtel Mairie de Paris, ARAPEJ.

** Appartement Thérapeutique du Trait d'Union, appartement relais SOS DI, Clémence Isaure famille d'accueil, CTR Le Peyry, CTR Val d'Adour, CTR Lafitole, CTR Barjac, CTR Vireac, Post-cure Alcool la Gandillonerie, Le village.

*** Fernand Widal, Marmottan, Saint-Antoine, Salpêtrière, Lariboisière, Gilbert Raby.

**** 4 exclusions par les hôteliers.

CARACTÉRISTIQUES DES RÉSIDENTS

Répartition par classes d'âge

18 à 25 ans	26 à 35 ans	36 à 45 ans	46 à 55 ans	de plus de 55 ans	Non renseigné	TOTAL
7	26	32	18	1	1	85
8%	31%	38%	21%	1%	1%	100%

La moyenne d'âge est de **38 ans**.

Répartition par sexe

Sexe	Hommes	Femmes
	73	12
Total	86%	14%

Origine géographique

Nationalité	Nombre	%
Française	43	50%
Etrangers UE	9	11%
Etrangers hors CEE	33	39%
Total	85	100%

Lieu d'ancrage

Domiciliation	Nombre	%
Paris	79	93%
Ile De France	4	5%
Autre région	2	2%
Non renseigné	0	-
Total	85	100%

Niveau de formation

Niveau de formation	Nombre	%
Illettrisme	1	1%
Niveau VI	10	12%
Niveau V BEP, CAP, BEPC	40	47%
Niveau V bis	4	5%
Niveau IV BAC, Brevet Professionnel et Technique	17	20%
Niveau III, II ou I BAC 2 à 5	10	12%
Non renseigné	3	3%
Total	85	100%

Situation familiale

	Nombre	%
Célibataire	55	65%
Union libre >6 mois	3	4%
Marié(e)	1	1%
Séparé(e)	19	22%
Divorcé(e)	5	6%
Veuf(ve)	1	1%
Non renseigné	1	1%
Total	85	100%

Parentalité

	Nombre	%
A des enfants	46	54%
Sans enfants	37	44%
Non renseigné	2	2%
Total	85	100%

Nombre d'enfant

Nombre d'enfants	Nombre	%
0	44	52%
1	21	25%
2	15	18%
3	2	2%
4	1	1%
6	0	-
7	0	-
9	0	-
Non renseigné	2	2%
Total	85	100%

Catégorie professionnelle

Activité professionnelle	Nombre	%
Artisan, commerçant	1	1%
Cadre, prof. libérale	1	1%
Employé	43	51%
Ouvrier	6	7%
Profession intermédiaire	1	1%
Sans profession	27	32%
Ne sait pas	5	6%
Non renseigné	1	1%
Total	85	100%

Situation professionnelle

Situation professionnelle	Nombre	%
Emploi stable CDI	4	5%
CDD, CES, stage rémunéré	3	4%
Chômeur, jamais travaillé	0	-
Chômeur, déjà travaillé	8	9%
Autre inactif	70	82%
Autre précaire	0	-
Ne sait pas	0	-
Total	85	100%

Situation judiciaire

Situation judiciaire	Nombre	%
Sans objet	61	72%
Obligation de soins	2	2%
Injonction thérapeutique	7	8%
Contrôle judiciaire	1	1%
Sursis mise à l'épreuve	10	12%
Liberté conditionnelle	1	1%
Autres	0	-
Non évoqué	3	4%
Total	85	100%

Ressources des résidents à l'entrée, sur l'année et à la sortie

Ressources des personnes	Nombre à l'entrée	%	Nombre au 31/12/2009	%
Sans ressources	39	42%	20	21%
Attente de ressources	3	3%	7	8%
RSA	39	42%	42	45%
AAH	2	2%	6	6%
ASSEDIC	3	35%	6	6%
Salaire	4	4%	8	9%
Stage, formation	2	2%	2	2%
Autres allocations ASS AI rente AT etc.	1	1%	2	2%
Total	93	100%	93	100%

Ressources des personnes à la sortie	Nombre sur l'année	%
Sans ressources	14	21%
Attente de ressources	3	5%
RSA	31	48%
AAH	4	6%
ARE	5	8%
Salaire	7	11%
Stage, formation	0	-
Autres, allocations, ASS, AI, rente AT, etc	3	1%
Total	67	100%

Couverture sociale des résidents à l'entrée, sur l'année et à la sortie

Couverture sociale des personnes	Nombre à l'entrée	%	Nombre au 31/12/2009	%
Sans	21	23%	6	6%
Régime général	12	13%	6	6%
RG + mutuelle	2	2%	5	5%
RG + 100%	2	2%	2	2%
CMU de base	2	2%	1	1%
CMU + C	48	52%	65	70%
AME	6	6%	8	9%
Total	93	100%	93	100%

Une attention toute particulière est portée concernant la couverture maladie des usagers. Ils sont aidés suivant leur situation, soit à ouvrir leurs droits ou au maintien de ceux-ci (obtention de l'AME, ouverture de droit à la CMU+C, maintien de la complémentaire par renouvellement pour 17 d'entre eux), soit par une aide à la mutualisation pour la mise en place d'une mutuelle. La couverture sociale est le préalable à prise en charge médicale cohérente.

Couverture sociale des personnes à la sortie		%
Sans	5	8%
Régime général	5	5%
RG + mutuelle	4	6%
RG + 100%	1	1%
CMU de base	1	1%
CMU + C	46	71%
AME	5	8%
Total	67	100%

CONDUITES ADDICTIVES

56 personnes à l'entrée sur le C.H.S. étaient sous Traitement de Substitution aux Opiacés, soit **66%**, au 31 décembre ils étaient **74** soit **87%**.

18 personnes ont bénéficié d'une prise en charge de leur dépendance dont :

- 8 consommateurs d'alcool,
- 5 usagers de sulfate de morphine,
- 4 usagers de crack,
- 1 usager d'héroïne.

11 personnes ont demandé le relais de leur suivi sur le CSST-CSAPA Charonne afin de centraliser leur suivi sur la même institution. **33 personnes** à la fin de l'exercice 2009, bénéficient d'un suivi de prise en charge pour les T.S.O. au sein du CSST-CSAPA de l'association Charonne.

Les actes médicaux générés pour les résidents du C.H.S. au niveau du CSST-CSAPA se répartissent de la façon suivante :

- **561** consultations auprès des médecins généralistes.
- **173** consultations auprès des médecins psychiatres.
- **Soit 734** actes dont **357** pour une prescription de substitution par Méthadone[®] et **149** par BHD.

Personnes sous Traitements de Substitution Opiacés

- Méthadone[®] : 34%
- Subutex[®] : 25%

Usages de substances psychoactives

Consommations évoquées	Nombre	%
Héroïne*	7	8%
Sulfate de morphine**	9	10%
Dérivés de codéine	0	-
Subutex [®] hors prescription	5	6%
Méthadone [®] hors prescription	0	-
Cocaïne***	9	11%
Crack****	22	26%
Amphétamines	0	-
Ecstasy	0	-
Psychotropes dont benzodiazépines	3	4%
Colles et solvants	0	-
Cannabis et dérivés	5	6%
LSD et autres dysléptiques	0	-
Alcool*****	25	29%
Autres	0	-
Total	85	100%

* 7 sont substitués par Méthadone[®], 1 par Subutex[®]

** 7 sont substitués par Méthadone[®]

*** 6 sont substitués par Méthadone[®] et 3 par Subutex[®]

**** 6 sont substitués par Méthadone[®] et 9 par Subutex[®]. 7 personnes étaient sans prise en charge, parmi elles 4 ont bénéficié d'une substitution par Subutex[®] car elles consommaient de la BHD pour amortir les effets du crack

***** 3 sont substitués par Subutex[®] et 7 par Méthadone[®]. 16 résidents présentant une problématique alcool ne bénéficient pas d'un traitement et parmi eux 4 n'avaient plus de suivi et 2 n'ont jamais bénéficié d'un suivi

Modes de consommation

Mode consommation	Nombre	%
Fumé/inhalé	22	26%
Injecté	17	20%
Mangé/bu	25	29%
Sniffé	21	25%
Non renseigné	0	-
Total	85	100%

Premier produit consommé

Produit	Nombre	%
Héroïne	43	51%
Sulfate de morphine	3	4%
Dérivés de codéine	0	-
Subutex® hors prescription	0	-
Méthadone® hors prescription	0	-
Cocaïne	6	7%
Crack	1	1%
Amphétamines	1	1%
Ecstasy	0	-
Psychotropes dont benzodiazépines	1	1%
Colles et solvants	0	-
Cannabis et dérivés	12	14%
LSD et autres dysléptiques	0	-
Alcool	13	15%
Non renseigné	5	6%
Total	85	100%

Prise par voie intraveineuse au cours de la vie

Usage voie intraveineuse	Nombre	%
Antérieur mais pas ces 30 derniers jours	31	36%
Lors des 30 derniers	16	19%
Jamais	32	38%
Non Renseigné	6	7%
Total	85	100%

Age lors de la 1^{ère} injection

Moins de 18 ans	de 18 à 25ans	de 26 à 30 ans	de 31 à 35 ans	de plus de 36 ans	Non renseigné	TOTAL
12	18	8	4	1	4	
26%	38%	17%	8%	2%	8%	100%

Pathologies associées

Pathologies associées	VIH		VHC		VIH/VHC	
Sérologies effectuées	83	97%	82	96%	0	-
Sérologies positives	5	6%	18	19%	5	6%
Sérologies négatives	49	58%	49	58%	0	-
Inconnues	31	36%	18	21%	0	-

Antécédents Psychiatriques

- Hospitalisation : 38%
- Antécédents de tentatives de suicide : 20%
- Pathologie psychiatrique actuelle : 18%

Suivi médical en cours

- 27% sont suivis en secteur hospitalier pour des pathologies avérées : diabète, problèmes cardiaques, VIH, VHC etc.
- 9% sont suivis par des médecins généralistes de ville.
- 4% sont suivis dans un CMP.

ACTIVITÉ EN CHIFFRES

Le nombre d'actes réalisés en 2009 s'élève à : **3.069**.

Ces actes se répartissent comme suit :

	Actes	%
Accueil-évaluation	93	3%
Aide aux droits sociaux	820	27%
Aide au logement	37	1%
Aide au l'insertion	83	3%
Recherche hébergement	17	<1%
Diverses orientations	68	2%
Suivi social	968	32%
Suivi éducatif	779	25%
Bilan-Synthèse	24	1%
Entretien entourage	4	<1%
Démarches santé	95	3%
Activités collectives	5	<1%
Orientation CTR ou SSR	46	1%
Autres	30	1%
Total	3.069	100%

73 accompagnements de résidents ont été réalisés au cours de l'année. Ces accompagnements s'effectuent auprès des différentes administrations (Préfecture, CAF, CPAM, commissariat.), mais aussi auprès des partenaires et des dispositifs de droits communs. Ces accompagnements revêtent un caractère essentiel dans la prise en charge avec certains usagers désocialisés et pour lesquels les démarches sont difficiles à effectuer. Ils favorisent l'émergence de la parole hors du cadre des entretiens formalisés sur la structure. Ces accompagnements sont importants dans la création du lien ou le renforcement de celui-ci.

Les visites à l'hôtel

En 2009, 52 personnes ont été visitées sur les hôtels. 10 après-midi de visites sur les hôtels ont été effectuées, soit moins de 1 par mois ; toutefois 2 à 3 hôtels sont concernés à chaque fois. Ces visites sont menées par deux intervenantes.

Elles ont lieu le vendredi et permettent d'une part de rencontrer les usagers sur leur lieu d'hébergement et d'autre part de maintenir des liens privilégiés avec les hôteliers. Ainsi, ces visites permettent une écoute des hôteliers, parfois en difficulté avec les personnes hébergées ; elles soutiennent donc les hôteliers, dans l'objectif de pérenniser la prise en charge des usagers, dans les meilleures conditions possibles.

Aucun rendez-vous n'est donné, les intervenants sont simplement à disposition sur les sites. En effet, ces visites ne doivent pas être vécues comme une intrusion, mais comme un outil pratique, pouvant être sollicité facilement.

Les aides à la vie quotidienne

- Obtention de la carte solidarité transport (**25% des usagers** n'en possédaient pas ou ne l'avaient pas actualisée) ou de tickets auprès des PSA afin qu'ils puissent se déplacer sans risque d'être verbaliser. Certains d'entre eux sont redevables de sommes importantes au Trésor Public pour amendes de transport.
- Demandes d'aide facultative exceptionnelle auprès des différentes Permanences Sociales d'Accueil de Paris, principalement sous forme de tickets service, et bons de restauration sociale, car malgré l'aide apportée par le C.H.S. en don de tickets service, celle-ci ne couvre pas les besoins alimentaires des usagers en rupture ou en attente de ressources et plus généralement envers les résidents du C.H.S. dont la situation financière est précaire. Ces aides leur permettent de s'alimenter dans de meilleures conditions, et pour certains d'entre eux, l'accès aux restaurants sociaux est le seul moyen d'avoir un repas chaud et équilibré.
- Don de trousse d'hygiène corporel complète, obtenue en grand nombre auprès du Secours Populaire Français. Ces troussees sont des supports intéressants pour aborder l'hygiène et le rapport que les personnes entretiennent à leur corps.
- Orientation vers les 2 CAARUDs de l'association Charonne, pour la mise à disposition des machines à laver mais aussi vers les autres partenaires associatifs pour des vestiaires, coiffeurs, etc.

Les ressources

42% des personnes à l'entrée sur le C.H.S. étaient sans ressource. L'absence de ressource se décline pour les raisons suivantes :

- Un âge inférieur pour une ouverture de droit aux prestations sociales tel que le RSA socle.
- Une désocialisation très marquée qui se traduit par l'absence de tout document nécessaire à l'ouverture de droit comme une domiciliation administrative, non possession de la carte nationale d'identité, qu'ils perdent due à leur situation d'errance, les difficultés pour l'ouverture d'un compte bancaire.
- L'incapacité pour certains d'entre eux à se mobiliser, incapacité souvent liée à une consommation importante de substances psychoactives ou en rupture de leurs droits parce qu'ils n'ont pas mis à jour leur situation, ou n'ont pas renouvelé leur demande.
- Au regard de leur situation administrative sur le territoire français pour les ressortissants de la Communauté Européenne ou hors communauté européenne.

Les aides relatives aux dettes

Une part importante des usagers ont des dettes : dettes hospitalières, de transport en commun, d'amendes judiciaires, d'anciens impayés de loyers etc. Les aides apportées ont consisté à se rapprocher des créanciers afin d'obtenir par le biais de recours gracieux les annulations de celles-ci, soit d'obtenir des échelonnements ou des arrangements à l'amiable avec la levée des majorations pour non paiement dans les délais impartis.

Les démarches liées au logement

Des demandes de logement social sont effectuées avec les usagers en capacité d'intégrer un logement social ou de transition par le biais des circuits pour personnes en difficulté et en précarité (type accords collectifs, logement de transition ou définitif). **3 usagers** ont accédé à une résidence sociale par le biais des demandes de logement de transition auprès de la DDASS de Paris. Le préalable à cette démarche étant l'obtention du numéro de demandeur de logement, 16 demandes ont été déposées.

Equipe Mobile BOCIEK

Adresse administrative 104-106 rue Oberkampf 75011 Paris

Tél. : 06.71.55.20.95 Fax : 01.48.07.57.05

bociek@charonne.asso.fr aneta.cebera@charonne.asso.fr

L'EQUIPE MOBILE BOCIEK

INTRODUCTION

Le projet BOCIEK a été conçu au cours de l'année 2007, à la demande du Préfet de Paris afin de mieux comprendre les modes de vies et les motivations des personnes polonaises à la rue, en situation de grande exclusion et refusant généralement des solutions d'hébergement. Il a été pensé et conçu à partir d'une préalable analyse des besoins de la population cible (enquête de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris - 2006, expérience acquise sur la « permanence polonaise » de Charonne mise en place sur le CAARUD Beaurepaire entre janvier et juillet 2007).

Le projet a eu l'aval de la DASS de Paris en novembre 2007 et l'équipe d'intervention psychosociale BOCIEK s'est constituée à la fin de l'année. Elle s'adresse à des publics d'Europe de l'Est : polonophones, russophones et (depuis septembre 2009) bulgarophones vivant en précarité et/ou situation d'errance sur Paris et la petite couronne.

L'équipe Bociiek poursuit un triple objectif :

- Etablir le contact avec ces publics.
- Aider à leur intégration en France ou travailler à un retour accepté et préparé vers leurs pays d'origine.
- Création d'un réseau spécifique capable de réunir les partenaires sociaux, y compris des partenaires du pays d'origine¹, concernés par la prise en charge de ces populations précises.

Elle met en œuvre les objectifs opérationnels suivants :

- Permettre l'accès vers des structures sanitaires, médico-sociales et sociales.
- Favoriser l'intégration de ces publics sur ces filières de soins ou d'accompagnement social (accompagnement, traduction, médiation).
- Assurer une fonction d'observatoire et de caractérisation de ces publics et de leurs besoins.

FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE BOCIEK

L'équipe est composée de 4 ETP dont :

1 ETP Coordinatrice/ psychologue sociale polonophone
1 ETP Psychologue sociale russophone
0,5 ETP Psychologue sociale polonophone
0,5 ETP Educatrice polonophone
1 ETP Educatrice bulgarophone

¹ Actuellement Bociiek est toujours en contact avec certains des services sociaux en Pologne (Fondation du frère Albert, Monar Varsovie) avec qui nous essayons de progresser surtout sur les financements possibles concernant l'évolution de notre collaboration.

Les membres de l'équipe Bociek se mettent à la disposition des maraudes spécialisées, des structures d'accueil (ESI, CAARUD, CHU) et des centres médico-sociaux (CSST, CMS) en favorisant la formation des relais associatifs entre les différents intervenants.

Nous avons construit nos interventions autour de trois axes principaux qui permettent aux migrants, mais également aux professionnels qui interviennent auprès d'eux, avoir d'emblée une visibilité du parcours social ou socio-médical dans lequel ils s'engagent. Cela permet d'éviter le morcèlement des suivis et un meilleur repérage entre les différents intervenants. L'équipe Bociek assure la cohérence en accompagnant les migrants et les professionnels à travers les différents étapes des suivis sociaux.

1. Participation aux maraudes :

- Prise de contact avec les personnes ou groupe dans leur langue maternelle.
- Orientation vers les permanences.
- Participation aux réunions de synthèses des équipes de maraudes, sur ces situations particulières.

Régulièrement ou sur demande ponctuelle, nous intervenons auprès des différentes maraudes en contact avec la population cible sur les sites qui représentent la plus grande concentration de migrants : Paris 10^{ème}, 11^{ème}, 12^{ème} arrondissements, les abords du périphérique et le bois de Vincennes. Il s'agit de tout type d'intervention concernant les personnes isolées ou vivant en groupe ou en campement.

Le but de cette intervention : prise de contact, évaluation de la situation sociale (domiciliation, AME ou CMU) et médicale (sensibilisation aux problèmes de santé, accès aux dépistages) de chacun et pour ceux qui les souhaitent l'orientation et, si possible, l'accompagnement (certaines équipes le font) vers les permanences de Bociek.

Nous participons également à la médiation socio-culturelle entre les équipes de maraude et la population cible. Il est important pour nous que les deux protagonistes se connaissent suffisamment pour pouvoir fonctionner avec ce savoir en dehors de notre intervention.

Par exemple :

Au début de notre intervention auprès des équipes de rue nous étions souvent appelés pour une première prise de contact et une « rapide » évaluation : ont-ils faim, soif, sont-ils malades ou dans le besoin et bien sûr d'où viennent-ils et pourquoi ? . Nous nous sommes aperçus qu'en expliquant les modes de fonctionnement des migrants et leurs différentes façons de procéder, nous commençons d'être sollicités pour « autre » chose que la soif et la faim : ont-ils une couverture sociale, une domiciliation, ont-ils fait les dépistages, savent-ils où se rendre en cas de besoin. Et, dans le cas des migrants isolés, les équipes se sont montrées beaucoup plus vigilantes parce qu'elles savaient qu'il s'agissait de personnes vulnérables psychologiquement voire présentant d'importants troubles² psychiatriques.

² En effet, les migrants vivant isolés, ce sont la plupart de temps les personnes vulnérables, voire malades, psychologiquement qui se sont fait exclure du groupe. Le plus souvent, il s'agit des personnes d'origine polonaise qui ont pour habitude de vivre dans un groupe et non séparément. Ceci n'est pas valable pour les personnes russophones qui opèrent seule ou maximum à deux.

Equipe de maraudes concernées :

	Nombre d'interventions
Haltes des amis de la rue	22
DPP	22
Croix Rouge	11
Samu Social	4
BAPSA	3
Total	62

2. Permanences sur les structures partenaires (ESI, CAARUD, CSST, CHU) :

- Accueil individualisé.
- Evaluation sociale et psychologique.
- Orientation en fonction des problématiques rencontrées.
- Accompagnement dans les démarches.

L'intervention auprès des maraudes constitue la première étape de notre intervention. La seconde est l'accueil de ces personnes, ou d'autres venues par le bouche-à-oreille ou orientées par différents partenaires lors de nos permanences hebdomadaires.

Quand une personne s'adresse pour la première fois à un service social comme le nôtre c'est une véritable épreuve du feu. D'autant plus quand il s'agit d'une personne venue du « bois » par ses propres moyens et non accompagnée. Nous nous efforçons d'être le plus disponible possible mais cela devient difficile compte tenu du nombre des personnes que nous recevons. Pourtant, c'est justement dans ces cas-là que nous pourrions véritablement parler d'urgence sociale.

Une personne qui quitte le groupe ou le campement et vient par ses propres moyens vers nos permanences, fournit un effort considérable. Elle est animée, la plupart de temps, par l'espoir de voir sa situation s'améliorer et l'intérêt est limité si c'est pour rencontrer des intervenants non disponibles. Nous avons mis en place un système de rendez-vous, qui fonctionne malheureusement assez mal pour ces personnes qui se repèrent peu dans l'espace et encore moins dans le temps. Mais vu le nombre des intervenants et la saturation de nos permanences nous n'avons pas pu faire autrement...

Pour toutes les autres situations nous procédons à une ouverture de dossier dans la structure d'accueil et à une présentation du dispositif sur place. De cette façon, pendant notre absence la personne peut s'adresser à un travailleur social qui, en regardant son dossier, pourra lui indiquer les démarches à suivre. En cas de difficultés dans la transmission des informations nous nous rendons disponibles au téléphone pour les traductions.

Nos permanences prennent en compte les spécificités des structures d'accueil où nous intervenons. Dans un ESI, nous allons insister sur le relais social : domiciliation, ouverture des droits à la santé et suivi psychosocial.

Dans un CAARUD, nous allons intervenir plus sur le versant RDR et médical en assistant aux dépistages et parfois aux entretiens avec le médecin, au rendu des résultats, à l'organisation des sevrages, aux orientations et accompagnements vers les dispositifs de soins spécialisés.

Dans les CSST-CSAPA, il va s'agir plutôt de co-suivis assurés par le psychologue de notre équipe, le médecin référent et le travailleur social en charge du suivi sur la structure.

Nous intervenons dans un seul CHU, Fort de Nogent, où nous assurons le relais entre l'équipe sur place et les migrants bulgarophones et polonophones pour toutes les démarches sociales. Cela implique également des réunions d'information sur les droits des étrangers pour les deux protagonistes.

Les structures concernées et file active par structure :

ESI Arche d'Avenirs	64
CAARUD Beaurepaire	45
ESI La Halle Saint Didier	35
CHU Fort de Nogent	8
CHS Cité Jacomet	8
CAARUD PROSES	7
CSST 110 Les Halles	3
ESI Halte Lyon	4
Maraudes	11
Total	185

Autres structures de soins concernées :

- S.O.S Habitat et soins (LHSS Maubeuge, Centre d'hébergement Gambetta)
- Hôpital Fernand Widal (Médecine interne, alcoologie et addictologie)
- Hôpital Trousseau (Maternité)
- Hôpital George Pompidou (Médecine interne)
- Hôpital Kremlin-Bicêtre (Médecine interne)
- Hôpital Bichat (Service Maladies infectieuses et Urgences)
- Hôpital Lariboisière (Urgences)
- Hôpital Saint-Louis (Urgences, Maladies infectieuses)
- Hôpital Cochin (Hépatologie)
- Hôpital Sainte-Anne : CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil)
- Hôpital Maison Blanche (Psychiatrie)
- CMS Edison (dépistage Tuberculose - Paris 13^{ème})

Services sociaux, administratifs et juridiques :

- ASSEDIC et ANPE
- CAF
- CPAM
- Préfecture
- Commissariats de police
- Consulats
- Mairies
- Services Funéraires

3. Accompagnement auprès des partenaires du réseau

- Fonction d'interprétariat et de traduction.
- Transmission d'un rapport de situation.
- Accompagnements physiques individualisés.

C'est la troisième et dernière étape de notre intervention.

Après une évaluation de la situation sociale, les personnes rencontrées lors de nos permanences sont orientées et accompagnées vers les services spécialisés (voir plus haut).

La plupart des accompagnements sociaux sont effectués et assurés par l'équipe éducative sur place. Tandis que toutes les démarches qui concernent la mise en place des suivis médicaux : suivis de grossesse, sevrage, substitution, accompagnement aux urgences, etc. sont assurés par les membres de notre équipe.

Nous participons également, en tant que médiateurs et accompagnateurs, aux actions de préventions et de santé organisées chez les partenaires :

- Dépistages VIH et VHC.
- Dépistages tuberculose.
- Vaccination grippe et VHB.

Nombre d'actes	Pôle maraude	Pôle socio-éducatif	Pôle psychosocial
2.805	310	1.496	999
Dont :	Entretien Evaluation Orientation Interprétariat Accompagnement social et psychologique	Evaluation sociale Suivi social Orientation Interprétariat Accompagnement social	Evaluation psychologique Entretien psychologique Soutien/suivi psychologique Accompagnement CPOA/CMP/HP

Le fonctionnement du réseau Bociék repose sur l'engagement de tous les partenaires sociaux qui, à travers nos interventions, peuvent mieux s'organiser afin d'optimiser les circuits des prises en charge. Notre présence sur la majorité des points cruciaux du parcours « type » des migrants précaires (rue, structures d'accueil bas seuil) permet à ceux-ci de garder un minimum de repaires. Compte tenu de la multiplicité des intervenants auprès de ces publics, ces repaires évitent les accompagnements morcelés et permettent une meilleure inscription dans les circuits sociaux et de soins.

Spécificités d'intervention psychosociale

Le dispositif Bociék est un dispositif d'orientation psychosociale qui s'inscrit dans les objectifs du plan régional de la santé préconisant « d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales et sociales, au profit des personnes le plus souvent vulnérables ».

Les premiers repérages³ et évaluations des besoins de migrants précaires nous ont menés vers une action psychosociale auprès de ces publics. Même si la majorité des demandes se situait initialement du côté du social, nous avons constaté que la plupart des personnes présentaient d'importants troubles du comportement associés à de réelles fragilités psychiques. La prévalence des problèmes relevaient finalement plus du champ médical et psychiatrique que du social.

Exemples :

Monsieur M. nous est adressé par un service social pour un acte « banal » : rédiger un CV pour un poste de chauffeur poids lourds. Rien de plus simple, puisque Monsieur M. a déjà travaillé en tant que chauffeur routier et que sa situation sociale est « stable ». Il bénéficie du RMI, de la CMU et il habite dans un foyer. Son unique problème est qu'il ne parle pas encore suffisamment bien le français pour rédiger seul son CV. Lors de notre entretien plusieurs éléments font surface qui ne nous permettent finalement pas de l'aider. En tout cas pas de la façon qu'il souhaitait. Aux questions habituelles concernant la consommation d'alcool, Monsieur reste évasif en nous disant qu'il « gère ». Néanmoins, lorsque nous abordons le sujet de la santé, il nous parle de plusieurs séquelles consécutives d'un accident, en les jugeant importantes mais pas invalidantes. Finalement, nous apprenons que Monsieur M. a provoqué un grave accident de la route qui a coûté la vie à un conducteur et lui a valu de la prison : il était sous emprise d'alcool au moment des faits. Cela fait 10 ans qu'il ne conduit plus (pas de permis) et estime boire de l'alcool en quantité raisonnable « pour un polonais ». « Traitez-moi d'ivrogne mais pas d'alcoolique » nous dit-il.

Un entretien a suffi pour que la situation de Monsieur prenne un autre tour et que sa prise en charge s'oriente vers des soins plutôt qu'une illusoire recherche de travail dans ce métier qu'il « aime tellement ».

Malheureusement, il ne s'agit pas d'un cas isolé.

Monsieur A., âgé de 20 ans, a pris un bus puis un train puis un bus pour se retrouver, « sans savoir comment » le jour de son arrivée à Paris dans un CAARUD qui l'a orienté vers nous. Même si Monsieur A. ne souhaitait voir « aucun polonais » il venait régulièrement à nos rendez-vous rien que pour nous le dire.

³ Permanence polonaise au CAARUD Beaurepaire de l'Association Charonne

Monsieur W., 37 ans, suivi par notre service vient au rendez-vous avec une jeune femme, à peine majeure, qu'il présente comme sa compagne. La demoiselle ne dit rien pendant que Monsieur nous explique qu'elle est enceinte de 5 mois et que, maintenant, « elle aurait besoin peut être d'un médecin... ». Le couple vit sous les ponts et Monsieur « gère tout » ; à savoir qu'il « a tout » (CMU, domiciliation) et elle rien du tout. D'ailleurs tout au long de l'entretien elle ne prononce pas un mot. Pendant plusieurs semaines, alors que les rendez-vous et les accompagnements se succèdent. Monsieur W. parle et la jeune femme continue de garder le silence. Ce n'est que quelques mois après son accouchement qu'elle nous appelle « en cachette » pour dire qu'elle est à nouveau enceinte, qu'elle veut avorter « en cachette » et nous demande de ne rien dire à personne parce qu'il va encore la « frapper ».

Ces exemples illustrent comme il est insuffisant de ne considérer que la problématique sociale de ces personnes. Et que leur parcours, l'évolution ou plutôt l'absence d'évolution de leur situation, restent largement liés à l'état psychologique dans lequel elles se trouvent. C'est pourquoi la mise en évidence de certains troubles avec la proposition d'un soutien et d'un accompagnement psychosocial permettent aux patients, et aux travailleurs sociaux en charge de leurs dossiers, de trouver ou de proposer une prise en charge plus adaptée.

La population des migrants précaires dont la plupart est sans domicile fixe, cumulent plusieurs problématiques :

- Vie communautaire/ Dépendance au groupe et au réseau communautaire (polonais/bulgare).
- Manques de repaires sociaux/ Méconnaissance du système social (polonais, bulgare, russe).
- Problème de communication/ Peu parle le français (polonais, bulgare, russe).
- Comportements violents.
- Surconsommation d'alcool (polonais)/et d'autres substances psychoactives (russes).
- Mauvais état de santé (polonais, russe, bulgare).
- Problèmes psychologiques avérés (problématiques psychiatriques de certains russes et polonais).

Le travail de Bociek, au delà des objectifs fixés par le projet, consiste avant tout à sensibiliser ces publics à d'éventuels problèmes de santé en les informant régulièrement sur les dispositifs de soins existants et en proposant des accompagnements vers ces dispositifs. Cela fait partie d'un accompagnement psychosocial et médical qui a pour but de « favoriser le repérage de la souffrance psychique (et physique) et son degré de gravité, pour une meilleure orientation, par les acteurs des champs éducatif, social et médico-social (...) »⁴.

Nous proposons aux professionnels de la santé et du social, qui souvent méconnaissent la nature de leurs pratiques réciproques, d'apporter un éclairage socio-culturel et psychosocial sur un public cible pour leur permettre d'organiser et d'accompagner la prise en charge en fonction des problématiques dégagées.

⁴ Plan régional de santé p.50

Dans aucun cas, nous ne nous substituons aux travailleurs sociaux ou médicaux en charge des dossiers. Nous agissons toujours en relais et en partenariat pour une meilleure corrélation entre les différents professionnels dont le savoir-faire est reconnu.

Perspectives :

Le fonctionnement du réseau Bociiek repose seulement sur quatre professionnels et compte tenu du nombre de demandes des partenaires et l'augmentation constante des migrants de l'Est (UE et Hors UE comme les russophones) nous avons de plus en plus des difficultés à satisfaire toutes ces attentes.

L'intervention de Bociiek est bien a été identifiée par les partenaires et les migrants comme une action psychosociale menée dans la langue maternelle, ce qui constitue un véritable atout. Or, les permanences russophones ne bénéficient à ce jour d'intervenants sociaux tandis que le pôle bulgare ne propose pas des services d'un psychologue. Les centres spécialisés travaillant dans la langue maternelle (type centre Minkowska) ne peuvent recevoir ces patients qui, compte tenu de leur situation (sans domicile, se repérant peu dans le temps et l'espace ou fonctionnant en groupe) sont dans l'incapacité de s'inscrire d'emblée dans un suivi classique de soins. Bociiek représente le seul dispositif intermédiaire vers ces structures de soins et d'insertion.

Bociiek fonctionne actuellement avec l'aide de stagiaires étudiants psychologues et de bénévoles russophones. Pourtant ces conditions ne permettent pas d'envisager de réels suivis à long terme. En effet les changements d'intervenants ne favorisent pas la pérennité des liens avec ces populations (ni même avec les professionnels). Le renfort de l'équipe paraît donc indispensable.

Cette consolidation s'avère d'autant plus nécessaire que chaque pôle assume l'entretien et le développement des liens avec les partenaires sociaux européens. Ceci nous permet d'être informés des différentes politiques sociales en œuvre et d'établir les ponts et les relais sociaux facilitant le retour dans leur pays de ceux qui le souhaitent. Bociiek travaille déjà avec l'une des plus grandes structures sociales en Pologne, la Fondation du frère Albert/Caritas (Pôle Pomeranie et Siège à Wrocław), qui apporte une aide précieuse lorsqu'il s'agit de contacter, par exemple, les familles de personnes décédées ou de jeunes en errance. Plusieurs projets sont en suspens dans l'attente de financement.

Il paraît en effet indispensable de continuer à développer le réseau en y intégrant les pays d'origine des migrants. Cela permet d'alerter les pouvoirs publics sur place et de les sensibiliser aux questions et à la situation de certains de leurs ressortissants. Par exemple, cette année en Pologne un nouveau programme social a vu le jour dont la première étape consiste à recenser le nombre des migrants polonais en Europe et leurs problématiques les plus fréquentes. Bociiek est en contact avec une personne mandatée par le Ministère des Affaires Etrangères pour ses recherches en Europe dont en France. Certes, l'équipe sollicitée pour travailler avec elle sur Paris, de par l'absence de disponibilité, ne peut mener à bien une telle étude...

Partout en Europe, surtout en Irlande et Grande Bretagne les différents dispositifs d'aide aux migrants précaires s'organisent afin de créer un réseau social fiable pouvant prétendre aux financements européens. Obtenir des aides supplémentaires venant du FSE nécessiterait un soutien plus affirmé de la part des pouvoirs publics français et polonais.

Analyse des populations cibles :

Total des personnes suivies : **185**

Nationalités

Polonais	90	49%
Bulgares	19	10%
Autres ressortissants européens *	22	12%
Russophones hors U.E	54	29%
Total	185	100%

* L'hétérogénéité de ces populations de nationalités différentes (roumains, tchèques, slovaques, serbes, estoniens, lettons et lituaniens) ne nous permet pas d'établir une analyse approfondie et globale.

POLONAIS

Nombre : **90** personnes, 49% de la file active.

- 79 Hommes et 11 Femmes.

La moyenne d'âge est de 42 ans (43 ans pour les hommes et 41 pour les femmes) avec un écart d'âge de 20 ans à 64 ans.

Année d'arrivée en France :

- 1990 pour la plus ancienne, 2009 pour la plus récente.
- 49 nouvelles personnes sont arrivées en 2009.

Lieu de vie

Rue	46	51%
Squat ou assimilé	8	9%
Centre d'hébergement ou hôtel social	23	26%
Appartement	13	14
Total	90	100%

Nous noterons l'importante proportion de personnes vivant à la rue et la difficulté de trouver des hébergements « sociaux » (via le 115 ou les services sociaux de droit commun). Les raisons de cet état de fait semblent être le faible niveau de français des personnes d'origine polonaise et la non-inscription dans des projets et des réseaux de travail légal, il en résulte une difficulté d'échange avec les travailleurs sociaux et les écoutants du 115 et l'impossibilité de répondre aux exigences de certaines structures d'hébergements (participation, projet professionnel, etc.).

Enfin, nous noterons la proportion relativement importante de personnes logées en appartement, généralement sans bail, ces personnes sont inscrites dans des réseaux de travail au noir.

Couverture sociale

Régime de base	2	2%
CMU C	27	30%
AME	28	31%
Couverture européenne	2	2%
Non affilié	31	35%
Total	90	100%

Les ouvertures de droits à la Sécurité Sociale sont l'une des démarches prioritaires de l'équipe et des travailleurs sociaux recevant cette population.

Les ressortissants communautaires doivent répondre aux exigences du « droit au séjour » afin d'obtenir une « Couverture Maladie Universelle » (CMU), les autres ne peuvent accéder qu'à l'« Aide Médicale d'Etat » (AME). De fait, la CMU est accordée aux personnes en bénéficiant avant 2008 et ayant renouvelé leur demande chaque année, et aux bénéficiaires du RSA (voir plus loin les conditions d'obtention du RSA). Seules deux personnes sont bénéficiaires du RSA dans la file active, les autres bénéficiaires de la CMU sont des personnes ayant prolongé leurs droits.

L'importante part des personnes non affiliées est la résultante de la plus grande exigence de la CPAM et la durée d'instruction des demandes d'AME.

Enfin, notons que deux personnes ayant un régime de base de la Sécurité Sociale ont jugé nécessaire de faire appel à nos services et se rendre sur l'une de nos permanences. Ce qui montre qu'un sentiment de précarité a gagné des couches de la population « plus insérée ».

Ressources

Sans ressource	81	90%
AAH	5	5%
RSA	2	2%
Retraite	1	1%
Assedic	1	1%
Autre	1	1%
Total	90	100%

Les 81 personnes sans ressource sont le reflet de la difficulté des ressortissants communautaires polonais à répondre aux exigences de la CAF quand au « droit au séjour ».

En 2009, nous avons accompagné 12 personnes bénéficiaires du RSA. La grande majorité des demandes est repoussée par la CAF car les usagers ne répondent pas à la condition de « droit au séjour ». Chaque situation nécessite alors une évaluation sociale précise pour savoir si les personnes n'ont pas ouvert auparavant ou en qualité d'ayant droit leur « droit au séjour ».

Notons que les communautaires polonais ne nécessitent pas de carte de séjour pour aucune démarche, ceux-ci étant dans l'espace Schengen et sur le marché du travail depuis le 1^{er} juillet 2008, cependant, cette exigence leur est régulièrement demandée par l'administration, à tort.

La jurisprudence accordant la poursuite du bénéfice à la protection sociale aux anciens bénéficiaires du RMI, ces derniers doivent faire valoir leurs droits auprès de la DASES et non plus auprès des services de la CAF (après un refus notifié par écrit ou une absence de réponse de la CAF).

A noter : plusieurs cas où la CAF n'a pas versé l'AAH pour ces mêmes raisons, même après accord de la MDPH.

Pour finir, nous remarquons qu'une personne touchant les Allocations de Retour à l'Emploi (ASSEDIC) a fait appel à nos services.

Consommations de substances psychoactives

Alcool	38	42%
Alcool + autres substances psychoactives	4	4%
Médicaments	2	3%
Absence de consommation	36	40%
Données manquantes	10	11%
Total	90	100%

Nous remarquons l'importante part de non-consommateur dans la file active. Nous voyons toute une frange plus insérée dans notre file active, ne consommant pas d'alcool ou occasionnellement.

La part de consommateur d'alcool est toujours importante mais la part de consommateur d'autres substances psychoactives est très faible malgré nos permanences dans les CAARUDs.

Statut sérologique

VIH	1	1%
VHC	4	4%
Sérologies négatives	39	44%

Le faible pourcentage de personnes infectées au VIH et au VHC est à relativiser par le taux de données manquantes principalement dû au faible taux de dépistage.

Nature de la première demande

Problème administratif/ social/juridique	72	72%
Problème de santé	12	12%
Manifestations psychiatriques	10	10%
Divers	6	6%
/ Total demandes *	100	(100%)

* Sur les 90 personnes reçues, au premier entretien, nous avons recensé 100 demandes.

La grande majorité des demandes est de nature sociale, administrative et juridique. Si ces demandes sont majoritairement liées à une nécessité de « survie » (accès au droit, à un logement, nourriture, etc.), il semble que leur augmentation est liée à la complexité croissante des démarches administratives.

Les demandes liées à des problèmes de santé sont plus faibles : il nous semble que les usagers informent les intervenants de leurs démarches liées à la santé mais ne les sollicitent plus autant. Ceux-ci ayant bien repéré le fonctionnement des institutions médicales.

Les demandes liées à une souffrance psychologique sont stables, ces données ne sont pas caractéristiques de l'activité des psychologues, ceux-ci travaillant en entretien informel et auprès des équipes, c'est-à-dire, un travail « sans demande ».

Antécédents d'hospitalisations psychiatriques = 8 (9%).

Suivi CMP = 1.

Problèmes de santé

Problèmes psychopathologiques	5	6%
Problématique addictive	19	21%
Comorbidité psychiatrie et addiction	3	3%
Problèmes somatiques	8	9%
Comorbidité addiction somatique	6	7%
Comorbidité psychiatrie somatique	2	2%
Pas de problème de santé	42	47%
Données manquantes	5	6%
Total	90	100%

Pour conclure, il apparaît qu'une importante partie de la file active (près de 50%) ont émigré dans l'année. Ces personnes semblent avoir eu une situation en Pologne mais déclarent émigrer pour des raisons économiques. Ces personnes sont plus insérées dans des réseaux de recherche de travail (par ailleurs elles travaillent souvent au noir).

Ces personnes éprouvent du fait de leur arrivée récente des difficultés concernant l'hébergement (d'urgence ou autre) et concernant l'accès au droit. Nous assistons à un allongement des procédures concernant notamment l'obtention de l'AME : justification des ressources, attestation que la personne n'est pas assurée dans un autre pays européen **établis** par le consulat, etc.

De même, l'obtention d'aides par les Caisses d'Allocations Familiales se complexifie que ce soit l'AAH (même après accord de la MDPH) que l'API (actuellement RSA).

Si ces difficultés sont particulièrement sensibles chez les nouveaux arrivants, les intra-communautaires arrivés de longue date éprouvent le même type de difficultés.

Profil de la population

Les causes d'immigration

Si la majorité de personnes rencontrées invoque des raisons économiques comme raison principale de migration, les liens qui sont noués permettant de mettre en récit l'histoire du sujet, nous montrent que le départ du pays d'origine se fait fréquemment sous forme de passage à l'acte après un événement déclencheur. Généralement, une rupture affective (divorce, décès du conjoint, etc.) chez des personnes ayant un parcours ponctué de ruptures, souvent précoces.

Il n'en reste pas moins que la tradition migratoire en Pologne est importante même dans les classes moyennes. Il ne faut donc pas négliger les raisons économiques invoquées par ces personnes qui sont le reflet d'un « mythe de la réussite à l'étranger » plus que d'une réalité économique. De fait, les personnes rencontrées par notre équipe ont une situation généralement plus précaire en France qu'en Pologne.

Enfin, cette année a vu la disparition de notre file active des migrants de la période communiste.

Profil

Les personnes rencontrées au cours de l'année 2009 vivent principalement seules (appartement au noir, squat ou assimilé, installations aménagées dans la rue) ou en petits groupes.

La majeure partie possède un faible niveau d'étude (CAP, lycée technique, etc.) et viennent de régions rurales.

Les nouveaux arrivants ont un profil moins précaire, plus investi dans les démarches concernant l'emploi. Il s'agit de personnes venant de Pologne mais aussi de pays européens comme l'Espagne ou l'Irlande ainsi que le reste de la France. Ces nouveaux arrivants entament leurs démarches plus rapidement, bénéficient généralement d'un réseau de

connaissance plus « fonctionnel » et présentent moins d'addictions et de troubles psychiques importants.

Il est toutefois à souligner que 2 personnes ayant un travail légal, des régimes de base de la Sécurité Sociale et des logements privés ressentent le besoin de faire appel à nos services, ce qui dénote que le sentiment de précarité sévit chez des personnes actuellement « insérées ».

D'autre part, toute une partie de cette population se compose de personnes présentes en France depuis quelques années : Souvent plus clochardisées, avec une prévalence de troubles addictifs et psychiques plus importante, s'inscrivant de façon très hétérogène dans les démarches sociales et de soins.

Enfin, nous observons l'existence, lors des maraudes notamment, d'une population très dégradée, vivant dans la rue, au regard de tous (bancs publics, métro, trottoirs, centre commerciaux, etc.) ne fréquentant que très peu nos permanences (dont certains connaissent l'existence). Ces personnes perdent fréquemment leur documents d'identité, n'entament que peu de démarches s'ils ont un référent social hors maraude et présentent une santé parfois très dégradée. Notre présence limitée par nos effectifs ne nous permet de participer régulièrement aux maraudes de nos partenaires et de nous engager davantage auprès de cette population.

HORS U.E. - POPULATION RUSSOPHONE

Nombre : **54** personnes, 29% de la file active.

- 41 Hommes et 13 Femmes.

La moyenne d'âge est de 42 ans (40 ans pour les hommes et 44 pour les femmes), avec un écart d'âge de 21 ans à 77 ans.

La moyenne d'âge reste très homogène entre les hommes et les femmes. Les proportions d'hommes et de femmes sont pratiquement identiques à l'année précédente même s'il est possible d'observer une très légère baisse chez les femmes.

Année d'arrivée en France :

- 1999 pour la plus ancienne, 2009 la plus récente.

Pays	Nombre de personnes	Arrivées en 2009
Arménie	2	1
Biélorussie	1	
Géorgie	5	4
Kazakhstan	2	1
Kirghizstan	6	4
Mongolie	2	2
Ouzbékistan	1	
Russes	15	3
Tchéchénie	5	
Ukraine	15	7 (31%)
Total	54	22

A noter que 41% des personnes de notre file active sont arrivées en 2009. Les ukrainiens représentent une grande majorité (31%) de cette nouvelle migration. Les raisons économiques seraient la cause première de leur départ. Cela concerne également les ressortissants du Kazakhstan et Kirghizstan.

Pour les gens du Caucase (géorgiens, arméniens) qui représentent 22% de nouveaux arrivants les raisons politiques restent la cause principale de migration.

Lieu de vie

Rue	15	28%
Squat ou assimilé	7	13%
Centre d'hébergement ou hôtel social	22	41%
Appartement	10	18%
Total	54	100%

Nous constatons que 59% de cette population parvient à avoir des hébergements plus ou moins stables, même si cela reste quand même très précaire. Ces personnes qui rencontrent beaucoup de problèmes sur le plan administratif parviennent à accéder aux hébergements plus facilement que d'autres populations que nous avons en suivi.

La question d'hébergement paraît prioritaire pour cette population. Ils acceptent donc plus facilement les conditions de vie proposées dans les centres d'hébergement d'urgence. D'autres, en qualité de demandeurs d'asile politique, peuvent bénéficier de l'hébergement en CADA. En revanche, tous les appartements sont des appartements loués en « noir ».

Les personnes qui restent dans la rue ou en squat présentent des troubles psychiatriques.

Couverture sociale

Régime de base	1	2%
CMU C	12	22%
AME	15	28%
Couverture européenne	4	7%
Non affilié	22	41%
Total	54	100%

59% de la population ont une couverture sociale, ce qui montre que nombreux bénéficient déjà d'un suivi social. Pour d'autres, la réalisation du dossier médical paraît compromise à cause des papiers d'identité perdus ou volés. Des documents quasiment impossibles à **refaire** parce que ces personnes sont en situation irrégulière et ne peuvent pas compter sur le soutien de leur ambassade. Le seul moyen pour certains d'entre eux serait de revenir au pays, ce qui leur est tout simplement inconcevable.

En rupture familiale ou sans famille, ils ne peuvent demander à personne de leur envoyer au moins l'extrait d'acte de naissance.

Une autre catégorie de personnes, qui présentent des troubles psychiatriques, cumule généralement l'ensemble de difficultés : perte de documents administratifs, ruptures familiales et l'incapacité à effectuer les démarches etc. Des situations qui paraissent quasi sans issue et pourtant c'est justement ces personnes qui auraient besoin de soin, impossible sans aucune couverture sociale.

Ressources

Sans ressource	49	91%
AAH	0	-
RSA	0	-
Retraite	0	-
Assedic	0	-
ATA	4	7%
RMI portugais	1	2%
Autre	0	-
Total	54	100%

Compte tenu de la complexité de la situation administrative et la quasi impossibilité de leur régularisation, ces personnes ne peuvent pas s'inscrire sur le marché de travail légal. Pour beaucoup, il faut reconnaître, travaillent « au noir ».

Les seules ressources légales que nous pouvons prendre en compte correspondent à l'allocation temporaire d'attente dispensée aux demandeurs d'asile politique.

Consommation

Alcool uniquement	6	11%
Alcool et d'autres substituts psychotropes	1	2%
Opiacés	1	2%
Cannabis	1	2%
Ne consomme pas	42	78%
Données manquantes	3	5%
Total	54	100%

Contrairement à ce que nous pourrions penser au sujet de cette population très précaire, les personnes semblent consommer très peu d'alcool ou de substances psychoactives. D'ailleurs, les statistiques montrent une nette baisse des problèmes d'addictions par rapport à l'année dernière. Cela pourrait s'expliquer par la spécificité des structures dans lesquelles intervient l'équipe Bociek qui sont avant tout les lieux d'accueil tout public.

Toutefois, courant de cette année, nous avons été très sollicités par les services spécialisés en addictions (toxicomanie) par le CSST 110 Les Halles, Gaïa, CSST Ego, CSST Sleep In, CSST-CSAPA Charonne, qui sont constamment confrontés à la population russophone des usagers actifs.

Statut sérologique

VIH et VHC	1	2%
VHC	7	13%
Aucune infection	34	63%
Données manquantes	12	22%

78% de personnes déclarent lors du premier entretien avoir fait leur dépistage. En effet, lorsque ces personnes arrivent sur nos permanences, plusieurs ont déjà des suivis socio-éducatifs engagés ailleurs. Cela concerne essentiellement les demandeurs d'asile politique ou ceux qui sont déjà passé par ce circuit. En tout cas, comme nous avons pu voir précédemment, beaucoup bénéficient de la couverture sociale, facilitant ainsi cette démarche médicale.

A noter que 15% de la population présentent un statut sérologique positif au VIH et VHC.

Nature de la première demande

Problème administratif/ social/juridique	32	59%
Problème de santé	9	17%
Manifestations psychiatriques ou psychopathologiques	13	24%
Divers	0	-
Total	54	100%

Les demandes administratives, sociales et juridiques constituent la majorité de demandes. Toutefois, nous tenons à souligner le nombre important de demandes (24%) qui concernent les suivis de type de soutien psychologique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que nombreux sont ceux qui ont déjà des prises en charge socio-éducatives ailleurs, ce qui n'enlèvent pas pour autant l'état de souffrance psychique dans lequel ils se trouvent.

Antécédents d'hospitalisations psychiatriques

Hospitalisation	4	7%
CMP	0	-
Pas d'hospitalisation	47	87%
Données manquantes	3	6%
Total	54	100%

Lors de la première rencontre, 7% déclarent avoir été déjà hospitalisés en psychiatrie que ce soit dans le pays d'origine ou en France. Nous pensons que ce chiffre est sous évalué.

Problèmes de santé :

Problèmes psychopathologiques	9	17%
Problématique addictive	4	7%
Comorbidité psychiatrie et addiction	0	-
Problèmes somatiques	13	24%
Comorbidité addiction somatique	5	9%
Comorbidité psychiatrique somatique	0	-
Pas de problème de santé	23	43%
Données manquantes	0	-
Total	54	100%

En effet, nous avons identifié 17% de personnes qui semblent présenter des troubles psychopathologiques et nécessiteraient des prises en charge en psychiatrie. L'accès à ce type de soin reste toujours aussi difficile. La barrière linguistique reste toujours la cause première. Mais aussi parce que ces personnes, en errance depuis plusieurs années, ont perdu leurs papiers d'identité, quasi impossible à refaire et ne peuvent accéder à une couverture sociale.

BULGARES

Caractéristiques des personnes suivies

Au mois de septembre 2009 l'équipe Bociek a accueilli deux éducateurs bulgarophones. La demande de la population bulgare s'était déjà manifestée lors des interventions de la psychologue-stagiaire bulgarophone au cours de l'année 2009.

Du mois de septembre jusqu'à fin décembre 2009, nous avons rencontré et suivi, lors de nos tournées de maraudes, 19 personnes d'origine bulgare.

Nous avons effectué des maraudes en partenariat avec l'Association Aurore, le DPP de la ville de Paris, la Croix Rouge et le SAMU. Nous nous sommes aperçus que le plus grand nombre de bulgares rencontrés vit au Bois de Vincennes et au bord du Périphérique Est de Paris. Nous avons orienté certaines de ces personnes vers nos permanences à l'Arche d'Avenir où nous travaillons en étroite collaboration avec les travailleurs sociaux.

Nombre : 19 personnes, 10% de la file active.

- 15 Hommes et 4 Femmes.

La moyenne d'âge est de 46 ans (49 ans pour les femmes et 44 pour les hommes), avec un écart d'âge de 26 à 60 ans.

Année d'arrivée en France :

- 1996 pour la plus ancienne. La majorité des personnes rencontrées sont arrivées en 2009.

Une partie d'entre elles avant d'arriver en France, a séjourné dans d'autres pays européens comme l'Espagne, le Portugal, l'Italie, les Pays-Bas.

Lieu de vie

Rue	5	26%
Bois de Vincennes	4	21%
CHU	8	42%
Hébergés par 115	2	11%
Total	19	100%

Couverture sociale

AME	11	58%
CMU	1	5%
Non affilié	6	32%
En cours	1	5%
Total	19	100%

Ressources

Sans ressource	17	90%
RSA	1	5%
Assedic	1	5%
Total	19	100%

Consommation des substances psychoactives

Alcool	1	5%
Ex Héroïne	1	5%
Ne consomme pas	17	90%
Total	19	100%

Statut sérologique

VIH et VHC négatif	4	21%
Aucune information	8	42%
Données manquantes	7	37%
Total	19	100%

Nature de la première demande

Problème administratif	6	32%
Problème d'hébergement	3	16%
Problème de santé	2	10%
Recherche de travail	4	21%
Divers	3	16%
Retour au pays	1	5%
Total	19	100%

Antécédents d'hospitalisation psychiatrique

Hospitalisation	1	5%
Pas d'hospitalisation psychiatrique	16	84%
Données manquantes	2	11%
Total	19	100%

Problématique de santé

Divers problèmes de santé	9	47%
Problématiques psychopathologiques	1	6%
Pas de problème de santé	9	47%
Total	19	100%

LES CAUSES D'EMIGRATION

Les principales causes de leurs émigrations sont des raisons économiques. Une partie d'entre eux vient de régions rurales dont la majorité des revenus provenait de la récolte du tabac. D'autres ont été licenciés lors de la fermeture des usines.

PROFIL

Parmi la population bulgare rencontrée nous pouvons définir trois catégories :

- **Bulgares bulgarophones.**
- **Bulgares turcophones.**
- **Roms bulgarophones et turcophones.**

Ils vivent en groupes ou en petites communautés, comme les campements que nous avons pu observer au Bois de Boulogne, au Bois de Vincennes et au bord du périphérique.

La totalité des bulgares suivis possèdent leurs papiers d'identité bulgare (passeport ou carte d'identité nationale). Deux personnes ont obtenu leurs titres de séjour.

Le baccalauréat est le niveau d'étude des personnes provenant de grandes villes.

En ce qui concerne les personnes habitant dans les campements du périphérique ils viennent des régions avec une forte représentation des roms : Targovishte, Varna, Plovdiv, Shumen. Dans sa majorité cette population a un niveau d'étude primaire.

Après une évaluation de la nature de leur demande nous orientons le public bulgare vers les équipes sociales des centres partenaires et nous les encourageons à suivre des cours de français mis à disposition par ces centres.

Il est difficile pour certaines personnes d'entreprendre des démarches administratives ou de santé tout seul. D'une part il y a la barrière linguistique, d'autre part ils ignorent leurs droits et les dispositifs. Souvent l'information liée à l'hébergement, au travail, à l'aide d'insertion est mal comprise ou mal interprétée. Nous sommes très sollicités lors des rendez-vous médicaux et les démarches administratives juridiques et autres. Le temps de travail que nous partageons (2 éducatrices à mi temps) n'est pas suffisant. Si, pour les statistiques nous nous basons sur 19 personnes, lors des maraudes et dans d'autres structures nous avons rencontré environ une cinquantaine de personnes. La demande d'orientation et d'accompagnement augmente progressivement.

Lors de nos permanences et accompagnements nous rencontrons également beaucoup de personnes ayant des problèmes d'ordre psychologique que nous ne sommes pas en mesure de résoudre. D'où la nécessité de recruter 1 psychologue bulgarophone qui faciliterait le travail de notre équipe et l'investissement des personnes suivies dans une démarche personnelle et sociale.

DEMANDES

Les principales demandes des personnes bulgares sont liées aux problèmes administratifs et surtout la recherche d'emploi. Pour les bulgares qui souhaitent travailler en France, reste en vigueur l'obligation d'obtenir une autorisation de travail ce qui complique les démarches administratives. La demande d'hébergement reste en deuxième position.

SANTE / ADDICTIONS

Nombreuses sont les personnes qui présentent des troubles psychologiques et que nous orientons vers la stagiaire psychologue bulgarophone.

La majorité de nos suivis déclare n'avoir pas de problème d'addiction, or pendant nos accompagnements nous nous sommes aperçues que la dépendance à l'alcool est bien présente.

Pour les addictions aux substances illicites nous avons rencontré une personne, ancien consommateur d'héroïne qui présente des troubles psychologiques et qui souffre d'Hépatite B et C.

Pour qu'ils puissent accéder aux soins et à l'ouverture de leurs droits /AME/ nous les accompagnons dans leurs démarches auprès de la CPAM.

ORIENTATIONS

Pour de nombreuses démarches administratives, nous sollicitons les services des assistantes sociales qui exercent dans les structures partenaires : **L'Arche d'Avenir, Aux captifs la libération, l'Halte Saint Didier, Caarud Beaurepaire**. Malgré leur bonne volonté, elles ne sont pas toujours disponibles et ne peuvent pas constamment répondre à nos demandes de plus en plus nombreuses. La présence à plein temps d'une assistante sociale épaulerait le travail de toute l'équipe de Bociek et accélérerait les procédures entreprises où à entreprendre.

Etude de cas :

Nous avons rencontré Madame K., son fils de trois ans et son conjoint au début du mois de décembre lors d'une maraude avec le DPP de la ville de Paris. Ils s'étaient installés dans un campement avec une dizaine de personnes au bord du périphérique Est. Nos partenaires de la DPP n'étaient pas sûrs s'il s'agissait de personnes parlant le bulgare ou le roumain. Dès leur approche nous avons rapidement constaté que c'était des personnes bulgares turcophones.

Dans notre conversation nous avons appris qu'ils sont installés à cet endroit depuis plusieurs mois. Madame K. avait appelé le 115 au mois de juillet. On lui avait demandé de faire un suivi médical pour l'enfant. Ne parlant pas la langue et s'orientant difficilement toute seule dans les transports en commun parisiens, elle avait abandonné la démarche.

Après le signalement que l'assistante sociale a fait auprès de l'ASE, nous avons contacté également le 115. De nouveau il était exigé que l'enfant soit vu par un médecin. Cette fois-ci nous avons pu proposer à Madame K. un accompagnement dans sa langue d'origine. Un rendez-vous a été pris auprès d'une PMI où l'enfant peut avoir un suivi médical régulier. La famille est également suivie par l'assistante sociale d'un centre médico-social ce qui a facilité la mise en place des diverses démarches administratives.

C'est un exemple, parmi tant d'autres, de l'utilité de notre intervention auprès d'une population qui ne parle pas forcément la langue ou très peu. La peur, la méfiance de l'autre et de l'inconnu font surgir des comportements qui paraissent non adaptés ou mal placés entre les divers interlocuteurs. Souvent il s'agit de codes culturels mal interprétés ou maladroitement utilisés qui ont besoin d'une connotation culturelle pour éviter les ambiguïtés.

ANNEXE

PERMANENCES

- **Arche d'Avenirs - Association Mie de Pain**

107, rue Regnault 75013 Paris Métro Porte d'Ivry Ligne 13

Tél. : 01 44 06 96 88

Accueil tout public

Mercredi une semaine sur deux de 9h à 12h - Psychologue russophone

Mercredi de 13h45 à 17h - Educatrice bulgarophone

Jeudi de 9h à 12h - Psychologues russophone et polonophone

- **CAARUD Beaurepaire - Association Charonne**

9, rue Beaurepaire 75010 Paris Métro République

Tél. : 01 53 38 96 20

Problématiques addictives

Mardi de 10h à 13h - Educatrice polonophone et Psychologue polonophone

Jeudi de 10h à 13h - Psychologue polonophone et Educatrice bulgarophone

- **La Halle Saint Didier- ESI-**

23, rue Mesnil 75016 Paris Metro : Victor Hugo ligne 2

Tél. : 01 53 70 48 88

Accueil tout public

Mardi de 13h30 à 17H - présence de Psychologue russophone

Vendredi 9h à 12h30 - Présence de Psychologues polonophones

- **ESI Halte Lyon**

Place Henri Fresnay 75012 Paris Metro : Gare de Lyon

Tél. : 01 43 44 33 99

Mercredi de 14h à 17h une semaine sur deux - Educatrice polonophone

- **Itinérance**

61, bd Magenta 75010 Paris Métro : Jacques Bonsergent

Tél. : 01 40 05 54 87

Accueil sur RV et sous conditions (entretiens familiaux, individuels (hommes-femmes))

Mercredi de 14h à 17h une semaine sur deux - présence de Psychologues polonophone et russophone et Educatrice polonophone

Mercredi de 14h à 17h une semaine sur deux - présence d'Educatrice bulgarophone

Cours d'alphabétisation

Mercredi de 13h à 15h- animés par l'Educatrice polonophone

- **CSST 110 Les Halles**

110, rue Saint Denis 75002 Paris métro : Réaumur Sébastopol

Tél. : 01 55 34 76 20

Problématique addiction

Jeudi de 14h30 à 17h30 - présence de Psychologue russophone

MARAUDES

Un vendredi sur deux :

- DPP : maraudes polonophones et bulgarophones (Bois de Vincennes, Les portes de Paris, Les espaces publics de Paris sur tous les quartiers)

Un mardi sur deux :

- Cœurs des haltes : maraude polonophone (Paris 12^{ème})

Une fois par mois :

- Croix Rouge : maraude polonophone et bulgarophone : Paris 11^{ème} et d'autres signalements

Une fois par mois :

- Antenne Mobile de l'Association Charonne : maraude bulgarophone en direction des prostituées