

Association Charonne

Président : Louis JOINET

Président d'honneur : Dr Rodolphe INGOLD

Directrice Générale : Catherine PEQUART

RAPPORT D'ACTIVITE 2008

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

administration@charonne.asso.fr

INTRODUCTION

Le présent rapport d'activité 2008 est rédigé un an après la passation de la direction de l'association de Perlette PETIT, sa fondatrice, à Catherine PEQUART auparavant Directrice Médicale, ceci dans la continuité de la vie de l'association et du développement de ses projets. Le bureau a été très présent pour cette première année d'exercice de la nouvelle direction, et l'aide de Perlette PETIT sur certains dossiers et actions a été précieuse (projets immobiliers et travaux, suivi du projet BOCIEK).

1. Sur le plan de la démarche d'évaluation, l'association a donc lancé un processus d'évaluation interne, sous l'impulsion de sa Référente Qualité Magali FEGER avec l'aide technique du cabinet conseil « Formations et Développements ». Les rapports d'évaluation devraient être finalisés fin 2009, mais de nombreux éléments seront disponibles en cours de route, en particulier pour alimenter la réflexion autour de la rédaction du projet CSAPA.

A noter que les CAARUDs ont du créer leur propre référentiel, en l'absence de document disponible dans ce champs précis de l'action médico-sociale.

2. Un certain nombre de perspectives inscrites dans les Projets des Etablissements (2006-2007) de Charonne se sont concrétisées en 2008 :

- Le développement des activités de groupe... sous l'impulsion des équipes éducatives. Initiées au niveau du CSST (Sorties socio-thérapeutiques), elles se sont développées sur avec la participation du CAARUD 10 (atelier Guitare et Musique), puis à l'initiative du CAARUD 18 (atelier Art et Prévention, atelier Vidéo, plus récemment sorties socio-thérapeutiques...).
- Le développement d'un groupe d'expression des usagers au sein du CSST, avec le soutien d'ASUD (dans le cadre de la convention partenariale ANIT - ASUD pour le développement du droit des usagers dans les établissements).
- L'extension des ACT de 8 à 10 places.
- Et surtout la résolution des problèmes de locaux :
 - Déménagement Porte de La Chapelle 58 boulevard Ney pour le CAARUD 18, même si la solution ne s'inscrit pas dans la pérennité souhaitée. Le projet du CAAUD devra être relu à la faveur de ce déménagement.
 - Extension des locaux du CSST et du CHS, sur des locaux voisins, donc sans avoir à négocier les problèmes liés à une relocalisation. Ce faisant l'équipe des ACT sera également rapatriée sur ce même site (rue Giffard-Paris 13^{ème}).

3. On notera pour le CSST une augmentation de l'activité de la Consultation Jeunes Consommateurs, qui vient drainer un nouveau public, plus jeune, moins désocialisé, mais présentant néanmoins des problématiques addictives sérieuses. Cette nouvelle porte d'entrée vient compenser une diminution du renouvellement de la file active, liée à l'augmentation des durées d'hébergement dans l'objectif de stabilisation qui traverse l'ensemble du champ social.

4. 2008 a été la première année de plein exercice pour le CHS et pour l'équipe mobile BOCIEK :

Le CHS a pris le relais avec un nouveau souffle d'une expérience déjà ancienne.

BOCIEK cherche encore sa consolidation et pérennisation.

A noter le succès de la journée « Migration au sein de l'Union Européenne, Précarité et santé » organisée dans le cadre du projet européen « guichet unique pour la mobilité ».

5. Au niveau du CAARUD Beaurepaire où BOCIEK a initié son projet, de nouvelles perspectives d'action sont en réflexion par rapport à des groupes spécifiques (actuellement des indiens originaires du PENJAB, de longue date en errance sur Paris, et présentant essentiellement des problèmes d'alcoolisme). Travailler avec ces groupes est l'occasion de développer de nouveaux savoirs-faire et partenariats (Coordination Toxicomanie), et de faire valoir des pratiques de RDR / consommations d'alcool.
6. Enfin, le mouvement vers des partenariats inter-associatifs se concrétise et se radicalise :
 - Projet de recherche sur les « pipes crack » (sur pilotage scientifique de l'InVS) et autres projets de Réduction Des Risques entre CAARUDs du Nord-Est Parisien ,
 - travail partenarial dans le cadre d'EPIS (Ensemble Pour l'Insertion Sociale) devenue EPICEA (Ensemble - Prévention - Insertion - Soins - Evaluation en Addictologie),
 - rapprochement d'autres CSST dans la perspective des CSAPA.En témoignent la formalisation de conventionnements divers (inter-CAARUDs avec Marmottan, avec l'association Aurore-Itinérances, avec l'OFDT...). Par ailleurs, l'association Charonne soutient à partir de 2008 l'administration et les personnels des projets TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) et SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances), sur Paris Ile De France.
7. Le CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes) de Charonne doit en 2009 être autorisé pour 3 ans comme CSAPA (Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie). Les pouvoirs publics poussent aux rapprochements des gestionnaires et aux rapprochements des projets pour des établissements de plus ample surface et solidité. Des mouvements ont été opérés avec des associations portant des projets convergents avec ceux de Charonne (NOVA DONA, GAIA Paris). Des réunions entre directeurs et membres des Conseils d'Administration sont en place. Sans présager de la forme de ces rapprochements (les voies sont nombreuses et diverses : partenariats, groupements, mandats de gestion, fusion, création d'une nouvelle entité...), ces partenaires en sont à vérifier leurs convergences à travers leurs écrits : Statuts, Projets associatifs, Projets d'établissements antérieurs... Chaque association ira vraisemblablement au CROSMS pour son compte propre, mais devrait faire figurer dans son projet CSAPA les champs de partenariats (filières de soin en matière de Traitements de Substitution Opiacés, projets de soins sur les hépatites, mise en commun au niveau des gestions administrative et financière...).
8. Pour se mettre en capacité de faire face à cette situation nouvelle, le Conseil d'Administration de l'association Charonne a commandité un audit organisationnel, qui débutera dans les jours qui viennent et rendra son rapport à fin juin, avec différentes perspectives de développement et d'organisation. Ce retour s'effectuera à différents niveaux : Conseil d'Administration, Direction, Instances Représentatives du Personnel et ensemble des personnels, partenaires. Il viendra, ainsi que les rapports d'étape de l'évaluation interne alimenter le projet de CSAPA. En matière de rapprochements, chaque étape dans les préconisations de l'AUDIT pourra constituer une finalité, permettant de poursuivre la démarche ou de l'arrêter en tirant les bénéfices acquis.

POINT D'ETAPE SUR LE PROCESSUS D'EVALUATION INTERNE

Magali FEGER, Référente Qualité

Le processus de l'évaluation interne a débuté en septembre 2007 avec le choix de faire appel à un cabinet conseil « Formations et Développements » et de créer un poste à mi-temps de « Référent Qualité » en août.

Un comité de pilotage (puis de suivi) s'est mis en place dès octobre 2007.

Une information fut délivrée auprès de chaque équipe sur un rappel de la Loi 2002, les enjeux de l'évaluation interne et son application dans l'institution.

Les ACT ont utilisé le référentiel de la FNHVIH, sachant que Charonne avait participé à son élaboration au sein du « Comité Opérationnel Qualité » de la fédération.

Pour le CSST et le CHS, le référentiel de l'ACME (Association des Centres Méthadone de l'Est- région Alsace) qui était alors le seul disponible sur le secteur. Une formation a été montée en janvier 2008 avec 3 autres associations parisiennes gérant des CSST. La démarche d'ACME a porté sur la construction d'un cadre général pour l'action auprès des usagers ou pour l'organisation des établissements.

En termes de passation, nous nous sommes inspirés de cet outil dans sa forme résumée pour les procédures. Mais pour chacune d'entre elles, l'ACME proposait un mode de mesure des écarts que nous n'avons pas retenu, préférant que les professionnels puissent les décliner par eux-mêmes.

Les salariés ont été amenés à travailler en plusieurs groupes respectant les critères de transversalité des services / établissements (CSST-CHS) et de pluridisciplinarité. Les procédures ont été réparties de manière à bénéficier des regards croisés de chaque groupe sur chaque critère.

Les CAARUDs ont été amenés à élaborer leur propre référentiel, faute d'outil existant, construction qui a eu lieu de janvier à mai 2008. Les deux équipes des 10^{ème} et 18^{ème} arrondissements ont travaillé dans des groupes mixtes. Leur postulat a été de décliner les missions attribuées aux CAARUDs. En amont, ils avaient également pris connaissance des référentiels CHRS+, FNHVIH, des centres de santé (HAS). Forts de la richesse des échanges, nous avons conservé la mixité des groupes dans la phase de mise en œuvre de l'évaluation lors de la passation du référentiel.

Un groupe transversal, respectant la représentativité des établissements et des fonctions au niveau institutionnel, a traité des dimensions déterminées par la FNHVIH : éthique et déontologie professionnelle, gestion des ressources humaines et matérielles, processus de Direction. Durant l'élaboration, nous avons retenu des procédures de la FNHVIH et de l'ACME.

Afin de consulter les usagers, nous nous sommes appuyés sur le groupe d'expression du CSST-CHS qui se déroule tous les deux mois, en présence d'un représentant d'ASUD. Il a ainsi évolué en comité consultatif des usagers. Ses participants ont contribué tant à la

construction du questionnaire qu'à la réflexion sur la méthodologie de passation auprès de l'ensemble des personnes accueillies dans ces deux établissements, afin de recueillir des réponses argumentées. Cette approche a également été retenue pour les ACT.

Le pôle CAARUD sera amené à réfléchir courant 2009 à des modalités de consultation efficaces pour les publics reçus.

Dans le cadre de la construction du référentiel de l'ANITeA, plusieurs professionnels ont participé aux séances de travail et Charonne a mis à disposition le référentiel élaboré par les CAARUDs.

A ce jour, les ACT, le CSST et le CHS élaborent leur plan d'actions d'amélioration et des professionnels prennent progressivement connaissance de l'ensemble des recommandations de l'ANESM en vue d'une transversalité de la réflexion.

Les CAARUDs terminent l'utilisation du référentiel et commenceront la synthèse dans quelques semaines.

Avril 2009

- SOMMAIRE -

LE CSST ET SES ACTIVITES D'HEBERGEMENT

LES PUBLICS REÇUS EN 2008	<i>Page 1</i>
L'ACTIVITE AMBULATOIRE DU CENTRE DE SOINS <i>Données qualitatives et quantitatives</i>	<i>Page 9</i>
LA CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS	<i>Page 29</i>
L'ACTIVITE D'HEBERGEMENT	
- Les réseaux hôteliers	<i>Page 36</i>
- Les Appartements Thérapeutiques Relais	<i>Page 46</i>

LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

Page 56

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

LE CENTRE BEAUREPAIRE	<i>Page 71</i>
------------------------------	----------------

LA BOUTIQUE 18	<i>Page 84</i>
-----------------------	----------------

- <i>L'Espace Mixte</i>	<i>Page 86</i>
-------------------------	----------------

- <i>L'Espace Femmes</i>	<i>Page 105</i>
--------------------------	-----------------

- <i>L'Antenne Mobile</i>	<i>Page 120</i>
---------------------------	-----------------

Le Centre d'Hébergement de Stabilisation

Page 126

Le réseau Bociek

Page 142

***LE CENTRE SPECIALISE DE SOINS
AUX TOXICOMANES***

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**

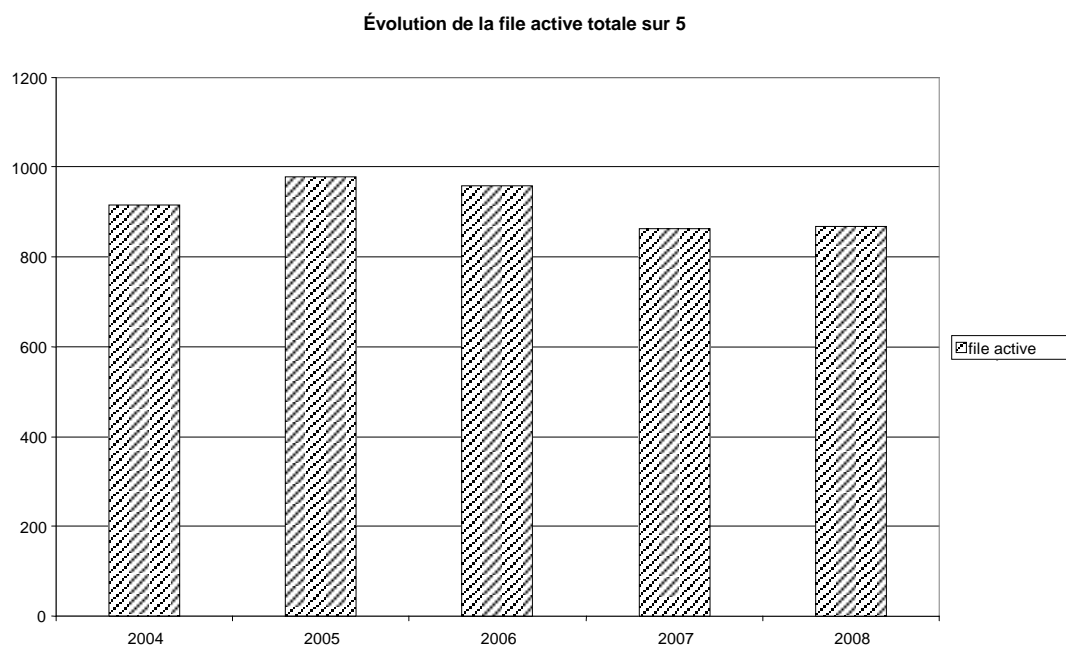
LES PUBLICS RECUS EN 2008

FILE ACTIVE 2008

(y compris Consultation Jeunes Consommateurs)

867 usagers de drogues ont consulté le CSST, 711 hommes (82%) et 156 femmes (18%). 378 sont « nouveaux » (44%). 116 personnes ont été reçues dans le cadre de la Consultation Jeunes Consommateurs.

La file active est presque égale à celle de 2007, à ceci près que la part de la Consult' (Consultation Jeunes Consommateurs) a sensiblement augmenté (+33%), et donc celle du CSST hors jeunes consommateurs poursuit sa tendance à la diminution (-3%). La Consult' vient clairement compenser ce déficit, et créer une nouvelle porte d'entrée dans le soin. A travers ce pan d'activité du CSST d'une part, et la présence dans ses murs du CHS d'autre part, le nombre de nouveaux patients reste relativement stable (352 en 2007 pour 378 en 2008).



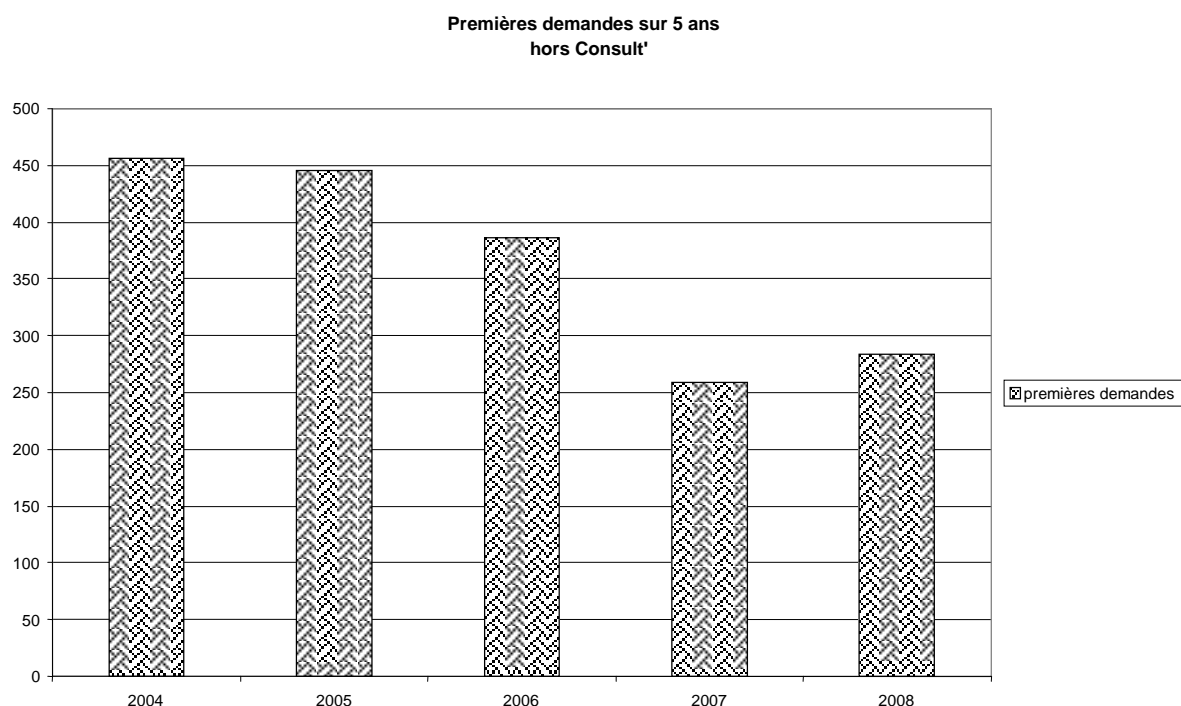
En 2007 La baisse de fréquentation avait été interrogée et plusieurs hypothèses avaient été avancées :

- frein donné aux premières demandes après une période critique (sur-fréquentation, troubles des comportements en salle d'attente)
- départ d'un médecin dont la consultation était très fréquentée
- allongement des temps de séjours hôteliers, allant dans le sens de l'idée de stabilisation, mais faisant une moindre place à l'urgence et au turn-over des patients¹.

L'analyse des données 2008 permettent de préciser que cette troisième hypothèse paraît pré-éminente. L'absence de délais aux premières demandes (rendez-vous donné sous huitaine) ne corrobore pas une quatrième hypothèse à savoir un manque de disponibilité du fait des temps

¹ Du fait de la loi DALO et du passage de la plupart de nombreux CHRS en CHS, le turn-over des hébergements s'est réduit ce qui apparaît comme un fait positif pour les bénéficiaires, mais qui participe aussi à la saturation du dispositif. Ainsi le SAMU Social de Paris qui reçoit quelques 1 200 appels par jour ne dispose plus au quotidien que de 120 places environ pour répondre aux demandes.

passés hors d'une activité directement clinique et d'accueil (élaboration participative des projets, évaluation interne, synthèses avec les partenaires extérieurs, activités de groupes), temps qui doivent être valorisés et situés dans leur impact sur la disponibilité d'accueil des professionnels.



93 personnes (10%) ont été **vues une seule fois** dont 59 nouveaux (7%). Soit une diminution franche par rapport à 2007 avec division par 3 du nombre des perdus de vue après un premier contact.

MODES D'ACCES AU CSST

Orientations d'amont (origine de la demande de consultation)

Orientation initiale	File active totale		Nouveaux	
Initiative du parent ou des proches	407	48%	144	38%
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / CAARUD...)	218	25%	95	25%
Institutions et services sociaux	50	6%	33	9%
Médecin de ville	5	5%	2	4%
Equipe de liaison	7		4	
Autre hôpital / autre sanitaire	30		11	
Justice obligation soins	32	11%	26	17%
Justice injonction thérapeutique	34		19	
Justice - Classement orientation	13		10	
Autres mesures administratives ou judiciaires	15		10	
Autres	43	5%	22	6%
Non renseigné	13	1%	2	1%
Total	867		378	

Les usagers accèdent au CSST d'abord par le bouche à oreille et l'orientation d'autres structures médico-sociales.

A noter 55 personnes ont été orientées à partir des CAARUDs (CAARUD de l'association Charonne ou autres CAARUDs) soit 6% pour l'ensemble de la file active et 5% pour les nouveaux patients. On soulignera ici que même si la fonction des CAARUDs ne doit pas être limitée et évaluée sur les seules orientations vers le soin, l'articulation CSST - CAARUD doit constituer de part et d'autre un objectif de travail.

Les orientations judiciaires sont également en progression, ce malgré l'absence de conventionnement spécifique avec la justice.

Types de demandes

Demande(s) principale(s)	File active globale		Nouveaux patients	
Sevrage	73 (4%)	14%	39 (5%)	11%
Substitution	179 (10%)		41 (6%)	
Soutien psychologique	255 (14%)	14%	116 (16%)	16%
Soutien socio-éducatif	375 (20%)	35%	157 (21%)	32%
Soutien matériel	70 (4%)		19 (3%)	
Accompagnement administratif	203 (11%)		60 (8%)	
Hébergement ponctuel	161 (9%)	31%	56 (8%)	31%
Hébergement individuel	363 (19%)		158 (21%)	
Hébergement collectif	54 (3%)		18 (2%)	
Autre	141 (8%)	8%	75 (10%)	10%

(% données connues)

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

Les demandes sociales et d'hébergement sont les plus importantes, autour de 65%, suivies des demandes médicales concernant les consommations de substances psychoactives et enfin les demandes de soutien psychologique.

Dans le secteur médico-social de l'intervention en toxicomanie, l'association Charonne a toujours été positionnée sur l'accompagnement des plus précaires. Mais si cette tendance se retrouve aujourd'hui sur l'ensemble des CSST, le risque souvent souligné pour les CAARUDs de laisser la précarité limiter le champ de la RDR vaudrait aussi pour le soin.

CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ACCUEILLIES

Caractéristiques socio-démographiques

Sur 867 personnes, 82% (711 personnes) sont des hommes et 18% (156) sont des femmes.

Classes d'âge	Total file active		Nouveaux	
<20 ans	39	4%	30	8%
Dont <18 ans	10	1%	8	2%
20-24 ans	72	8%	52	14%
25-29 ans	87	10%	56	15%
30-39 ans	268	31%	109	29%
40-49 ans	311	36%	104	28%
50-59 ans	79	9%	23	6%
60 ans et +	11	1%	4	1%
Total	867		378	

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 selon les nécessités particulières de suivi (médical, assistant de service social, consultant juridique...).

Lieu d'ancrage Domiciliation	Total file active		Nouveaux	
75	685	81%	302	81%
Autre IDF	151	18%	69	18%
Autre région	11	1%	2	~ 0%
Sans information	20	-	5	-
Total	867		378	

(% données connues)

Logement	Total file active		Nouveaux	
Durable	261	31%	111	30%
Précaire	379	45%	155	41%
SDF	209	25%	108	29%
Sans information	18	-	4	-
Total	867		378	

(% données connues)

Ressources	Total file active		Nouveaux	
Revenus du travail	246	30%	97	27%
Assedic	54	7%	23	6%
RMI	219	27%	100	28%
AAH	100	12%	28	8%
Autres prestations sociales	3	<1%	2	1%
Aide d'un tiers	41	1%	26	7%
Sans ressource	156	19%	80	22%
Sans information	48	-	22	-
Total	867		378	

(% données connues)

Couverture sociale	Total file active		Nouveaux	
CMU Base + CMUC	293	33%	115	30%
AME	31	4%	8	2%
Régime général SS	146	17%	69	18%
100% ALD	214	24%	101	27%
SS + Mutuelle	136	15%	60	16%
Aucune	47	7%	25	7%
Total	867		378	

(% données connues)

Malgré la grande précarité des publics du CSST, seuls 7% des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture sociale - y compris parmi les nouveaux patients. Il n'empêche que certains se retrouvent périodiquement en rupture de CMUC ou de renouvellement d'AME, faute d'avoir entrepris à temps les démarches nécessaires à leur renouvellement.

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	210	134		344	40%
Tabac	-	232	635	867	100%
Cannabis et dérivés	165	103	-	268	31%
Héroïne	257	87	-	344	40%
Subutex® hors prescription	30	24	-	54	6%
Méthadone® hors prescription	-	-	-	-	-
Sulfates de morphine	37	23	-	60	7%
Dérivés codéinés	4	2	-	6	<1%
Cocaïne	50	106	-	156	18%
Crack	82	69		151	17%
Amphétamines	2	3		5	<1%
Ecstasy	4	6		10	5%
Antidépresseurs	2	6		8	<1%
Barbituriques	2	1		3	<1%
Benzodiazépines	20	40		60	7%
Autres hypnotiques	2	5		7	<1%
LSD et autres dysléptiques	-	8		8	<1%
+Autre substance	-	2		3	<1%
Non renseigné	-	16	232	-	-
Total	867	867	867	867	

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	105	43		148	39%
Tabac	-	84	294	378	100%
Cannabis et dérivés	111	42	-	153	40%
Héroïne	58	61	-	119	31%
Subutex [®] hors prescription	14	13	-	27	7%
Méthadone [®] hors prescription	-	8	-	8	2%
Sulfates de morphine	20	14	-	34	9%
Dérivés codéinés	0	3	-	3	<1%
Cocaïne	25	52	-	77	20%
Crack	34	26		60	16%
Amphétamines	1	2		3	<1%
Ecstasy	1	2		3	<1%
Antidépresseurs	2	4		6	2%
Barbituriques	0	1		1	<1%
Benzodiazépines	5	13		18	5%
Autres hypnotiques	2	3		5	1%
LSD et autres dysléptiques	-	5		5	1%
+Autre substance	-	2		2	<1%
Non renseigné	-	-	84	-	-
Total	378	378	378	378	

Les produits consommés par ordre de fréquence des consommations :

- le tabac (~100% des usagers)
- les opiacés (~ 40% sur l'ensemble de la file active, ~ 44% chez les nouveaux patients)
- l'alcool (autour de 40%)
- les cocaïniques (autour de 35%)
- les cannabinoïdes (31% / 40% chez les nouveaux patients)

L'usage des cocaïniques poursuit son augmentation. Les médecins du CSST sont maintenant formés quant aux différents essais thérapeutiques sur les traitements cocaïniques sans être parvenus à y participer de façon formelle et satisfaisante.

La mobilisation sur la dépendance tabagique doit se poursuivre (embauche d'un médecin ayant des compétences en tabaccologie, projet proposé au GRSP pour une meilleure accessibilité des traitements de sevrage tabagique). ù

Mode d'usage Produit n°1	Total file active		Nouveaux	
Usage à risque	78	11%	38	13%
Usage nocif	111	16%	58	19%
Dépendance	495	72%	206	68%
Données manquantes	183	-	76	-
Total	867		378	

(% données connues)

Usage voie intraveineuse	Total file active		Nouveaux	
Dans le mois précédent	71	9%	33	9%
Antérieurement	278	35%	78	22%
Jamais	453	56%	242	69%
Non renseigné	65	-	25	-
Total	867		378	

(% données connues)

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION OPIACES

Patients sous T.S.O.*	File active totale		Nouveaux patients	
Méthadone®	184	21%	59	16%
B.H.D.	200	23%	60	16%
Sulfates de morphine	10	1%	4	1%
Autres	1	~ 0%	1	<1%
Total	395/867	46%	124/378	33%

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

46% des personnes reçues sont sous TSO, proportion un peu inférieure à celle de 2007 (-4%).

En 2008, 12% environ des patients substitués déclarent détourner ces traitements (injectés, sniffés, fumés, mélangés...).

Evolution Subutex® / Méthadone® sur 5 années

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

L'écart B.H.D. - Méthadone® continue de se réduire au fil des années.

On ne dispose pas des chiffres différentiels B.H.D. générique / Subutex®. La plupart des patients sont réticents à la prescription de générique. Le CSST a mis en place en fin d'année une politique progressive afin de favoriser sa prescription (cf. document ci-après d'information des patients).

LES PATHOLOGIES ASSOCIÉES

V I H	File active totale		Nouveaux patients	
Sérologies effectuées	730	84%	254	67%
Sérologie +*	80	9%	17	4%
Sérologie inconnue	197	23%	124	33%
Total patients	867		378	

* dont 71 personnes en traitement

V H C	File active totale		Nouveaux patients	
Sérologies effectuées	719	83%	210	56%
Sérologie +	209	24%	47	12%
Sérologie inconnue	200	23%	121	32%
Total patients	867		378	

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 sous-évaluent sans aucun doute la réalité des contaminations en matière d'hépatite C et au vue de l'ancienneté des tests (à noter que l'enquête Coquelicot évaluait à 30% le taux de déclaration négative chez des personnes en fait positives pour le VHC).

Pathologies psychiatriques	File active totale		Nouveaux patients	
ATCD hospitalisation	205	24%	69	18%
ATCD T.S.	202	23%	74	20%
Pathologie actuelle	127	15%	37	10%
Suivi en cours	136	16%	33	9%
Total patients	867		378	

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

La prévalence des comorbidités psychiatriques parait stabilisée autour de 20% au cours des dernières années.

SITUATION ET ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Situation judiciaire	File active totale		Nouveaux patients	
Patients sous main de justice	280	32%	145	39%
Dont injonction thérapeutique	60	7%	33	9%
Dont classement/orientation	14	2%	11	3%
Dont obligations de soins	58	7%	35	9%
Dont contrôle judiciaire	27	3%	10	3%
Dont sursis - mise à l'épreuve	94	11%	44	12%
Dont liberté conditionnelle	8	<1%	2	1%
Dont semi-liberté	6	<1%	5	1%
autres	13	1%	5	1%
ATCD incarcération	369	43%	130	34%
Total patients	867		378	

* données issues des fiches individuelles

LE CSST DU POINT DE VUE DE SON ACTIVITÉ

(y compris Consultation Jeunes Consommateurs)

RECENSEMENT des ACTES INDIVIDUELS	Total actes	Nombre de patients
Médecins	3 850	449* (52%)
Dont généralistes	2 079	313
Dont psychiatres	1 771	298
Dont T.S.O.	2 702	395 (46%)
Psychologues	1 794	293 (34%)
Éducateurs	4 305	576 (66%)
Assistants sociaux	2 826	288 (33%)
Cadres intermédiaires**	~ 600	~ 120 (14%)
Consultations juridiques	487	137 (16%)
Total actes	~ 13 860	867

* 449 patients ont consulté un médecin, soit 52% de la file active.

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

93 personnes (10%) ont été **vues une seule fois**. Le taux d'attrition est diminué de moitié par rapport à 2007.

La moyenne des interventions pour les patients suivis est de 18 actes/patients, les écarts allant de 2 à 212 actes maximum pour un patient.

Nombre de consultations sur l'année	Nombre d'usagers
1	93
2 à 10	367
11 à 50	310
51 à 100	73
>100	24

Les premiers accueils

1^{er} accueil par catégorie professionnelle	Nombre de Premiers Accueils	% 2008	% 2007
Éducateurs	253	67%	74%
Psychologues	105	28%	21%
Médecins	57	15%	<1%
Assistants sociaux	27	7%	5%
Total de premiers accueils	442/378 personnes	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 sollicités en priorité (63% des demandes sont d'ordre sociale dont 31% 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 A.T.R, 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

	Nombre d'actes	% actes
CSST intra-muros	11 795	85%
Lieu d'hébergement	415	3%
Autre institution dont hôpital	130	<1%
Accompagnement extérieur	280	2%
Autres	1 240	9%
Total actes	~ 13 860	

Activité médicale

Actes médicaux	Nombre d'Actes	Nombre de patients concernés
Nombre de Consultations	3 850	449
dont T.S.O.	~ 2 700 (70%)	395
dont généralistes	~ 2 080 (54%)	313
dont psychiatriques	~ 1 770 (46%)	298
Visites extérieures (hôpital, VAD...)	20	15

Activité médicale liée aux T.S.O.

Prescription par le CSST Charonne	Total file active	Nouveaux patients
Méthadone®	129	21
Subutex®	151	26
Autres	18	1

Nombre de patients sous :	2008	2007	2006	2005	2004
Méthadone[®]	184	188	183	182	152
Méthadone[®] prescrite sur le CSST Charonne	129	136	157	91	81
Méthadone[®] initiée par le CSST Charonne	20	13	-	-	-

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

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

Substituts nicotiniques	2008	2007	2006	2005	2004
Prescrits sur le CSST Charonne	10	-	-	-	-

Sevrages ambulatoires	30
Sevrages hospitaliers	30

On ne dispose pas des chiffres de prescription de la B.H.D. générique. La plupart des patients y sont réticents. Le CSST 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 la CPAM. Environ 80 patients du CSST (~ 2/3 des patients sous Méthadone[®]) sont actuellement 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 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.

NOTE A L'ATTENTION DES USAGERS DU CSST CHARONNE

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION OPIACES :

DES REGLES A CONNAITRE

A partir du 1^{er} novembre 2008, tout dépannage en Subutex[®] sur le CSST Charonne ne pourra être effectué que sous forme de médicament générique : Buprénorphine Haut Dosage.

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[®] sera donc effectué sous forme de médicament générique : Buprénorphine Haut Dosage.

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

L'équipe médicale du Centre de soins Charonne

Activité médicale liée aux hépatites

Dr Jean-Marc GEIDEL

VHB

L'incitation et la préparation au dépistage en particulier du VHC, l'incitation à la vaccination contre l'hépatite B traversent l'ensemble de l'activité médicale.

300 patients sur ~ 450 (70%) ont bénéficié à un moment de leur histoire d'un dépistage de l'hépatite B.

Parmi les 150 patients pour lesquels l'information sur le dépistage n'est pas disponible (patients non dépistés ou résultats incertains), 100 (~70%) n'ont été vus que sporadiquement (1 à 5 fois sur une période maximale de 4 mois). Ces patients ne sont pas suivis réellement par le CSST.

Parmi ces 150 patients :

- 20 patients ont été eu un schéma vaccinal complet en trois injections (20/250 soit 8%).
- 20 ont réalisé une vaccination incomplète (8%).
- 40 patients ont bien été dépistés pour le VHB dans le passé mais n'ont pas rapporté le résultat de leur sérologie.

Parmi les 300 patients qui ont bénéficié de sérologies sur l'hépatite B :

- 180 ont acquis une immunité naturelle : (Ac HBc +) (60%).
- 100 ont réalisé un schéma vaccinal complet ou incomplet, mais avec une réponse sérologique satisfaisante (AC anti HBs au dessus du seuil d'efficacité) (33%).
- 7% restent sans couverture immunitaire : 20 patients n'ont pas eu de réponse sérologique et 5 d'entre eux ont eu une deuxième série de trois injections. (Sans réponse pour deux d'entre eux au troisième mois).

VHC

V H C	File active totale	
Sérologies effectuées	719	83%
Sérologie +	209	24%
Sérologie inconnue	200	23%
Total patients	867	

Parmi les patients VHC+ :	209	
Suivis et orientations spécifiques / VHC dont :	89	43%
Bilans sur le CSST	35	17%
Traités sur le CSST en 2007	13	6%
Suivis hospitaliers	10	5%
Spontanément guéris	6	3%
Antérieurement traités par le CSST et guéris	17	8%
Antérieurement traités hors CSST et guéris	19	9%
Antérieurement traités et en échec thérapeutique	8	4%
Indication au traitement différé	8	4%

Sur 209 personnes VHC +,

13 patients ont entrepris en 2008 un traitement de leur hépatite C sur incitation et suivi direct (9) par le CSST.

49 ont bénéficié de bilans de leur infection VHC :

- 35 patients ont bénéficié de bilans avancés en vue de déterminer l'indication d'un traitement.
- 25 Fibrotests réalisés : 20 Fibrotests gratuits ont été mis à la disposition des patients du CSST. 5 tests lus, interprétés ou calculés par l'intermédiaire de l'équipe des hépatologues de La Pitié-Salpêtrière, calcul des tests facturé au CSST.

Un travail sur dossiers est effectué par l'un des médecins généralistes auprès d'un consultant hépatologue de La Pitié-Salpêtrière : prise en charge conjointe des patients, conseils, participation à des staffs... Un second généraliste nouvellement recruté est en formation pour assurer à terme le même type de service.

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

Mais tout ceci reste en deçà des besoins évalués sur une file active de 867 personnes :

dont 44% sont ou ont été injecteurs,
24% sont connus comme positifs pour le VHC,
(certes parmi lesquels un certain nombre de patients guéris, en cours de bilan ou en cours de traitement).

La question du temps médical disponible se pose tant pour le suivi d'un plus grand nombre de patients que pour l'organisation de ces soins dans des partenariats actifs.

Par ailleurs la patientèle de Charonne 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...

Analyse des facteurs limitant la prise en charge de l'hépatite C

L'hépatite C est une pathologie le plus souvent chronique et évolutive mais 20% de patients guérissent spontanément et un nombre plus important encore d'hépatites est faiblement évolutif, le virus étant faiblement actif. Ces hépatites (cotées F0 ou F1 avec une Activité A0 ou A1) nécessitent donc une simple surveillance et non un traitement. Les indications au traitement se sont à la fois standardisées et complexifiées au fil du temps. Elles dépendent du génotype viral, du fibrotest et éventuellement du fibroscan, mais également de la disponibilité et de la motivation du patient.

Les chances de guérison sont certes importantes pour un génotype 2 ou 3, voisines de 60% pour un génotype 1, et plus faibles en cas de VIH associé ou en cas de cirrhose.

Dans ce contexte, la balance entre les avantages et les inconvénients d'un traitement doit se traiter au cas par cas, et certains paramètres vont peser pour différer la mise en place du traitement :

- instabilité sociale,
- instabilité ou fragilité psychologique,
- maladie VIH associée,

- alcoolisme ou toxicomanie en phase particulièrement active. Toutefois, les comportements addictifs sont de moins en moins considérés comme des contre-indications,
- nomadisme médical lié au comportement instable du patient mais pouvant aussi témoigner de parcours institutionnels,
- 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 ne garde que quelques indications : fibrotest et fibroscan discordants, facteurs de risques surajoutés (alcool, VIH...)
- un antécédent de traitement mal toléré ou s'étant soldé par un échec est souvent un obstacle même si les exemples sont nombreux de 2^{ème} traitement efficace,
- enfin, lorsqu'un traitement curatif s'avère impossible (persistance d'une réplication virale en cours de traitement ou rechute à l'arrêt de celui-ci), il est parfois indiqué de pratiquer des traitements dont le but est de freiner l'évolutivité de la cirrhose ou de diminuer le risque de cancer du foie. Ces traitements ont une durée indéterminée.

Les autres hépatites virales :

Une dizaine de patients sont porteurs du virus de l'hépatite B et surveillés.

L'hépatite B est parfois plus grave que l'hépatite C dans sa forme fulminante (1% des cas dans les semaines qui suivent la contamination). Dans les autres formes (99%), l'évolution la plus fréquente est la guérison spontanée. Toutefois, dans 10% des cas environ, il y a un passage à la chronicité avec les mêmes risques que pour l'hépatite C, en termes de fibrose et de cancer du foie.

Dans ces cas, le traitement dépendra du profil :

- Hépatite B seule non évolutive : simple surveillance.
- Hépatite B évolutive : Traitement par Interféron (Le plus souvent en première intention) ou Lamivudine, également utilisé contre le VIH. D'autres antiviraux actifs contre le virus de l'hépatite B sont parfois utilisés tels que l'Adéfovir.
- Hépatite B associée à l'hépatite C : Interféron + Ribavirine
- Hépatite B associée à l'hépatite delta : Interféron seul sur une durée de 18 mois.

Parmi les patients du CSST, les patients porteurs d'une hépatite B sont sous simple surveillance, les autres sont traités suivant les autres virus associés (suivant le schéma précisé ci-dessus). L'hépatite delta étant un co-facteur du virus de l'hépatite B, elle est toujours associée à cette dernière.

Nous n'avons pas relevé cette année de cas d'hépatite A symptomatique (jaunisse). Il faut toutefois rappeler que les hépatites A silencieuses sont très fréquentes dans nos populations (risque le plus souvent géographique, parfois sexuel, plus rarement intraveineux) puisque les sérologies décèlent fréquemment des sérologies positives pour l'hépatite A. Ce dépistage a été pratiqué dans des conditions particulières, le plus souvent avant de pratiquer une vaccination précédant un départ en zone à risque ou pour des raisons professionnelles. Rappelons l'absence de passage à la chronicité dans les cas d'hépatites A.

L'organisation de dépistages avancés

Antoine PERPERE, Chef de service CSST

Depuis décembre 2006, le CSST Charonne a mis en place un partenariat avec le CDAG de La Pitié-Salpêtrière. Afin de favoriser l'accès aux dépistages des pathologies V.I.H., hépatites et I.S.T. auprès des consultants du CSST et du CHS, une équipe du CDAG (infirmière et médecin) vient sur place prélever les patients volontaires. Un bénévole de l'association AIDES est présent en salle d'attente porteur de messages et plaquettes de prévention, et préservatifs. Ce dépistage hors les murs est proposé à un rythme semestriel (en 2008 : avril et octobre).

L'annonce de l'action de dépistage se fait 2 semaines à l'avance par affiches, flyers et surtout grâce à la mobilisation importante de toute l'équipe d'accueil.

Environ 10 personnes ont été prélevées à chaque séance. Les résultats peuvent être rendus au CDAG ou par un médecin du CSST ; l'anonymat est respecté au sens où le CSST ne dispose que des numéros d'anonymat, : celui-ci étant levé sur présentation du patient au médecin du CSST.

En 2008, aucun nouveau cas d'infection VIH n'a été révélé. Quatre hépatites C ont été dépistées lors de ces actions.

Cette collaboration doit être poursuivie en 2009 avec peut-être la possibilité d'effectuer des « tests rapides » si les procédures en sont validées.

La perspective des micro-prélèvements

Devant la difficulté fréquente de prélèvement pour certains patients, des intervenants du CSST Charonne ont bénéficié d'une formation proposée par le laboratoire Roche sur l'association EGO à la pratique des micro-prélèvements. Ceux-ci peuvent permettre, au sein du CSST et dans des conditions assez simples, sous réserve de disposer d'un temps infirmier, de prélever au doigt des quantités suffisantes de sang pour effectuer des tests VIH-VHC.

Le principal problème est la mise en place d'une filière d'analyse en laboratoire. Un protocole de travail est en cours d'élaboration avec le laboratoire de virologie de La Pitié-Salpêtrière. Quelques problèmes techniques restent à résoudre comme celui des étiquettes d'identifications compatibles avec la taille des tubes et l'appareillage du laboratoire. Le même type de protocolisation est envisagé le laboratoire de biochimie de l'hôpital.

Articulation Santé-Justice

Christian BULART, Psychologue
Eric COURILLEAU, Psychologue
Pascal MORGAN, Educateur

Situation judiciaire*	File active totale	
Patients sous main de justice	280	32%
Dont injonction thérapeutique	60	7%
Dont classement/orientation	14	2%
Dont obligations de soins	58	7%
Dont contrôle judiciaire	27	3%
Dont sursis - mise à l'épreuve	94	11%
Dont liberté conditionnelle	8	<1%
Dont semi-liberté	6	<1%
autres	13	1%
ATCD incarcération	369	43%
Total patients	867	

* données issues des fiches individuelles

L'intérêt de l'articulation soin/justice réside dans la possibilité de favoriser l'accès, d'accéder à un accompagnement global tel qu'il est proposé à tous les patients du CSST. En effet, outre les problématiques d'addiction ce public est très souvent en but à des difficultés d'insertion et des problèmes sociaux lourds. Force est de constater que peu de ces personnes se saisissent entièrement de la proposition de soin car pris dans une dynamique de consommation sans (encore) le désir de changer. Il n'en reste pas moins qu'un contact et une rencontre avec un établissement médico-social pourra porter ses fruits à plus long terme.

Suivis des mesures judiciaires*	Total CSST	Age moyen	La Consult'	Age moyen
Injonction thérapeutique	26	38 ans	14	24 ans
Classement/orientation	4	30 ans	4	23 ans
Obligations de soins	25	37 ans	34	24 ans
Total	55	-	52	-
Total patients	867		116	

* Mesure de suivi effective par le service concerné

Sur le site du CSST Quai d'Austerlitz

Injonctions Thérapeutiques :

- 26 personnes ont bénéficié d'un suivi en rapport avec leur injonction thérapeutique.
- 31 personnes avaient été adressées par la DASS pour suivi d'une Injonction Thérapeutique :
13 (42%) personnes ne se sont jamais présentées au CSST pour honorer cette obligation. Ces mesures étaient prononcées pour usages de crack (15), cannabis (10), cocaïne (3), Skénan® (4), héroïne (1).

Classements avec orientation : 13

Obligations de soins : 15

Sur La Consult'

Injonctions thérapeutiques : 14

- Moyenne d'âge 24ans
- Produits incriminés : cannabis (13), cocaïne (3), alcool (3), héroïne (1)... Certains patients étant par ailleurs polyconsommateurs.

Classements avec orientation : 4

- Essentiellement pour usage de cannabis (3/4) ; l'âge moyen étant de 23 ans.

Obligations de soins : 34

- Moyenne d'âge 24 ans
 - Les produits incriminés étaient le cannabis (24), la cocaïne (5), l'alcool (16), les BZD détournés (1), l'ecstasy (2), le Subutex® détourné (1)... Certains patients étant polyconsommateurs.

Activité d'aide juridique

Maryam MOAVEN - ADSP

135 permanences	Droit administratif	40%
487 interventions	Droit pénal	32%
137 personnes reçues	Droit de la famille	14%
	Autres	13%

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.

487 interventions ont été menées auprès de 137 personnes différentes parmi lesquelles 76 ont été reçues pour la première fois (16%). Parmi les personnes reçues au moins une fois, 63% sont revenues pour le même problème juridique, alors que 21% ont exposé un problème de nature différent.

Répartition des 487 interventions

- Information	441
- Courriers et constitution de dossier	129
- Recours	33
- Accompagnements	10

Caractéristiques des publics reçus sur ces permanences

Le public de ces permanences reste en majorité masculin.
120 hommes dont 65 nouveaux, 18 femmes dont 11 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 (71%), contre 18% mariés ou en union libre, et 9% sont divorcées ou séparées.

79% d'origine étrangère non communautaire.

Moins d'un quart (13%) exerce une activité salariée, dont 11% des emplois précaires (CDD, Intérim), 21% sont allocataires d'une prestation sociale, 14% sont sans ressource.

Diversification des domaines juridiques exposés confirmé en 2008

Droit administratif (droit des étrangers)	40%
Droit civil (dont droit de la famille++)	14%
Droit pénal	32%
Autre	13%

1. Le droit administratif (droit des étrangers, asile ou autre) a été évoqué dans 33% des cas (contre 95% en 2005). Il s'agit principalement de demandes de titre de séjour, renouvellement 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'information, 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 :
 - le droit de la famille (divorce, reconnaissance d'enfant naturel, exercice de l'autorité parentale...),
 - le droit locatif (expulsion, quittance...),

- le droit en succession, consommation, bancaire, surendettement, assurance, travail, sécurité sociale,
- l'action sociale et administrative.

Plus encore cette année, et au regard de la fréquentation de la permanence, 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, favorisé par le détachement de la même juriste depuis septembre 2002.

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 « Tout Rikiki » A partir et en collaboration avec les CAARUDs <ul style="list-style-type: none"> - Français Langue étrangère - Sorties socio-culturelles B 18 - Atelier RDR Evènements exceptionnels 2008 : <ul style="list-style-type: none"> • Une journée à Paris Plage • Une journée à la pêche • Sortie théâtre Groupe de consultation des usagers (type C.V.S.)	<u>ACTIVITES</u> <u>DE</u> <u>GROUPE</u> <u>Dans l'association Charonne</u>	
	Nombre de groupes réguliers	8
	Nombre de réunions - séances	112
	Séjour de rupture	5 journées
	Nombre de patients concernés	~ 70 ²

Activités	Nombre de réunions	Moyenne de participation	File active	Nombre de participations
• Sorties du mercredi	38	6	37	228
• Séjour de rupture	3 (préparatoires)	-	6	6
• Guitare - Musique	25	5	12	125
• Arts divers	8	4	6	32
• Vidéo	7	4	11	23
• Théâtre	10	5	10	50
• Tourikiki	12	6	11	72
• Consultation des usagers (loi 2002)	6	8	15	48

² Certaines personnes participent à plusieurs activités.

LES ACTIVITES SOCIO-THERAPEUTIQUES

En expérimentation depuis plusieurs années, à travers les « sorties socio-thérapeutiques » et la consultation des usagers dans le cadre de la loi 2002-2, ces activités collectives ont pris un essor particulier en 2008.

Socio-thérapeutiques : Pourquoi et Comment ?

Christian BULART, Psychologue CSST

Marie-France LENCZER, Assistante Sociale CSST et CAARUD 18

*Pour être thérapeutiques, ces activités répondent aux caractéristiques suivantes. Elles doivent être **structurées, adaptées, pertinentes, inscrites** dans l'accompagnement.*

*Est considéré comme activité socio-thérapeutique toute activité réalisée à partir d'une analyse de situation, réunissant plusieurs personnes et un ou plusieurs soignants dans un but thérapeutique. Cette activité **doit respecter les règles suivantes** :*

- Un espace temporo-spatial défini.
- Un support (élément médiateur) en terme d'activité.
- un bon niveau de qualité (par exemple artistique) des activités est requise
- Un groupe de personnes volontaires (usagers).
- Un problème identifié ou identifiable.
- Un professionnel responsable.
- l'intervenant investi doit maîtriser ses outils d'intervention
- le développement de techniques de communication verbales et non verbales
- Une évaluation de l'activité (réactions des participants, niveau de participation, impact...).

Objectifs :

- Créer un partenariat soignant - soigné autour d'activités.
- Favoriser l'adaptation du patient à son environnement.
- Restaurer les relations sociales de la personne soignée.
- Acquérir une meilleure autonomie (le patient).
- Réinvestir la vie relationnelle.
- Aider le patient à s'insérer dans un groupe.

Éléments d'observation :

- Les réactions,
- les émotions,
- l'état psychique,
- l'état physique,
- le comportement.

Critères de satisfaction :

- Participation à l'activité,
- demande, désir exprimé,
- échanges entre les personnes présentes à l'activité,
- assurance, confiance en soi,

- renforcement du sentiment d'estime de soi.
- oubli un temps de leur condition réductrice.

Le partenariat avec la Cité du Secours - Cantagrel

Rute FREITAS, Educatrice CSST

A partir de l'expérience acquise au cours des dernières années, le CSST et les autres établissements de l'association ont choisi d'enrichir leur offre de soin en mettant progressivement en place depuis le 1^{er} octobre 2008 de nouvelles activités socio-thérapeutiques. Ces activités peuvent être proposées par les différents établissements à l'ensemble des usagers de l'association. Si les équipes se sont mobilisées sur ces projets, la question d'espace posait question pour le développement de certains ateliers, notamment le théâtre, la guitare et les arts divers. Une convention a été signée avec la Cité du Refuge de l'Armée du Salut, rue Cantagrel à Paris 13^{ème}, qui dispose de locaux spacieux, un amphithéâtre, une salle de musique et un atelier artistique qui ont pu être mis à disposition de l'association Charonne pour développer ces projets.

La fréquence des ateliers est hebdomadaire. Une professionnelle des arts scéniques anime une activité avec les usagers de Charonne dans l'amphithéâtre le lundi après-midi. L'atelier guitare est développé par un éducateur dans la salle de musique le mardi. L'atelier d'arts divers a lieu chaque lundi après-midi. Pendant ces temps, l'espace peut être partagé par les professionnels et les usagers de deux institutions. Cette dynamique permet un riche échange entre les professionnels ainsi qu'entre les usagers, qui bénéficient ainsi des savoirs-faire des deux équipes.

Comme prévisible, la population du CSST n'en perçoit pas le bénéfice radical et immédiat : Mais notons un réel plaisir et investissement des participants, qui viennent confirmer les bienfaits d'un travail sur l'estime de soi, la capacité à formuler et mettre en place un projet, à se positionner dans un petit groupe.

L'articulation avec l'ensemble des équipes éducatives est essentiel pour la bonne continuité des activités ; ces ateliers font partie intégrante des ressources institutionnelles dans la prise en charge des usagers.

Les sorties du mercredi

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

En quelques chiffres (comparables aux deux années précédentes) :

- 38 sorties
- Ayant concerné au total 37 personnes différentes pour 228 participations (de 1 à 33)
- Parmi ces 37 patients :
 - 19 sont suivies sur le CSST ambulatoire (dont un patient des A.C.T)
 - 17 sont hébergées en chambres d'hôtel
 - 2 en Appartement Thérapeutique Relais
- Une moyenne de 6 participants par sortie
- Une moyenne de 7 sorties par personnes

- des fidèles (>16 participations)
- des personnes en voie de fidélisation (de 5 à 15)
- des participants ponctuels (1 à 5)

Mise en place depuis 2004, cette activité s'est stabilisée depuis 2006 : Une fois par semaine les personnes qui le souhaitent, se retrouvent à l'accueil du CSST et partent ensemble visiter un musée, une exposition (les événements en accès libre et gratuit sont favorisés afin de laisser toute liberté aux patients d'aller et venir, de manquer au rendez-vous, de quitter le groupe à tout moment (sous réserve de prévenir l'accompagnateur)... Les participants se retrouvent ensuite autour d'un café pour échanger leurs impressions, parler d'elles, de sujets d'actualité...

Le programme des sorties n'est pas disponible à l'avance. L'intérêt de l'activité tient à ses objectifs d'inscription sociale : Retrouver du lien et de l'estime de soi dans des activités généralement destinées à d'autres (mieux insérés, plus lettrés, plus riches...), exister dans un autre statut que celui d'usagers des services sociaux ou sanitaires, tisser des relations (en se décentrant de ses propres sensibilités pour s'ouvrir à d'autres horizons....

Quelques sorties parmi d'autres : Musée Guimet, Musée du Moyen-Age, Musée des Arts et Métiers, Bibliothèque François Mitterrand.

Mais aussi : Paris Plage, Parc de La Villette...

*Et des **événements exceptionnels** : soirée théâtre, repas participatif de Noël, une journée à la pêche...*

Le Séjour de rupture – du 26 au 30 août 2008

Marie-France LENCZNER, A.S. CSST et CAARUD 18

Yves BOUILLET, Educateur CAARUD 18

Depuis longtemps les participants au « groupe du mercredi » exprimaient le désir de quitter Paris quelques jours, sans doute pour être comme tout le monde, avoir un projet de vacances... Ce souhait a pu se réaliser en août 2008.

Trois facteurs ont été déterminants dans cette concrétisation :

- *La possibilité d'un échange de véhicule minibus par convention entre l'Association Charonne et l'Hébergement - SAGED 77.*
- *Le consensus des participants sur un séjour sous tente.*
- *La disponibilité de deux accompagnateurs.*

Sur les 10 personnes candidates et ayant participé au montage du projet, seulement 6 partiront.

Trois réunions de préparation ont été programmées :

- *Recherches de documentations sur les lieux et les environs du séjour.*
- *Préparation du matériel de camping et de l'organisation de la vie quotidienne.*
- *Elaboration des activités envisagées.*

Le séjour a duré cinq jours : départ mardi 26 août 2008, retour samedi (30 août) dans la soirée.

Lieu de séjour : un camping municipal dans le Périgord.

Participation financière (après concertation) fixée à 30 euros.

Réalisation :

- *Visites de sites archéologiques.*
- *Promenades en gabarres commentées sur la Dordogne.*

Vie quotidienne :

L'organisation des repas s'est avérée plus compliquée que prévu : difficultés pour les personnes ayant longtemps vécu seules et dans des conditions précaires de se mettre autour d'une table pour partager un repas (même au restaurant) et de s'alimenter de façon un peu équilibrée.

Bilan :

Bonne cohésion du groupe malgré l'hétérogénéité des participants voire même des conflits de personnes.

Respect du « vivre ensemble » (horaires etc...) - Le groupe s'est révélé plutôt contenant.

Bon contact avec les autres campeurs, le personnel du camping et à l'extérieur.

Promenades, visites etc...

Tous se sont accordés à trouver le séjour trop court (cinq jours dont deux de voyages).

Pour les accompagnateurs qui souhaitaient proposer un séjour de détente à objectif culturel et interactif, le pari est tenu.

Les participants :

Trois femmes, trois hommes.

Ressources : 5 AAH, 1 sans ressource (moins de 25 ans).

Âges : Un jeune de moins de 25 ans, 5 personnes entre 40 et 50 ans.

Une personne était résidente des A.T.R, deux en séjour hôtelier, trois avaient un logement personnel et étaient suivies en ambulatoire sur le CSST.

Atelier « Arts Divers »

*Rute FREITAS, Pascal MORGAN, Educateurs CSST
Maximilien MUSSIANI, Educateur CAARUD Beaurepaire*

L'atelier d'arts divers a lieu chaque lundi après-midi. Marc Antoine alias « GARY », artiste plasticien, responsable de l'atelier à la Cité du Refuge travaille en collaboration avec les éducateurs - animateurs de Charonne. Pendant cette période l'espace est partagé par les professionnels et les usagers de deux institutions. Cette dynamique nous permet l'échange entre les professionnels ainsi qu'entre les usagers. Ces derniers profitent du savoir-faire des deux équipes.

Comme nous l'attendions, la population avec laquelle nous travaillons ne voit pas le bénéfice immédiat qu'il peut y avoir dans leurs vies de participer à ce genre d'activité.

Mais un réel plaisir et un réel investissement des personnes qui y participent sont apparents. Le travail en collaboration avec l'équipe éducative est essentiel pour la bonne continuité des activités. La question des ateliers comme partie intégrante des ressources institutionnelles dans la prise en charge des usagers se pose.

Dans le concret :

- *Intégration dans les lieux du CHRS, présentation du responsable de l'espace atelier de Cantagrel qui peut apporter son appui technique aux participants, partage de l'espace avec les résidents du CHRS, mise en commun du matériel, interaction entre usagers de Charonne et résidents du CHRS, mise en place de projets communs.*
- *Dessin, acrylique, argile, modelage, masques de carnaval, participation à la confection d'une œuvre pour le 75^{ème} anniversaire de la Cité Refuge.*
- *Echanges sur les créations et le plaisir à créer, à bénéficier de moments de silence, de calme, de concentration.*
- *Prémices de projets communs avec les résidents de Cantagrel, sur la base d'une participation plus stable à l'atelier (exemple : blog présentant les productions et les écrits s'y rapportant).*

Atelier Théâtre

Aurore LY, Comédienne, Metteur en scène

Les ateliers théâtre se déroulent tous les lundis de 13h30 à 15h dans les locaux de Cantagrel. La première demi-heure est consacrée à la technique, à savoir trouver son équilibre, apprendre à respirer, s'exercer à l'articulation. Le quart d'heure suivant est réservé aux « jeux théâtraux », plus verbaux que physiques, tels que des exercices de mémoire, de vocabulaire, de rapidité et de concentration. Le temps restant est consacré à étudier un texte. Dans les premiers mois, les élèves abordaient le texte par plusieurs lectures enchaînées. Puis toujours le texte à la main, une mise en situation avec une explication de texte et enfin l'apprentissage des rôles. Ce cours a bénéficié à un « noyau dur » de quatre personnes, auquel sont venus se greffer de temps en temps des élèves « curieux » de découvrir ce que pouvait donner cet atelier. De manière générale, y régnait une très bonne ambiance avec des personnes motivées, qui acceptaient de jouer le rôle. L'animatrice a pu constater les bienfaits, les efforts de chacun et l'envie de réussir. L'idée d'un spectacle à la fin de l'année leur donnait également un but et un désir de ne pas se décevoir.

En lien avec le CAARUD Beaurepaire

Guitare, musique

Pascal MINEAU, Educateur CAARUD Beaurepaire

L'atelier guitare se déroule tous les mardis après-midi au CSST de l'association Charonne. Les usagers qui y participent le font de manière volontaire. La file active est de 12 personnes pour l'année 2008 avec une moyenne de trois participants par séance. Depuis octobre 2008, l'atelier rencontre un regain de succès : quatre à cinq personnes y viennent régulièrement et montrent un réel intérêt pour le contenu proposé.

L'atelier existe depuis deux ans, il est donc possible d'observer l'évolution et l'influence très positive qu'il a eu sur ses participants notamment sur l'estime et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

Certains développements paraîtraient tout à fait pertinents, comme louer un studio d'enregistrement durant environ trois séances. Des contacts ont été pris avec un studio proche du CSST et qui propose des tarifs modérés.

Il est également envisagé d'emmener les participants les plus assidus et les plus investis à un concert. Il paraît en effet logique dans le prolongement de l'atelier d'établir un contact avec le monde des professionnels de la musique.

A noter également sur ce CAARUD, deux ateliers ouverts aux usagers des autres structures de l'association :

- Atelier Réduction Des Risques du CAARUD 10

Brahim RIYACHI, Educateur Beaufort

- Atelier Alphabétisation Français Langue Etrangère

Agnieszka SZYMANIAK, Educatrice BOCIEK

En lien avec le CAARUD 18

Atelier vidéo

Yves BOUILLET, Educateur CAARUD 18

Mis en place début novembre 2008, l'atelier a accueilli à ce jour 23 participants au total sur 7 séances ; 11 personnes différentes et un noyau dur de 4 usagers ont constitué un groupe de travail, afin de réaliser un projet audiovisuel.

Cet atelier est un lieu d'expression informel autour de l'outil vidéo, attractif à travers la visibilité qu'il offre : l'image. Il est support aux discussions autour des différentes situations propres à chacun, qui peuvent concerner les prises en charge et les démarches individuelles.

Après quelques séances qui ont permis à chacun de se connaître, un petit groupe de travail s'est formé, regroupant des personnes motivées par un objectif commun : réaliser ensemble une vidéo au travers de laquelle ils exprimeront leurs idées. Dans cette optique, nous avons commencé par faire un travail autour de la culture de l'image en explorant les différentes formes de supports possibles (cinéma, tv, reportages, documentaires).

Dans un deuxième temps nous avons abordé un peu plus l'aspect technique de la réalisation, afin que chacun puisse mieux appréhender le temps et la difficulté que représente l'élaboration d'un tel projet quelque soit le sujet choisi. Cela leur a permis d'affiner leur choix et de se mettre d'accord sur un sujet commun et sur la façon de le réaliser.

Pour finir, nous sommes en cours d'écriture d'un premier synopsis en vue d'une première réalisation qui devrait aboutir courant du mois de juin 2009 en vue d'une diffusion interne.

Atelier Art et Prévention « Tourikiki »

Astrid DECROIX, Educatrice CAARUD 18

Les résultats d'un questionnaire concernant les modes de transmission du VHC indique que les gestes à risques ne sont pas tous connus ou sont oubliés par les usagers. Les messages diffusés concernant les risques liés aux modes de consommation des drogues sont nombreux, ceux sur les gestes à risques liés au quotidien le sont moins. Ce projet « Art et Prévention » en direction des usagers des boutiques vise à contribuer de façon ludique et créative à la présentation visuelle (affiches, tableaux...) de messages de prévention.

Premier temps : travail sur le thème « risques de transmission du VHC et hygiène » à travers le partage des rasoirs, peignes, ciseaux, brosse à dents..., réalisation de messages visuels, puis exposition des « œuvres » dans les espaces dédiés à l'hygiène, et aux journées Solidays 2009.

Second temps : élargissement aux autres champs de la prévention (VIH, utilisation du cutter pour les usagers de crack, réutilisation du matériel d'injection etc.)

Cet atelier dans lequel les usagers seront les acteurs et les relais des messages de prévention ouvrira un dialogue créatif sur celle-ci et allégera ses messages tout en les renforçant.

A noter également sur ce CAARUD, un nouvel atelier :

Ateliers Sorties Culturelles du CAARUD 18

René GUIARD, Educateur CAARUD 18

Initié par Cathy RUELLET et Anne COURCOUX, Stagiaires

Les groupes d'expression des usagers CSST

Corinne FENERAND, Assistante.Sociale CSST

Six réunions ont été organisées sur l'année 2008, 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 efforts d'affichage, d'invitations portent donc leurs fruits mais il reste à poursuivre auprès des professionnels et des usagers un travail d'explicitation sur l'intérêt et le fonctionnement de ces groupes afin de permettre à d'autres de s'y inscrire.

Les thèmes de réunions abordés cette année et préparés avec le groupe ont été :

- *La mise en œuvre des missions de Réduction Des Risques au sein du CSST.*
- *L'élaboration d'un questionnaire sur la qualité des hébergements hôteliers³.*
- *L'accès à la Méthadone[®] gélule.*
- *L'élaboration d'un questionnaire de satisfaction dans le cadre de l'évaluation interne⁴.*

³ Les questionnaires sont finalisés avec les usagers présents.

⁴ idem

Progressivement, la parole se libère : le positionnement de chacun comme membre d'un groupe, parlant non seulement pour lui-même mais aussi pour les autres, se développe. Un aller-retour entre le groupe d'utilisateurs et les équipes est assuré par les personnes de l'équipe présentes aux réunions ce qui permet d'assurer l'information de chacun et la continuité. La présence d'un membre d'ASUD (dans le cadre de la convention ANIT-ASUD) est un élément essentiel de la dynamique de ces réunions.

LA CONSULT' : CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS

Descriptif de l'activité de « La CONSULT' »

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 12 à 25 ans de substances psychoactives.

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 ; 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 ». Cette consultation est aussi 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 une coordinatrice sociale. L'équipe a été étoffée par l'arrivée d'un second psychologue. Par ailleurs, un médecin psychiatre peut être sollicité dans un second temps afin d'affiner l'évaluation.

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 : 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.

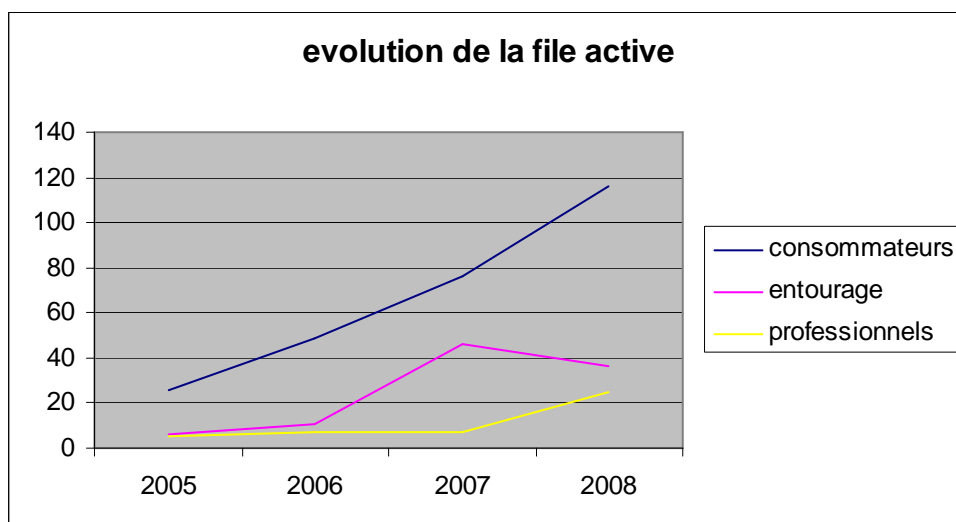
File active et activité

L'année 2008 confirme une montée en charge importante et régulière de l'activité puisque la file active s'élève à 116 jeunes consultants (soit + 53% / 2007) (89 hommes pour 27 femmes) dont 18 reçus avec une personne de leur entourage : 29 membres de la famille et 27 professionnels en demande par rapport à la situation d'un jeune.

Dans 15 situations, seul un ou plusieurs membre(s) de l'entourage a (ont) été rencontré(s), en l'absence du consommateur.

L'accueil du public a été sur l'ensemble de l'année 2008 de 96 demi-journées de consultations pour 8 heures hebdomadaires (mercredi après-midi et samedi matin), soit 384 heures (en soustrayant les jours fériés et une semaine de fermeture en août, deux à Noël).

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.



La fréquentation de La Consult' a connu une croissance régulière depuis son ouverture.

Le nombre total d'actes de consultation s'élève à 856 soit + 42% / 2007): 750 actes concernent des jeunes consommateurs (+ 67% / 2007) et 106 (- 30% / 2007) actes pour les situations où le consommateur est accompagné d'un membre de l'entourage.

Sont exclues de cette comptabilisation, les personnes immédiatement réorientées lors d'une évaluation au téléphone pour des raisons multiples : âge, urgence, consultation non appropriée, demandes d'orientations de professionnels...

Les prises en charges prennent de plus en plus en compte l'environnement familial des consommateurs. Ceci conforte 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 de plus en plus 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 redéploiement d'un temps partiel d'un second psychologue le mercredi accroît la possibilité d'accueil et permet de proposer une orientation psychothérapique au sein même de La Consult'.

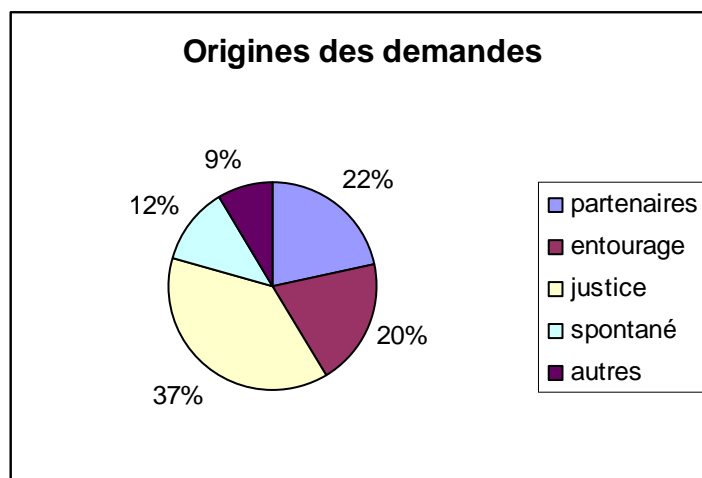
Le nombre d'actes pour les consommateurs seuls se détaillent comme suit : 103 consultations médicales, 358 actes éducatifs, 289 pour les psychologues.

Parmi les usagers, le nombre moyen de rendez-vous honorés est de 7 (chiffre qui a plus que doublé par rapport à 2007) ; nous pouvons ainsi souligner un taux d'attrition particulièrement faible : seuls 18 ne sont venus qu'une seule fois dont 4 sont des « classements avec orientation ».

Amont et aval : Les partenariats

Les sources d'accès à l'information concernant La Consult' sont d'abord la justice (pré et post-sentencielle), son réseau de partenaires, l'entourage familial, les initiatives individuelles et enfin le numéro vert « Cannabis » et internet.

Le poids de l'entourage est plus important cette année, ce qui confirme le fait que La Consult' est de plus en plus repérée et identifiée comme un pôle ressource par le grand public.



La Consult' n'a 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

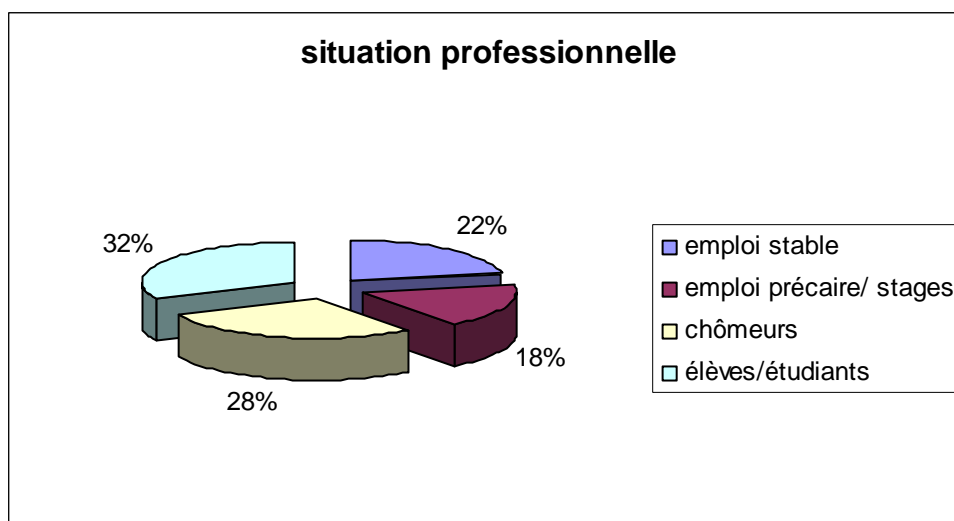
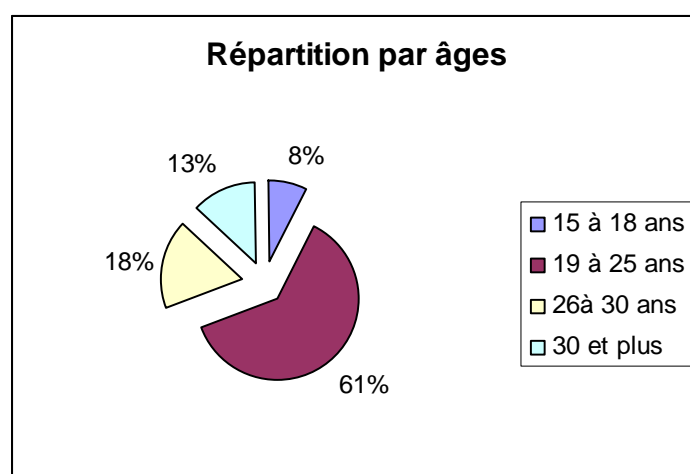
sur un accompagnement concernant les conduites addictives et sur le maintien des référents extérieurs.

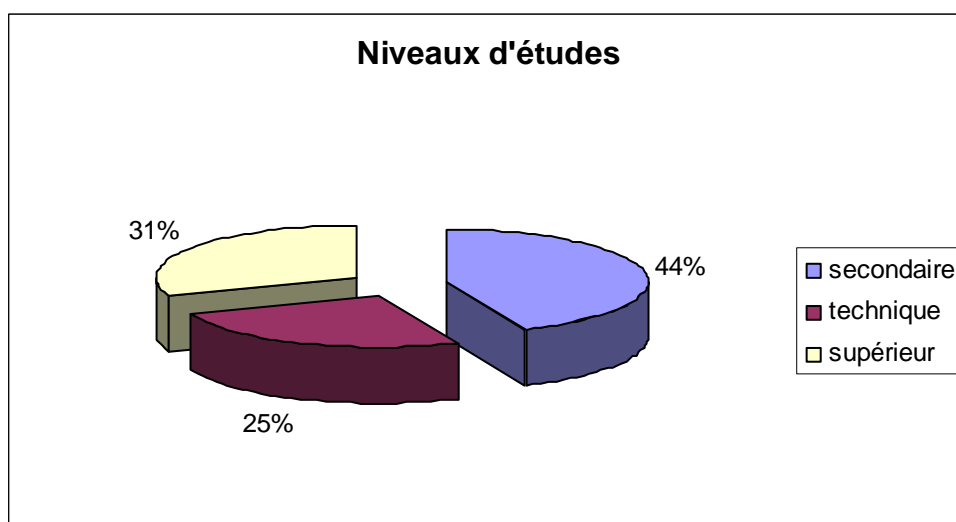
En aval de l'évaluation proposée, la création de passerelles avec ce type de structures est prise en compte dans la mesure où certaines situations peuvent nécessiter des orientations d'ordre professionnel, social, culturel etc., s'il n'en existe pas encore dans l'environnement du jeune.

Caractéristiques des consultants

L'âge moyen des consultants est de 24 ans (identique à 2007) réparti comme suit : 22 ans pour les femmes et 24 ans pour les hommes.

En termes de répartition par âge, 69% des consultants ont moins de 25 ans (73% en 2007), la file active 2008 déclinant comme suit :





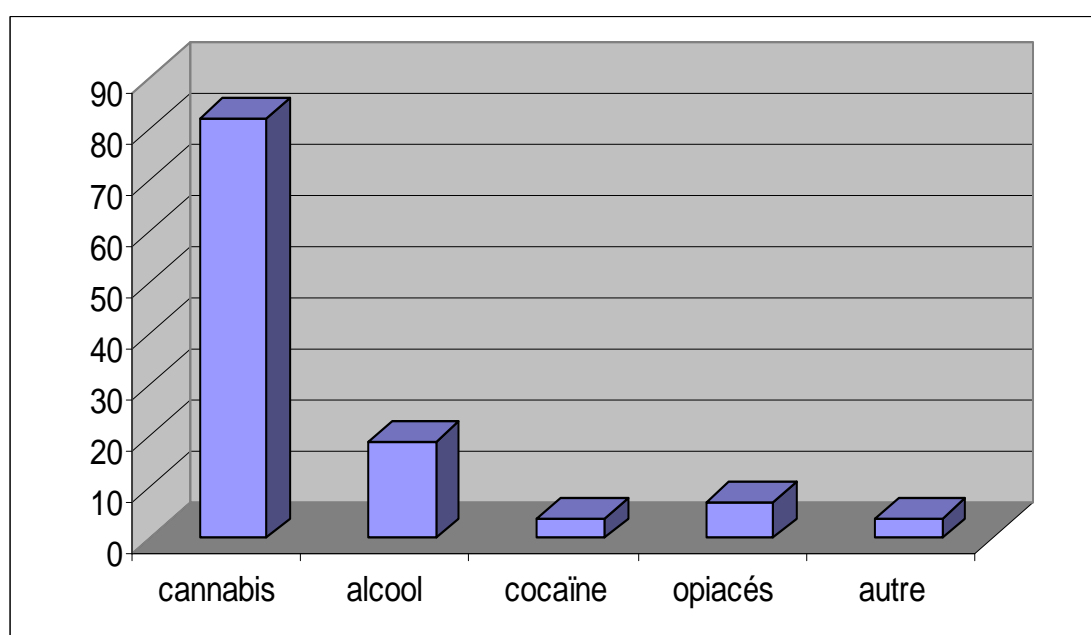
Nous retrouvons la même proportion d'actifs dans la file active qu'en 2007.

Nous recevons 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 nombre total des consultants est supérieur à la file active car certains d'entre eux sont polyconsommateurs.

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

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 d'opiacés.

Type d'orientations - Nombre d'orientations

CSST : 6

Hospitalisation : 4

Psychiatre de ville : 2

Généraliste de ville : 4

Psychologue hors institution citée : 2

Service social : 19

Autres : 12

Sans orientation : 81

Les possibilités de prises en charge pluridisciplinaires au sein de La Consult' expliquent le nombre important de personnes n'ayant pas bénéficié d'orientation extérieures car elles sont prises en charge au sein même du dispositif. Par ailleurs, nous avons eu également recours à l'auto-orientation vers notre CSST pour des consommateurs nécessitant notamment un traitement de substitution, mais aussi un suivi global spécifique. Certaines personnes se sont vues proposer 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, de même qu'une observation attentive de leur évolution. Ainsi, une consommation même ancienne ou très 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,

certaines 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. Ce volet du travail partenarial est soutenu depuis 2007 par la DASES.

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. Ce projet vise à améliorer l'état de santé des jeunes consommateurs connus et suivis par ces professionnels. En effet, la mutualisation des savoirs-faire de chaque équipe peut améliorer l'articulation entre la prévention et le soin des jeunes concernés. Aussi, depuis fin novembre, la coordinatrice sociale participe toutes les trois semaines au travail de rue avec cette équipe sous une forme expérimentale. L'évaluation de cette expérience aura lieu courant 2009.

HEBERGEMENTS SUR LE RESEAU HOTELIER DU CSST

	2008	Evolution 2007-2008
Capacité d'accueil	25 places autorisées 23 places financées	-
Nombre de nuitées réalisées	8 426	8 815
Taux d'occupation	/ Capacité autorisée 8 426 / 9 125 = 92% / Capacité financée 8 426 / 8 395 = 100%	- 5%
Nombre de personnes	50 hommes 14 femmes	-
Nombre de séjours	66	- 3%
Durée moyenne des séjours sur 2008 (sur 66 séjours)	128 nuitées	- 3%
Min-Max Durée séjours	3 - 365 nuitées	-
Durée moyenne des séjours sur 2008 (sur 45 sorties)	108 nuitées	- 33%
Min-Max Durée séjours	3 - 645 nuitées	-

* l'augmentation du coût des chambres d'hôtel diminue de fait la capacité d'hébergement

Partenariats et Conventionnements

Les hébergements hôteliers du CSST 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.

Durée des séjours

Répartition de la durée d'hébergement des sortants :

Durée moyenne de séjour des sortants (45) : 108 nuitées soit une diminution des durées de séjours de 25% par rapport à 2007.

	2008	2007 - 2008
< 1 mois	16	+ 45%
1 à 3 mois	10	+ 11%
3 à 6 mois	8	- 44%
6 mois à 1 an	11	-36%
> 1 an	0	-100%

Préparation de la sortie		En moyenne
Nombre de projets de sortie préparés avec les résidents sortis dans l'année	45 x 5 ~ 225	~ 5 / sortant
Avec la structure qui a orienté vers le centre d'hébergement	~ 45	~ 1 / sortant
Avec une autre structure sanitaire et/ou sociale (spécialisée ou non)	~ 90	~2 / sortant
Avec des structures d'insertion professionnelle	~ 90	~ 2 / sortant
Avec des structures d'hébergement	~ 90	~ 2 / sortant
Avec la famille du résident	~ 5	-
Autres	~ 10	-
Total sorties	-	45

Modalités de sortie		2008	Rappel 2007
Terme du contrat d'hébergement	23	51%	66%
Réorientation	1	2%	-
Rupture à l'initiative de l'équipe*	6	13%	22%
Hospitalisation durable	1	2%	12%
Rupture à l'initiative du résident	4	9%	4%
Perdu de vue	1	2%	
Incarcération	5	9%	
Autres	4	11%	6%
Total sorties	45	100%	100%

* 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, que d'exigences trop élevées que ne pourraient honorer les résidents.

Solutions d'hébergement à l'issue du séjour		
Service d'hébergement social¹	7	16%
Service d'hébergement spécialisé addictologie	14	31%
■ Charonne (A.T.R.)	5	-
■ Hors Charonne ²	9	-
Autre structure médico-sociale³	1	2%
Structure sanitaire⁴	3	7%
Famille, entourage	2	4%
Hébergement autonome	3	7%
Sans solution - perdus de vue	10	22%
Incarcération	5	11%
Total sorties	45	100%

Poursuite du suivi à l'issue du séjour

Suivi ambulatoire CSST Charonne	16	36%
Orientation vers une autre structure	19	42%
Pas d'information sur le suivi ultérieur	10	22%
Total sorties	45	100%

¹ Centre de Stabilisation Charonne, Emmaüs, Verlan...

² Pierre Nicole, Trait Union, Le Peyry, Hébergerie, Village Saint Martin, SATO, APTE

³ ACT Charonne

⁴ Fernand Widal, Paul Brousse, Centre psychothérapeutique La Borde

Caractéristiques des personnes hébergées sur le réseau hôtelier

Moyenne d'âge : 40 ans

Classes d'âge	
< 20 ans	-
20 - 24 ans	3 (5%)
25 - 29 ans	2 (3%)
30 - 39 ans	25 (39%)
40 - 49 ans	31 (48%)
50 - 59 ans	3 (5%)
60 ans et +	-
Total	64 (100%)

Lieu d'ancrage Domiciliation	
75	57 (89%)
Autre IDF	7 (11%)
Autre région	-
Total	64

Logement	Total file active
Durable	1(2%)
Précaire	36 (56%)
SDF	27 (42%)
Sans information	-
Total	64

Ressources	Total file active
Revenus du travail	9 (14%)
Assedic	2 (3%)
RMI	25 (39%)
AAH	10 (16%)
Autres prestations sociales	-
Aide d'un tiers	-
Sans ressource	18(28%)
Sans information	-
Total	64

Origine demande hébergement	
Initiative du patient ou de ses proches	26 (41%)
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre...)	19 (30%)
CAARUD - lieux accueil proximité	6 (9%)
Hôpital - autre sanitaire	4 (6%)
Justice - Injonction Thérapeutique	1 (2%)
Justice autres	4 (6%)
Institutions et services sociaux	2 (3%)
Autres	2 (3%)
Total séjours	64

Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables	Produit 1*	Produit 2*	Produit 3*	Au total	
Alcool	16	11		27	42%
Tabac	-	11	53	64	100%
Cannabis et dérivés	5	6		11	17%
Héroïne	22	8		30	47%
Sulfates de morphine	6	4		10	16%
Subutex [®] hors prescription	1	3		4	6%
Cocaïne	5	8		13	20%
Crack	6	6		12	19%
Amphétamines, Ecstasy	1	-		1	2%
LSD, autres dysléptiques	-	1		1	2%
Antidépresseurs	-	1		1	2%
Benzodiazépines	2	5		7	11%
Pas de produit		-			
Non Renseigné	-	-	11		
Nombre de réponses	64	64		64	

- 69% sont ou ont été dépendants des opiacés
- 39% sont concernés par les usages de cocaïniques
- 42% sont dépendants ou abuseurs d'alcool
- 17% sont concernés par les usages de cannabis
- 100% sont dépendants du tabac

Modalités d'usage du 1^{er} produit	
Usage à risque	1 (2%)
Usage nocif	15 (23%)
Dépendance	48 (75%)
Total	64

Usage voie intraveineuse	
Dans le mois précédent	5 (8%)
Antérieurement	34 (53%)
Jamais	23 (36%)
Total	64

(% données connues)

Au plan de la santé :

- 5 sont séropositifs pour le VIH (8%). 23 sont VHC + (36%).
- 14 présentent des troubles psychiatriques actuels (22%), et 20 (31%) présentent des antécédents d'hospitalisation psychiatrique.
- 35 (82%) sont sous T.S.O. : 25 sous Méthadone[®] (58%), 15 (35%) sous B.H.D.

Sérologies	V I H		V H C	
Sérologies effectuées	59	92%	59	92%
Sérologie +	5	8%	23	36%
Sérologie -	49	77%	35	55%
Sérologie inconnue	10	16%	6	9%
Total patients	64		64	

Pathologies psychiatriques	
Antécédents hospitalisation	20 (31%)
Antécédents suicidaires	26 (41%)
Pathologie actuelle avérée	14 (22%)
Suivi en cours	17 (27%)
/ Total patients	64

Patients sous T.S.O.	Total patients	Prescrits sur le CSST
Méthadone [®]	25	16
Subutex [®]	15	15
dont initié par le CSST Charonne	3	3
dont dispensé en pharmacie	38	38
Substituts nicotiniques	0	0
/ Total patients	64	64

(T.S.O. ayant généré 255 actes médicaux pour ces 31 patients)

Au plan judiciaire :

Patients sous main de justice	26 (41%)
dont injonction thérapeutique	4
dont classement/ orientation	0
dont obligations de soins	2
dont contrôle judiciaire	4
dont sursis - mise à l'épreuve	11
dont liberté conditionnelle	2
dont semi-liberté	0
Autres	3
Antécédents incarcération	32 (50%)
Total patients	64

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 2008 en général et sur les périodes concernées par l'hébergement hôtelier)

Professionnels	Total actes sur 2008	Nombre personnes concernées	Actes sur période hôtel	Nombre personnes concernées
Educateurs	1 949	64	1 161	64
Assistant de service social	387	38	209	30
Psychologue	382	25	210	21
Médecins généralistes	174	46	119	50
Médecins psychiatres	303		248	
dont prescriptions T.S.O.	255	31	143	24
Autres*	225	50	~ 100	30
Total actes	~ 3 400 (3 700)		~ 2 000 Soit ~ 15% de l'activité du CSST (% identique / 2007)	

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

Activités de groupe	Nb de groupes	Nb de participations	Nb de personnes concernées
	8	100	10

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	
Activités collectives	~ 100
Accompagnements / démarches	~ 100
Visites A Domicile	~ 100
Total	~ 300

Détail des actes durant le séjour	% des actes
Suivi social	11%
Suivi éducatif	29%
Accueil-évaluation	<1%
Évaluation studio	1%
Orientation post-cure	2%
Démarches santé	<1%
Aide aux droits sociaux	7%
Aide au logement	1%
Aide insertion professionnelle	3%
Recherche d'hébergement	<1%
Orientations diverses	4%
V.A.D.	4%
Accompagnements	7%
État des lieux hébergement	<1%
Synthèse-bilan partenaire extérieur	<1%
Entretiens bilans - Cadres intermédiaires	5%
Conseillère juridique	5%
Consultations Médecine Générale	5%
Consultations Psychiatriques	7%
Substitution Méthadone®	3%
Substitution B.H.D.	4%
Suivi psychologique	10%
Activités collectives	5%

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

L'hébergement en chambre d'hôtel est de longue date utilisé par le CSST 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 EPICEA.

L'hébergement 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 modifications ou de résiliations du contrat (de la part du résident ou de l'équipe)

Depuis 2007, le nombre de personnes hébergées et la durée moyenne des séjours se sont stabilisés.

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 psychique...).
- 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'utilisateur.
- 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 (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** (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 THERAPEUTIQUES RELAIS

	2008	Evolution 2007-2008
Capacité d'accueil	23 places autorisées	-
Nombre de journées réalisées	8 050	+ 3%
Taux d'occupation	8 050 / 8 395 = 96%	+ 3%
Nombre de personnes	35 hommes 10 femmes	+ 10%
Durée moyenne des séjours (sur 45 séjours)	179 jours	- 11%
Durée moyenne des séjours (sur 22 sorties)	300 jours	- 26%
Ecart (sur 22 sorties)	12 - 454 jours	-

Les Candidatures aux A.T.R.

135 courriers de demandes d'appartement thérapeutique ont été reçus par le CSST Charonne en 2008 (+ 21% par rapport à 2007).

L'analyse de ces demandes a conduit à 70 réponses négatives (52%) 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.

65 de ces 135 (48%) candidatures ont donné lieu à une proposition de rendez-vous avec l'équipe :

- 52 ont été rencontrées,
- 13 ont interrompu la procédure d'admission au cours de l'évaluation (raison inconnue ou hébergement obtenu ailleurs),
- 28 des candidatures ont été récusées 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...),
- 24 sont entrées au cours de l'année (soit 18% des demandes écrites et 46% des personnes rencontrées) et ont intégré un appartement thérapeutique en 2008.

Caractéristiques des personnes hébergées sur les appartements thérapeutiques

Moyenne d'âge : 37 ans

Classes d'âge	
< 18 ans	-
20 - 24 ans	1 (2%)
25 - 29 ans	6 (13%)
30 - 39 ans	18 (40%)
40 - 49 ans	16 (36%)
50 - 59 ans	4 (9%)
60 ans et +	-
Total	45 (100%)

Lieu d'ancrage Domiciliation	
75	29 (65%)
Autre IDF	14 (31%)
Autre région	2 (4%)
Total	45

Logement	Total file active
Durable	1 (2%)
Précaire	43 (96%)
SDF	1 (2%)
Total	45

A noter que 22 des 45 résidents (51%) viennent d'un autre A.T.R. (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 ceux pour lesquels un changement de contexte ou d'équipe paraît plus souhaitable.

Ressources	
Revenus du travail	24 (53%)
Assedic	11 (24%)
RMI	5 (11%)
AAH	3 (7%)
Sans ressource	2 (4%)
Sans information	-
Total	45

Origine demande d'A.T.R.	
Initiative du patient ou de ses proches	1
Structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre...) CSST Charonne ¹ Hors Charonne ²	34
Autres ³	10
Total séjours	45

Répartition des patients suivant les produits les plus dommageables	Produit 1*	Produit 2*	Produit 3 *	Au total	
Alcool	10	6	1	17	38%
Tabac		18	27	45	100%
Cannabis et dérivés	12	3		15	33%
Héroïne	18	10	1	29	64%
Opiacés hors T.S.O. détournés					
Dérivés codéinés	1		1	2	2%
Subutex [®] hors prescription		1		1	2%
Méthadone [®] hors prescription					
Sulfates de morphine	1			1	2%
Cocaïne		6		6	13%
Crack	-			-	-
Amphétamines, Ecstasy					
Ecstasy	1			1	2%
Benzodiazépines	1	1	1	3	7%
Antidépresseurs	1			1	2%
Autres					
Pas de produit		-	-		
Non Renseigné			14		
Nombres de réponses	45	45	31	45	

- 70% sont ou ont été dépendants des opiacés
- 13% utilisent ou ont utilisé de cocaïnes
- 38% sont ou ont été dépendants ou abuseurs d'alcool.
- 100% sont dépendants du tabac

Modalités d'usage du 1^{er} produit	
Usage à risque	7 (15%)
Usage nocif	3 (7%)
Dépendance	35 (78%)
Total	45

1 Essentiellement des personnes hébergées en hôtel

2 Adaje, Pierre Nicole, Aurore 93, Confluences, Meltem, Village Saint Martin, La Fratrie, Mosaique, APS Contact

3 Candidatures soutenues par le mouvement Narcotiques Anonymes ; autres : EDVO, Siloé

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	44	98%	44	98%
Sérologie +	4	9%	16	35%
Sérologie -	38	86%	28	63%
Sérologie inconnue	2	4%	1	2%
Total patients	45		45	

Au plan de la santé :

- 4 sont séropositifs pour le VIH (9%) et sont en traitement.
- 16 sont VHC + (35%) dont 5 sont en traitement.
- 4 présentent des troubles psychiatriques actuels (9%), et 14 (31%) 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 :

- 18 (40%) ont des antécédents carcéraux

Patients sous T.S.O.	Total patients	Prescrits sur le CSST
Méthadone [®]	9	5
Subutex [®]	6	6
Sulfates de morphine	1	0
Dont initié par le CSST	2	-
Dont dispensé en pharmacie	16	11
/ Total patients	45	45
Substituts nicotiniques	-	-

Pathologies psychiatriques	
Antécédents hospitalisation	18 (40%)
Antécédents suicidaires	16 (36%)
Pathologie actuelle avérée	5 (11%)
Suivi en cours	4 (9%)
/ Total patients	45

Au plan judiciaire :

Patients sous main de justice	6
dont injonction thérapeutique	1
dont classement/ orientation	1
dont obligations de soins	0
dont contrôle judiciaire	1
dont sursis - mise à l'épreuve	3
dont liberté conditionnelle	0
dont semi-liberté	0
Autres	0
Antécédents incarcération	18
Total patients	45

A noter que ces patients ont un long parcours de soin, ont réglé leur compte 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 2008	Nombre personnes concernées	Actes sur période hébergement	Nombre personnes concernées
Educateurs	1 110	43	965	43
Assistant de service social	739	41	664	37
Psychologue(s)	507	39	419	34
Médecins généralistes	79	26	77	19
Médecins psychiatres	305		248	
Dont prescriptions T.S.O.	126	12	107	12
Autres*	670	43	350	43
Total actes	~ 3 500		~ 2 800 Soit ~ 20% de l'activité du CSST (21% en 2007)	

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

Détail des actes durant le séjour	% des actes
Suivi social	11%
Suivi éducatif	29%
Accueil-évaluation	<1%
Orientation post-cure	<1%
Démarches santé	<1%
Aide aux droits sociaux	6%
Aide au logement	5%
Aide insertion professionnelle	<1%
Recherche d'hébergement	<1%
Orientations diverses	4%
V.A.D.	13%
Accompagnements	3%
État des lieux hébergement	<1%
Synthèse-bilan partenaire extérieur	<1%
Entretiens bilans - Cadres intermédiaires	12%
Conseillère juridique	2%
Consultations Médecine Générale	2%
Consultations Psychiatriques	6%
Substitution Méthadone®	2%
Substitution B.H.D	2%
Suivi psychologique	16%
Activités collectives	1%

Activités de groupe	Nb de groupes	Nb de participations	Nb de réunions	Nb personnes concernées
	8	32	10	4

Activité de prise en charge à l'extérieur du CSST	
Activités collectives	32
Accompagnements / démarches	70
Visites A Domicile	380

Partenariats et Conventionnements

L'hébergement en A.T.R. du CSST 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

< 1 mois	1
1 à 3 mois	2
3 à 6 mois	4
6 mois à 1 an	7 (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	16	73%
Réorientation	2	9%
Rupture à l'initiative de l'équipe	2	9%
Hospitalisation durable	1	5%
Rupture à l'initiative du résident	1	5%
Décès	-	-
Autres (incarcération...)	-	-
Total sorties	22	100%

Solution d'hébergement à l'issue du séjour		
Service d'hébergement non spécialisé ⁴	2	5%
<div> <div></div> <div>Charonne</div> </div> <div> <div></div> <div>Hors Charonne⁵</div> </div>	-	-
	7	32%
Famille, entourage	2	9%
Hébergement ou logement autonome	10	45%
Sans solution - perdus de vue	1	5%
Total sorties	22	100%

Poursuite du suivi à l'issue du séjour

Suivi ambulatoire CSST Charonne	9	41%
Orientation vers une autre structure	9	41%
Pas d'information sur le suivi ultérieur	4	18%
Total sorties	22	100%

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

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,

⁴ CHS Charonne, CHRS Siloé

⁵ Adaje, Aurore, Pierre Nicole, Sleep off, Trait d'Union...

- 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.

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'usager reçoit le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement du CSST.

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 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 (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 l'objectif principal pour la plupart 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 service 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...

LES APPARTEMENTS DE COORDINATION THERAPEUTIQUE

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

Fonctionnement des A.C.T.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique accueillent en appartement individuel, des personnes atteintes de pathologies lourdes et invalidantes et en situation de fragilité psychologique et sociale.

L'objectif de l'hébergement associé à un accompagnement pluridisciplinaire (médical, psychologique et social) soutenu, est de favoriser une meilleure prise en charge des problèmes de santé, une amélioration de la situation de vie dans son ensemble et une autonomisation optimale.

Ce service recevait à l'origine uniquement des patients souffrant de pathologies HIV, depuis quelques années les personnes admises sur les A.C.T. Charonne cumulent : infection VIH, Hépatite C, cancer, toxicomanie et souvent alcoolisme, problèmes psychologiques graves ou psychiatriques.

L'outil central est la mise à disposition d'un studio individuel sur le parc locatif privé à Paris. Les studios sont équipés et assurés par l'association. La durée de séjour est adaptée à chaque situation et à son évolution.

Pour atteindre ses objectifs et afin de mettre les savoirs-faire en synergie et en complémentarité, l'équipe se positionne systématiquement dans une démarche partenariale.

En 2008 (au titre des mesures nouvelles 2007), la capacité d'accueil de l'établissement A.C.T. est passée **de 8 places à 10 places**. Devant les difficultés rencontrées dans la recherche de ces appartements (diminution de l'offre - loyer exorbitant etc.) un seul studio était opérationnel fin 2008, le deuxième début 2009.

Traitement des demandes

Les dossiers de candidature comportent :

- Un dossier médical type (modèle FNH-VIH) et, de préférence, 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.

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

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

Analyse des demandes (211 dossiers) :

129 hommes (61%) et 79 femmes (38%), 3 transgenres (1%).

Classe d'âge	
18 à 25 ans	9
26 à 29 ans	10
30 à 39 ans	49
40 à 49 ans	92
50 à 59 ans	43
60 à 69 ans	8
Total	211

Origine des demandes	
Service social hospitalier	128
Association CHRS-CSST	56
Service social DASS-CPAM	18
Accueil Cancer	6
Centre pénitentiaire	3
Total	211

Traitement des demandes en quelques chiffres :

Nombre de demandes	211
Demandes non adaptées :	
- demandes avec accompagnement	11
- demandes hors critères A.C.T.	11
Demandes de personnes seules	200
Dossiers adaptés à un accueil A.C.T. Charonne	189
dont Entrées effectives	5
+ nouveau studio fin 2008	1

Origine des candidats :

• Afrique subsaharienne	74	35%
• Afrique du Nord	26	12%
• CEE	99	47%
• Hors CEE	12	6%
	211	100%

Ressources

A.A.H.	78	37%
Sans ressource	60	28%
Travail	22	10%
RMI	27	13%
ASSEDIC-A.R.E.-A.S.S-Indemnités journalières	13	7%
Autres (retraite-rente-pension)	11	5%
Total	211	100%

Mode d'hébergement lors de la demande

Hébergement précaire : Hôtel, foyer, expulsions, squat, hôpital	105	50%
Famille - Amis	60	28%
Sans domicile	40	19%
A.C.T.	3	<2%
Maison d'arrêt	3	<2%
Total	211	100%

Pathologies présentées

Pathologies VIH	129	61%
Autres pathologies : Hépatite C, cancers, arthrites, syndromes neurologiques, insuffisances rénales, respiratoires, hépatiques, diabète	82	39%
Total	211	100%

Les sorties 2008

La durée moyenne de séjour calculée sur **les 5 sorties est de 655 jours, soit environ 2 ans.**

Durée de séjour des personnes sorties en 2008 :

- 1 à 5 mois 1 personne
- 18 à 24 mois 2 personnes
- + de 24 mois 2 personnes

Sur les 5 sorties de 2008 :

- 3 personnes ont été relogées en appartement indépendant, mais avec poursuite du suivi médico-éducatif (pour ces trois patients les dates d'entrée s'étaient échelonnées sur 2004, 2005 et 2006). Ces relogements ont été attribués par l'intermédiaire des accords collectifs labellisés, en lien avec E.P.I.S. et PARIS-Habitat.
- 1 orientation sur le CSST Charonne en **service hôtelier** : personne accueillie en 2007, qui a mis elle-même fin au contrat.
- 1 départ à l'étranger.

Couverture sociale des résidents sortants en 2008 :

- Couvertures sociales avec 100% ALD 5 personnes
- avec une Mutuelle Santé 3 personnes
- CMUC 1 personne

Ressources principales des résidents sortants en 2008 :

- A.A.H. seule 1 personne
- Pension retraite 1 personne
- A.A.H. cumulée 3 personnes

Les entrées 2008

6 personnes : 4 hommes - 2 femmes.

Origine de la demande :

- CSST Charonne 1
- Autres CSST 4
- Centre Hospitalier 1

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

- Hôtel 4
- Hôpital 1
- Famille 1

Ressources à l'entrée en A.C.T. :

- 1 personne bénéficiant d'une pension retraite
- 1 personne bénéficiant d'une pension d'invalidité
- 4 personnes bénéficiant d'une A.A.H.

Activité 2008

14 personnes ont été prises en charge en 2008 : 9 hommes et 5 femmes.

2 833 journées ont été réalisées soit un taux d'occupation de 97%.

Moyenne d'âge : 46 ans.

Date d'entrée des 14 personnes présentes en 2008 :

- 2 entrées en 2004
- 1 entrée en 2005
- 2 entrées en 2006
- 3 entrées en 2007
- 6 entrées en 2008

SITUATION MEDICALE DES PERSONNES ACCUEILLIES :

14 personnes au cours de l'année 2008.

Les pathologies et leurs évolutions

Comme les années précédentes les pathologies les plus fréquentes sont les infections à VIH et/ou à VHC, les addictions et les pathologies psychiatriques.

Infection par le VIH :

9 résidents sur 14

Traitement stable et immunité satisfaisante
Mise sous traitement récente et bonne observance
Arrêt volontaire de traitement

4 personnes
4 personnes
1 personne

Infection par le VHC :

12 résidents sur 14

- Hépatite guérie (ARN- depuis plus de 6 mois)
- Hépatite active (ARN+)
 - en attente de stabilisation des autres pathologies avant la mise sous traitement
 - interruption de traitement (absence de réponse)
 - en cours de traitement

4 personnes
8 personnes
6 personnes
1 personne
1 personne

Autre pathologies somatiques

4 résidents sur 14

- **Cancer digestif** opéré, poche de dérivation, métastases pulmonaires, en rémission, associé à un **adénome de l'hypophyse** : 1/14
- **Spondylarthrite ankylosante**, associée à **maladie de Crohn** : 1/14
- **Diabète insulino-dépendant** (associé à une hépatite C) : 1/14
- **Surcharge pondérale** (associée à une co-infection VIH /VHC) : 1/14

Addiction : 12 résidents sur 14

Consommation excessive ou à risques :

- Alcool 6 personnes
- Benzodiazépines 3 personnes
- Cocaïne 2 personnes
- Cannabis 1 personne

Substitution : 9 personnes

- avec bonne observance : 5 personnes
- avec épisodes de surconsommations : 4 personnes

Troubles psychiatriques 11 résidents sur 14

- Psychose + troubles anxieux 1 personne
- Troubles de l'humeur 2 personnes
- Etat limite 1 personne
- Personnalité antisociale 1 personne
- Troubles dépressifs 1 personne
- Troubles anxio-dépressifs 1 personne
- Troubles anxieux 4 personnes
- Sans troubles psychiatriques 3 personnes

Hospitalisations au cours de l'année 2008 :

Au cours de l'année 2008 les hospitalisations auront été principalement motivées par des problèmes psychiatriques ou addictifs puisque les hospitalisations en pneumologie feront suite à des problèmes respiratoires dus à des surconsommations de psychotropes.

- Pour pathologie psychiatrique : 1 résident pour 3 hospitalisations 42 jours
- Pour pathologie respiratoire 2 résidents pour 3 hospitalisations 40 jours
- Pour bilan de diabète 1 résident 4 jours
- Pour pathologie inflammatoire 1 résident pour 3 hospitalisations 58 jours
- Pour traumatisme 1 résident 1 jour

Les éléments médicaux marquants en 2008

Les **pathologies psychiatriques** et leur intrications ou leurs répercussions sur les prises en charge somatiques ont été les principales difficultés rencontrées dans les suivis médicaux :

- Un résident a fait plusieurs séjours en psychiatrie dont deux en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

- Pour trois résidents, des surconsommations de psychotropes ont entraîné des hospitalisations (réanimation pneumologique) ou compliqué la compréhension des troubles somatiques.
- La stabilisation de troubles psychiatriques a été suivie de modification du comportement alimentaire et de surpoids.

Un résident s'est **exclu** des A.C.T. (avec orientation vers un hébergement d'urgence par la suite) après des manquements répétés au règlement intérieur et une absence de contact avec l'équipe mais son suivi médical par le service hospitalier n'a pas été interrompu.

L'accompagnement médical et paramédical

Un médiateur santé et un médecin généraliste interviennent auprès des résidents autour des questions médicales et les accompagnent 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.

Les temps passés par le médecin et le coordinateur santé se répartissent comme suit :

Médiateur santé

• V.A.D. - soins d'hygiène - aide à l'observance	43%
• Entretiens accueil - bilan - évaluation --suivi dossiers	18%
• Réunions usager sur la nutrition	5%
• Visites à l'hôpital	8%
• Accompagnements extérieurs - autre institution - activités collectives	10%
• Accompagnements R.D.V. Médicaux	16%

Médecin coordinateur

• Les réunions de coordination avec l'équipe A.C.T.	40%
• Les communications avec les différents professionnels médico-sociaux (téléphone, courriers, rencontres à l'hôpital)	15%
• Les consultations	15%
• La participation aux ateliers (nutrition), colloques, séminaires	10%
• La tenue des dossiers des résidents	5%
• L'examen des demandes d'admission (232 dossiers)	5%
• L'évaluation interne	5%

L'atelier nutrition

Avec la participation du Docteur Stéphane TESSIER (à l'époque Directeur) du CRESSIF, nous avons organisé 4 réunions autour « la nutrition ». L'alimentation pour la plupart de nos résidents est trop rarement associée à la notion de plaisir et de convivialité. Le but de ces réunions était de promouvoir une alimentation favorable à la santé à partir de leur représentation. L'objectif était également d'améliorer l'hygiène alimentaire et d'apporter quelques notions d'une alimentation équilibrée.

Le sujet a suscité beaucoup d'intérêts. Ces rencontres ont permis de faire émerger d'autres questionnements autour des problèmes dentaires, de la perte de goût, des consommations d'alcool etc. qui seront certainement les prochains thèmes des réunions en 2009.

L'activité du service

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

- | | |
|---|----------|
| • Chef de service (éducatrice) | 1 ETP |
| • Educatrice (entrée le 15/04/2008) | 0.50 ETP |
| • Moniteur Educateur (entré septembre 2008,
(en contrat de professionnalisation, donc à mi-temps sur le terrain) | 1 ETP |
| • Médiateur santé | 1 ETP |
| • Psychologue | 0.50 ETP |
| • Médecin (généraliste) coordinateur | 0.23 ETP |
| • Médecin psychiatre
(Consultation sur demande) | 0.04 ETP |
| • Agent technique | 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 Educateur : Moniteur Educateur - 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 Charonne, ainsi qu'à la conseillère juridique détachée sur le CSST par l'association ADSP (Accès aux Droits - Solidarité Paris).

Le temps que l'Assistante Sociale du CSST met à disposition des A.C.T. est limité à deux demi-journées par mois. Il est principalement utilisé pour instruire les dossiers de relogement et préparer les personnes aux exigences de l'accès à un logement autonome (démarches administratives, budget, etc.). Faute de temps, l'accompagnement de la sortie des A.C.T. est délégué à l'équipe éducative qui, sous ses conseils arrive tant bien que mal à pallier ce manque. Les éducateurs sont également très sollicités lors des sorties, ils doivent la plupart du temps, participer au déménagement, à l'emménagement etc. pour finaliser le départ et installer les personnes dans de bonnes conditions. Dans les années à venir, l'embauche d'une Assistante Sociale au sein des A.C.T. soulagerait l'équipe éducative et nous permettrait de travailler plus professionnellement autour des sorties.

L'activité en chiffre

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

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.

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

	Nombre d'actes	dont service de suite*
Educateurs	772	123
Médiateur santé	748	192
Psychologue	424	119
Assistante sociale CSST	70	

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

Types d'actes	Educateurs	Psychologue	Médiateur santé	Médecin coordinateur
Visite A Domicile	322	42	322	56
Entretien bureaux	152	352	135	22
Visite hôpital	45	13	60	6
Accompagnements	163	4	194	-
Activités collectives	90	13	37	12

L'individualisation des accompagnements

Sandra BELIN, Educatrice

L'objectif des A.C.T. est de permettre aux résidents d'acquérir une autonomie maximale, dans leur vie quotidienne, leurs démarches sociales, l'organisation de leurs soins... Dans cet optique, l'accompagnement social est défini selon chaque cas.

Afin d'illustrer cela, deux situations :

Monsieur A.

M. A., 42 ans, a été adressé par le CSST La Terrasse qui avait mis en avant ses difficultés à se prendre en charge au niveau de sa santé. Suite à une rupture avec son ex-compagne, il s'est retrouvé sans domicile en 2007, hébergé quelques temps par La Terrasse puis par le CHS de Charonne. M. A. a trois enfants, deux âgés de 20 ans avec qui il entretient de bonnes relations et un de 4 ans qui vit chez son ex-compagne. Lorsqu'il est admis dans les A.C.T. en septembre 2008, l'équipe fait le constat de son autonomie pour mener à bien ses démarches sociales. L'accompagnement consiste surtout à l'informer sur ses droits, ses

devoirs et à maintenir une relation d'aide qui lui permettra, dans un futur proche, de mieux appréhender le début de son traitement VHC. et si son état de santé le permet, une perspective de réinsertion professionnelle. En revanche, il y a beaucoup à faire du point de vue médical, M. A. minimise ses problèmes de santé ce qui l'amène parfois à oublier son suivi, par exemple les contrôles de glycémie qu'il néglige.

Monsieur B.

M. B., 43 ans, a un long parcours d'errance et de consommation de produits, il a été adressé par Gaïa Paris. Après la rupture d'un séjour sur une autre structure A.C.T., il avait été hébergé en hôtel, et négligeait tant l'observance de ses traitements que le renouvellement de ses documents administratifs... M. B. n'est pas complètement isolé ; il a une fille de 22 ans qu'il voit très régulièrement, il s'occupe de sa mère malade avec laquelle il doit, en raison de son état de santé, manger pratiquement tous les jours. Sa prise en charge débute en septembre 2008. Dans un premier temps, il a souhaité être accompagné, puis rapidement l'équipe est intervenue surtout pour préparer ses rendez-vous. Il reste encore un gros travail à faire sur l'alimentation, car M. B. est en surpoids et doit retrouver une alimentation plus saine et une activité physique appropriée à son état de santé.

Pour conclure, des accompagnements répétés sont souvent nécessaires, vers des structures sociales ou d'insertion, pour assumer une vie quotidienne plus organisée, réinvestir une vie relationnelle... Le regard des autres, la peur de l'inconnu restent très marqués chez les résidents qui souffrent de solitude, d'insuffisance de valorisation personnelle et de reconnaissance sociale.

Les sorties et activités

Sandra BELIN, Educatrice

La majorité des résidents est sans activité professionnelle. La vie quotidienne est centrée sur les démarches sociales ou de soin. Leur vie affective et personnelle est pauvre ; l'ennui et la solitude marquent leur quotidien. L'équipe des A.C.T. leur propose un espace pour organiser quelques sorties et activités (pique-nique, cinéma...), et réanimer des capacités d'initiative et d'animation de leur vie sociale.

Ces actions mises en place ont également pour objectif de contribuer au bien-être et à l'équilibre physique, social et moral des personnes. Leur demande est qu'on organise pour eux régulièrement, celle de l'équipe est qu'ils puissent s'investir dans des activités extérieures, soutenues par d'autres (CSST Charonne, AIDES, l'ACERMA...), si elles sont adaptées à leur état de santé.

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

Au cours des entretiens, les thématiques abordées par les patients s'organisent souvent autour de la révélation, ou non, de la maladie et du questionnement sur la relation à l'autre, le sentiment de rejet, de honte, de responsabilité et de culpabilité. Il y est également question du vécu de la précarité sociale : difficulté à se réinsérer, manque de ressources...

Pour les patients séropositifs pour le VIH, ce statut sérologique se transforme rapidement en statut identitaire qui vient modifier les rôles sociaux, qu'ils soient professionnels, familiaux et sexuels. Dans ce contexte, le suivi psychologique tend à aider le résident sur le plan du développement personnel, du soin de lui-même, au sens large du terme, et de l'émergence de liens entre facteurs émotionnels et traitements. Au-delà des difficultés psychologiques actuelles, ces entretiens vont pouvoir évoquer le parcours de vie, le cas échéant, les répercussions d'un déracinement, l'histoire avec les produits psychoactifs... Tout cela visant à la construction (ou la reconstruction) d'un projet de vie.

La prise en charge psychologique vise à ce que la personne ne se réduise pas à sa maladie en privilégiant le questionnement plutôt que la réponse normative, que sa pensée ne soit pas prise en otage par un corps qui domine.

Le suivi psychologique se centre sur les axes suivants :

- Evaluation des difficultés psychiques, des troubles psychopathologiques.
- Soutien et accompagnement.
- Education thérapeutique comme une démarche pour améliorer la qualité de vie de la personne : sensibilisation, information et apprentissage (le psychologue se concentrant essentiellement sur les deux premiers axes relayant le troisième à la prise en charge médicale).
- Psychothérapie (le psychologue se réfère à différentes écoles de pensée (courant analytique, thérapies comportementales et cognitives...)).

Il vise à :

- Etablir une relation de confiance.
- Prodiguier une aide relationnelle personnalisée.
- Recueillir la demande là où elle est.
- Susciter une élaboration autour de(s) vécu(s) traumatique(s).
- Soutenir et renforcer le Moi.

Les modalités de prise en charge s'organisent de la façon suivante :

- **Un rendez-vous** est proposé dans le premier mois après l'admission, afin d'entendre la demande, ou la non demande de suivi psychologique, réfléchir sur les objectifs poursuivis dans le cadre du projet de soin du patient.
Le suivi psychologique est proposé à la personne accueillie et non imposé dans le cadre du contrat de séjour : il s'agit d'une démarche individuelle et spontanée.
- **Le suivi psychologique** à proprement parler s'instaure dès lors que la personne en a exprimé le souhait.
Il peut prendre différentes formes et modalités : psychothérapie de soutien, psychothérapie d'orientation analytique, psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale, ou encore entretiens épisodiques à la demande... La fréquence est également déterminée en fonction des différents rendez-vous liés à la prise en charge médicale ; elle s'organise souvent sur le mode d'un rendez-vous par semaine ou une fois par quinzaine.
- Le suivi se déroule sur un temps et un espace institutionnels (sur prise de rendez-vous, sur un lieu adapté à la prise en charge : dans les bureaux, sur le lieu d'hébergement, et même parfois à l'extérieur à l'occasion d'un accompagnement ou au cours d'une hospitalisation).

- Les consultations sont gratuites.
- La parole est protégée, l'intimité préservée dans le cadre du secret professionnel, et du secret partagé. Le psychologue se réfère non seulement à la loi, mais aussi, au « Code de Déontologie des psychologues ».

Par ailleurs, le psychologue doit également être en mesure d'éclairer et d'étayer l'équipe sur des éléments de dynamique psychique qui sont susceptibles d'influencer le projet de prise en charge globale de la personne.

Il participe en tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire à la réunion de synthèse hebdomadaire, aux rencontres ponctuelles avec les partenaires ; il peut être sollicité au cours des échanges entre les différents membres de l'équipe afin d'éclairer sur certaines situations.

Dans le cadre de son activité, le psychologue se rend à des séminaires, colloques et formations afin d'actualiser ses connaissances et compétences professionnelles.

Illustration clinique :

Nathalie FESCHE, Psychologue

Madame I., âgée de 43 ans, est orientée sur le service des A.C.T. par son hôpital de référence en février 2007. Cette candidature est soutenue par les services de maladies infectieuses, et de service de psychiatrie.

Un rapport social succinct mentionne une situation administrative stabilisée (les différentes ouvertures de droits étant déjà mises en place). Le suivi médical concernant sa pathologie somatique est bon et les traitements semblent bien tolérés. Sur le plan psychologique, Mme I. est très fragilisée depuis sa rupture d'avec son compagnon qui l'a conduite à une Tentative de Suicide associant médicaments et alcool.

Mme I. est orientée sur les A.C.T. dans l'idée de poursuivre sa prise en charge médicale avec comme axe de travail principal de rendre possible l'accès à un traitement de son hépatite.

Lors du premier entretien d'évaluation en mars 2007, Madame I. est prostrée, recroquevillée sur elle-même, sursautant au moindre bruit. Sa parole est difficile à poser. C'est seulement après quelques sollicitations qu'elle arrive à se détendre et à aborder son parcours de vie marqué par des événements traumatiques (maltraitance dans l'enfance), consommation d'héroïne, puis isolement familial.

C'est dans ce contexte de grande fragilité psychologique que la patiente fait sa demande d'accueil évoquant son souhait d'être soutenue et accompagnée. Il a fallu environ six mois de prise en charge psychologique à hauteur d'un rendez-vous par semaine pour permettre à Mme I. de gérer ses angoisses. Ses manifestations phobiques l'empêchaient de sortir de son appartement, et de prendre les transports en commun. Des accompagnements s'imposaient pour tous ses déplacements.

Le suivi psychologique a consisté à mettre en évidence et en relation les dimensions suivantes : ses pensées automatiques, ses émotions et ses sensations afin de l'aider à relativiser, mettre à distance par l'accès à des pensées alternatives. Parallèlement, une prise en charge spécifique pour l'aider à contrôler ses angoisses lui a été proposée (exercices de contrôle respiratoire, relaxation - méthode Jacobson).

Progressivement, lorsque les troubles sont devenus de moins en moins invalidants, la prise en charge s'est orientée vers un suivi psychologique d'orientation analytique, au

cours duquel, Mme I. a pu apporter un matériel plus dégagé du somatique (rêves, questionnement personnel en lien avec son histoire de vie...).

Courant 2008, lorsque la patiente est entrée dans un protocole hospitalier en vue d'un traitement, le suivi s'est encore modifié. En effet, au regard des nombreux effets indésirables, un travail sur l'estime de soi et le soutien lié au découragement... a été engagé. Il a été proposé une orientation auprès d'un psychiatre en vue de lui adapter un traitement psychotrope, mais cette démarche n'a jamais abouti devant les réticences de la patiente.

Après plusieurs mois, le traitement somatique s'est avéré efficace malgré de nombreux épisodes inquiétants (décompensations somatiques conduisant à des hospitalisations). Au quotidien, elle se déplace seule (à ses différents rendez-vous, faire ses courses...), elle a peu à peu repris confiance en elle et s'autorise à envisager une relation affective !

Dès lors, que le traitement sera terminé, Mme I. souhaite reprendre une formation afin de retrouver une activité professionnelle en tant que secrétaire-comptable, profession qu'elle a exercée pendant près de huit ans, qui semblait l'épanouir !

Cet accompagnement illustre l'importance de l'approche pluridisciplinaire. L'intervention du psychologue est essentiellement du côté de l'étayage pour le patient, d'éclairage pour l'équipe qui peut être désarmée devant des conduites peu lisibles. Le suivi socio-éducatif permet le soutien à la vie quotidienne, l'aide à la gestion des démarches... tandis que le suivi de santé permet de faire au mieux avec la maladie. Le suivi psychologique aide le sujet à dépasser la maladie, à le resituer dans son histoire, à construire des perspectives positives.

Il s'agit d'une prise en charge totale de la personne, qui implique une double médiation : celle de l'interdisciplinarité et celle de la relation particulière à la personne accueillie.

Le même accompagnement du point de vue du Médiateur santé

Francis BLIN, Médiateur santé

Pendant les premiers mois de la prise en charge, le suivi de cette patiente s'avéra délicat. Sous l'effet de dose massive de benzodiazépines, elle se retrouvait souvent dans des états confusionnels avec des conséquences graves sur son quotidien : perte de clés, fuite d'eau etc.

*L'équipe se questionnait sur la pertinence de cette prise en charge. L'encadrement proposé en A.C.T. individuel était-il adapté ? Ne fallait-il pas la réorienter vers une autre structure ? Après plusieurs entretiens et temps de synthèse, il a été décidé de continuer le suivi avec des visites journalières, voire **pluriquotidiennes**.*

La décision a été, d'abord celle d'un déménagement sur un appartement plus petit, plus contenant, dans un quartier moins connoté affectivement pour elle, puis de remettre en place un suivi psychiatrique à l'E.C.I.M.U.D. de l'Hôpital Tenon. Un traitement psychotrope a été prescrit et délivré au quotidien.

La maladie VIH étant stabilisée, le traitement de son hépatite C a été envisagé. La patiente avait beaucoup de questions et d'à priori sur ce traitement. L'accent a donc été mis sur des informations adéquates. Le jour de la première injection d'Interféron, la patiente s'est trouvée dans un état de grande angoisse, qui a été bien apaisée par une

visite à domicile. Une disponibilité téléphonique a également été proposée, dont elle s'est emparée le soir même ; elle s'était mis en tête qu'elle faisait une réaction à l'Interféron, avait du mal à respirer, tremblait... Cette crise d'angoisse aiguë a mobilisé une nouvelle V.A.D. en soirée, l'appel du médecin coordinateur pour faire le point sur la situation et adapter le traitement.

A la troisième injection, les complications somatiques sont apparues : anémie , neutropénie et thrombopénie... qui ont nécessité une hospitalisation.

A sa sortie d'hôpital, des services à domicile ont été mis en place (plateaux repas et aide ménagère), mais très vite de nouveaux problèmes sont apparus qui ont nécessité une nouvelle hospitalisation.

Toujours sous benzodiazépines, cette sortie de l'hôpital a contraint à reprendre un accompagnement quotidien avec aide à la gestion du traitement au domicile. L'état de santé restait précaire, malgré un traitement par E.P.O. et Neupogen.

Cinq mois après le début du traitement VHC, Mme L. a été hospitalisée d'urgence en réanimation pour une suspicion d'embolie pulmonaire. Pendant quelques semaines l'incertitude du diagnostic et la non compréhension des symptômes, affichées par les médecins hospitaliers, ont entraîné un regain d'anxiété de la patiente, sans permettre à l'équipe A.C.T. de l'aider pendant cette période.

Ce suivi a posé beaucoup de problèmes de coordination, d'abord entre les différents services hospitaliers : Urgences, Réanimation, service de Maladie Infectieuses... et avec l'équipe des A.C.T.

Le traitement a été très difficile avec des effets secondaires multiples qui ont entraîné plusieurs hospitalisations, qui n'ont pas apporté de réponses aux différentes questions qui se posaient.

L'issue a néanmoins été favorable.

Les partenaires

Le dispositif des A.C.T. Charonne travaille en réseau avec différentes institutions.

En amont des séjours : services sociaux des hôpitaux, associations de lutte contre le sida, CSST... 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, services d'aide ou de soins à domicile, CSST ou CCAA..., services sociaux de droit commun.

En 2008, les partenaires mobilisés autour des résidents ont été les suivants :

- **Les hôpitaux (soins somatiques):** Saint-Louis, Saint-Antoine, Tenon, Lariboisière, Pitié-Salpêtrière, Georges Pompidou, Marmottan (consultation de médecine générale et hospitalisation).
- **Les hôpitaux psychiatriques :** Maison Blanche (site Avron).

- **Les partenaires en addictologie :** CSST Charonne, CSST Marmottan, service d'addictologie de Fernand Widal et d'Emile Roux.
- **Professionnels de ville :** médecins généralistes et spécialistes (dont biologistes et radiologistes), kinésithérapeutes.
- **Divers :** Foyer Picoulet, Culture du cœur.
- **Associatif :** E.P.I.S., Coordination AIDES, Advocacy.
- **Réinsertion professionnelle :** Envol insertion, Vivre-Emergence, Cap Emploi.
- **CRESSIF : atelier nutrition.**
- **Services Administrateurs de Tutelles.** Aujourd'hui nous sommes amputés d'un partenaire qui garantissait une bonne intégration sociale de la personne relogée dans un appartement autonome. A ce jour aucune mesure, sur Paris, n'a remplacé les tutelles aux prestations sociales et le service est obligé de pallier ce manque entraînant une charge de travail supplémentaire à l'équipe.
- **Centre d'Action Sociale des 10^{ème}, 11^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris.**

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

LE CENTRE BEAUREPAIRE

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 EN 2008

FILE ACTIVE, PASSAGES, FREQUENTATION

1. NOMBRE DE PASSAGES ET OU CONTACTS ANNUELS

Lieu fixe : 17 304 en 2008

Moyenne par jour : 72

La fréquentation du CAARUD est en baisse de 17% par rapport à l'année précédente. La diminution des passages par jour améliore la disponibilité de l'équipe et libère du temps pour les accompagnements. L'équipe poursuit son travail d'orientation des non-usagers de drogues vers les structures d'accueil généralistes (CAMRES, ESI Saint Martin, Boutique Bichat...).

2. CARACTERISTIQUES DE LA FILE ACTIVE 2008

File Active	Nouveaux usagers	Femmes
833	582	29

La file active est en augmentation par rapport à 2007 (+11%), tandis que le nombre de nouveaux est en légère régression (- 4%).

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%	36%	51%	11%

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

3. PRODUITS CONSOMMES en nombre de consommateurs pour chacun de ces produits, (évaluation)

Héroïne 11	Cocaïne 20	Crack 18	Buprénorphine 82	Benzodiazépines 124	Ecstasy 12
LSD 4	Amphétamines -	Cannabis 345	Sulfate de morphine 16	Alcool 606	Autre -

La polyconsommation de produits devient la règle, avec prédominance de l'alcool..

4. ACCUEIL COLLECTIF ET INDIVIDUEL, INFORMATION ET CONSEIL PERSONNALISE

Modalités de l'accueil

Le Centre Beaurepaire offre un espace d'accueil adapté à une population importante. Les deux tiers de la fréquentation quotidienne ont lieu le matin, où un petit déjeuner est proposé. L'équipe est confrontée tous les jours à de nouveaux arrivants qui ne sont pas usagers de substances psychoactives, et qui doivent donc être réorientés. L'arrondissement, avec la présence de nombreux exilés est particulièrement exposé à un public en errance qui cherche du soutien dans tous les centres sociaux existants. Si leurs difficultés sont compréhensibles, nous devons conserver la spécificité du CAARUD en orientant les non usagers vers des structures généralistes adaptées. La mise en service du KIOSQUE co-géré par France Terre d'asile et Emmaüs devrait améliorer la situation de ces réfugiés.

L'espace d'accueil doit pouvoir rester un espace de transition avec la rue, sans exigence autre que de respecter le règlement de fonctionnement. Aucun projet de soin ou d'abstinence ne doit être la condition pour venir au CAARUD. Il s'agit d'un fondement de la réduction des risques. La parole et la relation à l'autre est notre outil principal. Les usagers qui fréquentent Beaurepaire sont en relation avec une équipe qui les considère, non pas simplement comme des usagers de drogues, mais dans leur globalité et leur singularité.

Education à la santé

Le travail entrepris sur le Programme d'Echange de Seringues semble porter ses fruits. Nous avons doublé l'échange et la récupération de seringues en trois ans. Un éducateur est référent du PES qui est localisé dans une pièce attenante à la salle d'accueil. Dans cet espace, nous avons mis l'accent sur la promotion du stérifilt depuis quelques années et sur la prévention de l'hépatite C. Nous participerons aux réunions du projet ERLI en 2009 avec les CAARUDs d'Ile De France.

196 entretiens informels ont été réalisés par les membres de l'équipe sur la Réduction Des Risques avec les usagers du Centre. 58 entretiens sur les risques liés à la sexualité ont été suivis d'une incitation au dépistage avec l'association AREMEDIA qui intervient tous les deux mois dans les locaux.

Les risques liés à l'alcool et au tabac sont aussi un axe de prévention important et nous évaluons à près de 200 discussions autour de ces thèmes avec les usagers en 2008.

Enfin 3 groupes de paroles liés aux consommations de produits y compris l'alcool ont eu lieu avec l'animation d'un éducateur référent.

Les thèmes suivants ont été abordés :

- L'injection de Skénan[®].
- La consommation de crack.
- La polyconsommation alcool médicaments.

L'injection de skénan[®] est une pratique courante de certains usagers du Centre. De plus une dimension culturelle est à prendre en compte. Les primo-consommations sont initiées par des pairs souvent issus du même pays. Les acteurs du groupe étaient de nationalité russe et consommaient alternativement Méthadone[®]/Skénan[®] injecté.

La consommation de crack par voie injectable a aussi été abordée ainsi que les dommages effectifs (capital veineux) et les manières de les prévenir (filtrage, matériel d'injection neuf, sensibilisation au crack fumé...).

La polyconsommation médicaments/alcool est courante et concerne un nombre important d'usagers. Ainsi nous avons travaillé sur l'excès de consommation d'alcool et sur les médicaments associés (la dangerosité de certains mélanges).

Le but de cet atelier RDR est de mettre en parole leurs pratiques, afin d'en réactualiser les connaissances, de réduire les risques et les dommages liés à leurs usages.

5. SOUTIEN AUX USAGERS DANS L'ACCES AU SOIN

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

L'Aide à l'hygiène avec 2.162 douches en 2008 est un élément incontournable de l'amélioration de l'image de soi. Les éducateurs aident physiquement ceux qui n'ont plus la force de se doucher et leur procurent des habits propres. Nous encourageons ceux qui en ont besoin à se laver afin d'éviter le basculement vers la clochardisation et le déni de soi.

Les soins corporels avec 84 bains de pieds, et les coupes de cheveux sont la manifestation concrète de la relation d'aide qui s'établit entre l'équipe et les usagers du CAARUD .La parole est thérapeutique les soins corporels le sont aussi.

Les soins des plaies sont une réalité quotidienne à Beaurepaire. Les chutes, les bagarres nécessitent de soigner tous les jours plusieurs usagers .L'équipe a réalisé 880 soins de plaies cette année, le médecin 60. Le renforcement de l'équipe par un temps infirmier se confirme comme nécessité.

Cette activité autour du corps prend du temps, mais correspond à des besoins primaires indispensables pour un public précaire. Elle constitue aussi un temps de grande d'empathie de l'équipe à l'égard des usagers.

La salle comme les douches sont des observatoires pour repérer l'état de santé des usagers. Certaines pathologies sont en effet parfois difficiles à exprimer aux éducateurs, comme par exemple la gale. Les affections dermatologiques font l'objet soit d'une orientation sur le médecin de l'équipe soit vers l'hôpital Saint-Louis qui est à proximité de nos locaux.

L'équipe éducative en collaboration avec le médecin qui est présent trois demi-journées par semaine effectue de nombreuses orientations médicales. Un réseau de partenaire s'est tissé au fil des années sur qui nous pouvons orienter les usagers. L'APHP est à ce titre un partenaire privilégié (Hôpital Saint-Louis, Hôpital Fernand Widal). Un accompagnement physique est une nécessité pour ceux qui ne parlent pas français. Cela permet à l'équipe de rencontrer et d'échanger avec le personnel hospitalier et de faciliter la prise en charge.

Orientations vers le système de soins spécialisés ou de droit commun

	Actes sur place	Orientations Médecin	Orientations Equipe éducative	Accompagnements	Totaux
Médecine générale	497	100	167	28	792
Aide à la substitution aux opiacés		10	28		48
Prise en charge problèmes d'alcool		10			
Suivi psychologique ou psychiatrique		19	23		42
Traitement V I H Sida		3			3
Urgences			26	18	44
Entretien psychologique BOCIEK	132				169
Entretien psychiatrique ELP	23		14		
Total	652	142	258	46	1 098

6. L'ACTIVITE MEDICALE

L'activité médicale est stable par rapport aux années précédentes :

- Consultations auprès des usagers : environ 500 consultations (497) pour environ 200 usagers (224),
- remise des résultats des dépistages effectués par l'association AREMEDIA (hépatites, VIH-Sida, IST) et le Centre Edison (tuberculose),
- participation aux rencontres avec les partenaires extérieurs,
- gestion des dossiers, du matériel médical et des médicaments.

Les consultations

La file active des usagers consultants (224) est stable dans ses caractéristiques :

- Age moyen 45 ans (88% entre 25 et 55 ans), 10% de femmes,
- nationalités d'origine : France 27%, Pologne 20%, Inde 15%, pays du Maghreb 13%,
- couverture sociale : Sans 45%, CMU 25%, AME 15%.

Les caractéristiques des consultations (497) sont également stables :

- Motifs : dermatologie 27%, locomoteur 15%, addiction 10%,
- actes pratiqués : pansements, strappings, ablations de fils, vaccins (tétanos et hépatite B),
- orientations : principalement en dermatologie (traitement gale, furonculose et psoriasis), urgences, radiologie, biologie, psychiatrie, orientations sociales.

Les orientations se font principalement vers :

- L'hôpital Saint- Louis (PASS Verlainne, Dermatologie et Urgences),
- l'hôpital Lariboisière- Fernand Widal (Urgences, Orthopédie, ORL, Médecine Interne, Psychiatrie),
- l'Equipe de Liaison Psychiatrique La Terrasse,
- l'hôpital des Quinze-Vingts (Ophtalmologie),
- l'hôpital Pitié-Salpêtrière (PASS bucco-dentaire),
- le CCAS Richerand (Spécialistes de ville, Biologie, Radiologie),
- les travailleurs sociaux (en interne ou structures partenaires).

Les dépistages

Hépatites - V I H Sida - Syphilis :

Les actions de dépistage « hors les murs » ont été réalisées avec l'association AREMEDIA avec laquelle nous avons construit un partenariat depuis trois ans. Les prélèvements sanguins ont lieu sur place .Les résultats sont restitués par le médecin du Centre dix jours plus tard. Aucune primo-infection pour le VIH n'a été dépistée en 2008.

63 dépistés : 3 sérologies HIV+ connues, 6 sérologies HCV+, 3 sérologies Ag Hbs + ;
50% des dépistés ne sont pas immunisés contre l'hépatite B

La moitié des dépistés ont reçu leurs résultats au centre :

- 2 orientations vers des spécialistes.
- 10 propositions de vaccinations hépatite B et 5 vaccinations réalisées, au moins partiellement, dans les suites du rendu des résultats de dépistage.

Tuberculose :

43 dépistages par radiographie pulmonaire : 41 non pathologiques, 1 image non tuberculeuse, séquellaire, 1 à refaire.

L'accompagnement dans le traitement des addictions

Aucun traitement des addictions n'est prescrit au Centre Beaurepaire, mais 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.

Depuis quelques années nous avons amélioré nos partenariats pour la prise en charge des problèmes d'alcool : possibilité de consultations et d'hospitalisations pour sevrage 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

Comme les autres années nous avons délivré des traitements antituberculeux 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.

Les soins aux populations non francophones

La présence de l'équipe BOCIEK au cours de l'année 2008 a permis de faciliter le déroulement des consultations et les orientations des ressortissants de l'Europe de l'Est non francophones, notamment pour des prises en charge des dépendances à l'alcool.

Un effet similaire est attendu avec le travail entrepris fin 2008 en direction des usagers originaires du Penjab (Inde), pour améliorer la communication avec eux, l'appréhension de leurs besoins d'accompagnement médico-psycho-social et leur information sur leurs droits et l'accès aux soins.

7. ACCES AUX DROITS AU LOGEMENT ET A LA REINSERTION PROFESSIONNELLE

Accès aux droits	Nombre de dossiers ouverts	Orientations Accompagnements	Totaux
Droits sociaux, (Minimas sociaux,RMI, AAH ,API	192		192
Santé (CMU, CMU-C, AME...)	71		71
Démarches administratives (papiers, domiciliations)	133		133
Démarches Justice (assignation, obligation de soin...)	172	14	186
Total	568	14	582

Accès au logement	Nombre de dossiers ouverts	Orientations Accompagnements	Totaux
Hébergement d'urgence	337	218	555
Hébergement social (CHRS...)	4		4
Hébergement thérapeutique (CTR, ATR, ACT, communauté)	6		6
Recherche de logement autonome	2		2
Total	349	218	567

Insertion, réinsertion Professionnelle	Nombre de dossiers ouverts
Recherche d'un emploi	176
Recherche d'une formation	11

L'activité sociale s'organise dès le matin à partir de onze heures, la première heure d'ouverture nécessitant la présence de toute l'équipe à l'accueil.

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 les situations rencontrées. Chacun peut ensuite se proposer pour un accompagnement 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.

L'accès à un hébergement est une priorité pour la plupart des usagers. Ceux qui décident de sortir de la spirale infernale de la recherche d'hébergement d'urgence via le 115, trouvent des solutions alternatives en ouvrant des squats. Le centre Beaurepaire dispose d'une chambre d'hôtel à l'année pour parer aux situations d'urgence, alors que la fréquentation quotidienne de la structure est de 72 personnes. Un nombre trop important d'usagers dorment encore dehors ou dans des abris de fortune.

Une assistante sociale, présente une journée par semaine, apporte un éclairage technique à l'équipe éducative du CARRUD. Sa contribution permet de dédramatiser certaines situations en débloquent des dossiers. Les modalités d'accueil sans RDV permettent aux usagers d'avoir une réponse rapide, une intervention ponctuelle. 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.

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.

L'atelier Alphabétisation Français Langue Etrangère

L'atelier d'alphabétisation, animé par une éducatrice polonophone, a débuté en octobre 2008 pour un public en précarité et de différentes nationalités. Durant ces 3 mois de fonctionnement au Centre Beaurepaire il 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 la migration des participants a été importante, pour la moitié des usagers la fréquentation des cours est devenue régulière.

Nous ne pouvons pas encore parler du progrès linguistique des personnes participant à l'atelier d'alphabétisation, mais leur motivation à apprendre la langue est toujours présente.

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

8. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION

Matériel stérile	Nombre		Nombre
Matériel distribué par automates - kits, steribox, kap	-	Préservatifs femmes Préservatifs hommes Gel lubrifiant	- 17 600 9 500
Trousses d'injection délivrées par l'équipe du CAARUD - kits, kap, steribox	-	Stérifilt Stéricups Eau PPI (5 ml) Tampons alcoolisés Pansements Ethylotests	2 023 3 021 2 641 4 017 - -
Seringues distribuées à l'unité par l'équipe du CAARUD - Seringues 1cc - Seringues 2cc	5 964 95	Pipes à crack	48
Jetons distribués	1 000	Matériel de sniff :	-
Brochure et matériel d'information	-	Roule ta paille	-
Autre matériels de prévention			
Autre 1 : préciser	-	Autre 2 : Embouts	45
Récupération de matériel usagé			
Seringues souillées récupérées	3 714	Récupérateurs de seringues mis à disposition	-

9. MEDIATION 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 souvent 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, évènements qui restent d'ailleurs rares.

10. ELABORATION D'UN REFERENTIEL POUR L'EVALUATION INTERNE

Un processus d'évaluation interne s'est mis en place au sein des différents services et établissements de l'association Charonne. Un groupe de travail des deux CAARUDs a permis la construction d'un référentiel tout au long de l'année 2008 qui a été validé par le Conseil d'Administration. L'évaluation interne démarrera en 2009, toujours dans une démarche participative et commune aux deux CAARUDs de l'association.

11. LES NOUVEAUX PROJETS

Le Projet indien

Constats et problématique :

Le CAARUD Beaurepaire de l'association Charonne, situé dans le 10^{ème} arrondissement de Paris, reçoit une population présentant des problématiques addictives, constituée de près de quarante nationalités différentes. La moitié des personnes accueillies sont en situation administrative irrégulière.

Parmi elles, les personnes se réclamant de nationalité indienne, forment un groupe conséquent (10% de la file active) originaire du Penjab, et présentent un état sanitaire particulièrement inquiétant et une méconnaissance persistante du dispositif d'accès au soin et de droit commun ; de plus la communication n'est possible dans la majorité des cas ni en français ni anglais.

Face à des situations durables de mise en échec de son intervention, l'équipe du centre a réfléchi à cette problématique particulière.

Le projet :

Objectif général :

Construire un réseau d'intervention auprès de ces publics d'origine indienne en errance, réseau impliquant des partenaires locaux (spécialisés et de droit commun) pour améliorer la situation sanitaire et sociale de ce groupe.

Objectifs opérationnels individuels (cas / cas):

- 1- Accès à une domiciliation et à une couverture maladie.
- 2- Evaluation médicale dont dépistages (Infections virales - VIH, hépatites - Maladies Sexuellement Transmissibles, Tuberculose...).
- 3- Travail d'information sur :
 - L'accès aux droits sociaux, aux centres d'hébergement,
 - les permanences d'accès au soin à l'hôpital,
 - les permanences juridiques,
 - les cours de français...
 - voire à l'aide au retour pour ceux qui le désireraient,

Objectifs opérationnels en terme de réseau :

Partenaires santé :

- CASO (Centre d'Accès au Soin et d'Orientation) de Médecins Du Monde.
- PASS permanence d'accès au soin de l'hôpital Saint-Louis.

Il a été convenu de travailler avec ces structures au cas par cas - avec une lettre explicative du médecin de Beaurepaire et un accompagnement physique d'un éducateur si nécessaire. Les intervenants de MDM sont en capacité d'ouvrir des droits à l'Aide Médicale d'Etat si les personnes ont une pièce d'identité périmée.

Partenaires sociaux :

L'équipe de maraude d'Emmaüs des 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} arrondissements a manifesté un intérêt pour ce projet qui privilégie le partenariat avec des acteurs locaux.

Partenaires compétents sur le versant juridique : Recherche en cours (GISTI, LA CIMADE, COMEDE, ACAT, ANAEM ...). Les questions administratives et juridiques sont à travailler en priorité afin de ne pas soutenir de faux espoirs de régularisation.

Partenaire principal à recruter :

Une **structure d'accueil de droit commun** type ESI, permettant de développer un accueil « inconditionnel » à vocation sociale, afin de ne pas faire du CAARUD un pôle d'attraction de publics de même origine, mais non porteurs de problématiques addictives.

Objectifs d'observatoire :

Des contacts ont été pris avec l'EHESS (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) et avec le Centre d'Etude de l'Inde et de l'Asie du Sud-Est afin de rechercher un **éclairage anthropologique**. Un questionnaire semi-directif est élaboré afin d'avoir plus d'éléments biographiques sur chacune de ces personnes pendant les entretiens d'évaluation, et de réaliser un travail de synthèse sur les caractéristiques du groupe.

Modalités du partenariat :

Le principe de l'action est de construire un réseau d'intervention auprès de ces publics d'origine indienne en errance (réseau impliquant des partenaires locaux spécialisés et de droit commun), pour améliorer la situation sanitaire et sociale de ce groupe, sans spécialiser une structure dédiée à l'accueil de ce groupe ethnique particulier. La démarche devrait être reproductible à d'autres publics.

Durée de l'action : de septembre 2009 à septembre 2010

Et, sur trois ans.

Evaluation :

Cette action fera l'objet d'une évaluation quantitative et qualitative à 6 et 12 mois.

- Indicateurs chiffrés :
 - Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation psycho-sociale (psychologue penjabophone, travailleur social penjabophone, travailleur social du CAARUD, médecin du CAARUD, autres...).
 - Nombre d'orientations sur les partenaires sociaux et démarches abouties.
 - Nombre d'orientations sur les partenaires santé et démarches abouties.
 - Nombre d'orientations sur les partenaires administratifs et juridiques et démarches abouties.
- Indicateurs qualitatifs en terme de partenariat (adoption d'objectifs communs).
- Indicateurs qualitatifs en terme de connaissance des publics : itinéraires et parcours à l'échelle individuelle, et à l'échelle des groupes (motivation à la migration et parcours sur le pays d'accueil, caractéristiques individuelles et de groupe, caractéristiques psycho-sociales actuelles, indicateurs de santé...).

Beaurepaire Statistiques 2008

PERSONNES		
Hommes	161	94%
Femmes	5	3%
Couple	6	3%
Total	172	100%

DOMAINES		
Etrangers / Asile / Nationalité	118	69%
Pénal	21	12%
Social	4	2%
Logement	4	2%
Famille et personnes	2	1%
Général	23	13%
Total	172	100%

STATUTS		
Salariés	16	9%
Allocataires	6	3%
Inactifs	6	3%
Sans ressource	33	19%
Travail non déclaré	111	65%
Total	172	100%

AGE		
Mineur	1	0%
18-25 ans	18	10%
26-40 ans	95	55%
41-60 ans	54	31%
+ de 60 ans	4	2%
Total	172	100%

FAMILLES		
Célibataire	110	64%
Marié	33	19%
Pacsé	2	1%
Concubin	11	6%
Divorcé	9	51%
Séparé	7	4%
Total	172	100%

LOGEMENT		
Locataire	41	24%
Propriétaire	3	2%
Hébergé par des proches	56	33%
Précaire (hôtel...)	35	20%
Structure collective (longue durée)	9	5%
SDF, centre d'hébergement d'urgence	18	10%
Squatt	10	6%
Total	172	100%

NATIONALITE		
France	4	2%
UE (hors France)	3	2%
Hors UE	165	96%
Total	172	100%

ACTIONS		
Information	170	99%
Courrier	92	53%
Ecoute	140	81%
Orientation professionnelle	10	6%
Suivi de dossier	40	23%
Recours administratif	2	1%
Recherches	135	78%
Orientation association	1	1%
Constitution de dossier	88	51%
Recours contentieux	0	0%
Accompagnement	14	8%
Demande d'AJ	13	8%
Téléphone	134	78%
Orientation institution	42	24%
Autre	0	0%
Orientation médiation	1	1%
Total	172	100%

Accès aux Droits Solidarité Paris

Association loi 1901

5 rue du Buisson Saint Louis / Adresse postale : 1 passage du Buisson Saint Louis - 75010 Paris

Tél : 01 53 72 81 70 / Fax : 01 40 18 45 27

contact.adsp@wanadoo.fr

Récapitulatif de la fréquentation du Centre Beaufrepaire en 2008

MOIS	Nb Jours Ouverture	Passages	Matin	Après Midi	Nb Personnes	H	F	H Nouveaux	F Nouvelles	Total Nouveaux	Douches	Machines	Moyenne/ jour
JANVIER	22	1 684	1 276	408	1 583	1 516	67	31	7	38	144	53	76
FÉVRIER	21	1 790	1 321	469	1 664	1 597	67	53	0	53	131	29	85
MARS	20	2 015	1 465	550	1 856	1 804	52	51	2	53	177	46	100
AVRIL	22	1 462	1 131	331	1 408	1 370	38	38	2	40	182	33	66
MAI	18	1 027	844	183	874	842	32	19	3	22	159	38	57
JUIN	21	1 486	1 237	249	1 448	1 399	49	30	2	32	228	54	70
JUILLET	22	1 531	1 360	171	1 483	1 443	40	38	3	41	270	54	72
AOÛT	0	48	48	0	48	47	1	0	0	0	0	0	48
SEPTEMBRE	22	1 376	1 141	235	1 353	1 293	60	57	5	62	243	52	62
OCTOBRE	23	1 726	1 332	394	1 620	1 534	86	69	3	72	239	48	75
NOVEMBRE	19	1 455	1 169	286	1 354	1 308	46	37	1	38	179	50	76
DÉCEMBRE	21	1 704	1 390	314	1 613	1 592	51	59	1	60	210	66	81
TOTAL	231	17 304	13 714	3 590	16 334	15 745	589	482	29	511	2 162	523	72

LA BOUTIQUE 18

Etablissement médico-social

84 – 86 rue Philippe de Girard 75018 Paris Tél. : 01.46.07.94.84 Fax : 01.46.07.73.36

boutique18@charonne.asso.fr

Introduction

Le squat de la Porte de la Villette, la scène ouverte de La Briche à Saint-Denis ont conditionné les activités du CAARUD en cette année 2008.

La fréquentation est malgré tout restée stable.

Dès 2003, nous relations les regroupements d'usagers à la Porte de la Chapelle. Ces contextes de scène de vie et de consommation amenaient à soutenir plusieurs pistes de réflexion sur les actions à mener :

- Intensification du travail auprès des femmes usagères de drogues spécifiquement en difficulté et en situation de risque.
- Développement des actions hors les murs des Espaces Mixte et Femmes, à partir de l'Antenne Mobile et d'équipes à pied pour suivre au plus près les changements de scènes et intervenir quand cela se justifie sur les lieux de vie improvisés.

« Si l'histoire ne se répète pas, elle paraît toujours autant bégayer ». Depuis de nombreuses années, nous constatons le renouvellement presque à l'identique de scène au gré des déplacements des usagers. Ces lieux sont, la plupart du temps, investis par un noyau constitué des mêmes personnes. Si dans un premier temps elles arrivent à organiser et gérer les squats, peu à peu la situation se dégrade et ces lieux deviennent sordides. Les femmes sont les plus exposées et subissent en premier lieu les effets de cette situation. Malgré tout, à partir des expériences passées, des réponses nouvelles ont pu émerger face à cette problématique de développement des squats et de leur évacuation. Des mobilisations concertées des acteurs (CAARUDs), conduites par les pouvoirs publics de Paris et de Seine-Saint-Denis (Préfecture, DDASS, Mairies) ont ouvert la voie à de nouvelles pratiques de partenariat et à la mise en commun des moyens humains et matériels.

Après les travaux menés pour la mise en conformité au regard de la Loi 2002 (projet associatif, projet d'établissement, outils du droit des usagers etc.), les deux CAARUDs de l'association Charonne ont démarré un processus d'évaluation interne. Aucun référentiel n'existant, les équipes ont réalisé leur propre référentiel en s'inspirant de ceux existants (CHRS+, référentiel ACT de la FNHVIH...).

Après 16 années d'ouverture, une relocalisation de La Boutique 18, devenue CAARUD, vers des bâtiments plus adaptés doit permettre le développement des activités et de meilleures conditions de travail pour les équipes des trois services (Espace Femmes, Espace Mixte et Antenne Mobile) qui composent CAARUD18.

Des activités collectives ont été développées afin d'inciter les usagers à sortir de leur milieu et de bousculer leur quotidien (Vidéo, Arts plastiques et Prévention, sorties culturelles...).

Il convient de noter l'implication importante des équipes dans les réunions inter partenariales concernant l'évolution de la Réduction Des Risques : réunions trimestrielles de l'inter PES Ile de France, les réunions inter-associatives (Sleep In, EGO, ELP, Coordination Toxicomanie) réflexion avec le DAPSA pour les femmes.

Enfin, la recherche pilotée par l'InVS sur de nouveaux outils de réduction des risques pour les consommateurs de crack impliquant plusieurs structures partenaires (Gaïa, EGO, IPSUD La Terrasse) semble sortir enfin de sa phase préparatoire.

L'Espace Mixte

La Boutique 18
86 rue Philippe de Girard – 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

Depuis le passage des Boutiques sous le statut d'établissements médico-sociaux (CAARUD) des modes d'accueil plus formalisés ont été expérimentés.

Ainsi, lors du premier accueil la personne est vue en entretien pour une première évaluation, et surtout lui expliquer les missions de l'établissement, lui remettre le règlement de fonctionnement ainsi qu'un flyer concernant les différents services de la boutique.

A partir du moment où une demande est exprimée, il y a établissement d'un contrat de suivi à travers un CAI (Contrat d'Accompagnement Individuel). A l'intérieur de ce CAI sont établis une fiche d'identification, un contrat passé avec l'utilisateur sur l'objectif poursuivi et le déroulement prévu du suivi ; une traçabilité du suivi est également constituée. Ce CAI permettra 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 et fréquentation

Année	File active	Différentiel : N - 1	
2004	878		
2005	994	+116	(+13%)
2006	1167	+173	(+17%)
2007	1111	-56	(-5%)
2008	971	-140	(-13%)

Année	Hommes	dont Nouveaux	Femmes	dont Nouvelles
2007	932	179	165	11
2008	807	125	164	15

Année	Passages	Différentiel
2004	18 065	
2005	16 789	-7%
2006	17 280	+3%
2007	14 733	-17%
2008	14 822	+1%

Accompagnement des sortants de squat

Suite à l'évacuation du squat de la Porte de la Villette le 27 novembre 2008, le CAARUD 18 a été mandaté par la DASS 75 pour mettre en place un suivi socio-éducatif et assurer l'hébergement de 5 usagers.

Ces personnes sont connues et suivies de longue date par le CAARUD, y compris pendant l'occupation des différents squats où elles se sont inscrites auparavant, alors que toutes les tentatives d'accompagnement précédentes avaient échoué ; Ces personnes présentent un long parcours d'errance et de consommation, sans émergence de projet de réinsertion, cela en dépit de nombreuses propositions d'accompagnement.

Tenant compte de ces problématiques spécifiques, nous nous sommes efforcé d'adapter les modalités d'accompagnement et l'offre d'hébergement.

- d'une part, en aménageant des temps d'échange plus fréquent (deux à trois entretiens par semaine),
- d'autre part en proposant systématiquement un accompagnement physique pour toutes démarches administratives.

Un premier entretien individuel a permis d'évaluer la situation de chacun.

Chaque usager rencontré bénéficiait d'une domiciliation administrative. Par contre aucun ne disposait de la CNI (Carte Nationale d'Identité), de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et Complémentaire, ni de Revenu Minimal de Réinsertion (RMI).

Le non-recours aux soins était en miroir de la négligence vis-à-vis des démarches au niveau de la couverture sociale.

Par exemple pour Monsieur L. âgé de 60 ans, a été constitué en 2008 une demande de revenu minimum vieillesse et une demande de logement auprès de la Mairie d'arrondissement.

La prise en charge en hébergement a été un vecteur dynamique et de prise de conscience, pour certains, de leur situation. Ainsi deux usagers plus âgés ont interrogé leur devenir dans la rue, lieu difficile et soumis à des règles auxquelles il leur est de plus en plus difficile de se confronter en regard d'une vulnérabilité croissante.

Trois mois d'hébergement soutenu par un suivi socio-éducatif auront été pour la plupart, un temps utile à la réflexion, à la concrétisation des objectifs posés mais également à l'élaboration de relais, tenant compte de la spécificité de chacun.

Parmi les cinq personnes prises en charge au cours de ces trois mois, deux ont été incarcérées, une personne a préféré retourner à la rue, mais pour deux un relais vers le CHS Charonne a été efficient. Ces dernières sont en fin 2008 suivies sur le CHS et le CSST Charonne.

Récapitulatif de la fréquentation dans l'Espace Mixte en 2008

2008	Nb de jours Ouverture	Matin		Après-midi		Matin Après-midi		Passages	UD	UDF	Total Personnes	dont Nlle		Total Nouveaux
MOIS		UDH	UDF	UDH	UDF	UDH	UDF					UDH	UDF	
JANVIER	22	872	155	245	103	82	17	1 474	1 117	258	1 375	15	3	18
FÉVRIER	21	1 008	143	207	75	126	9	1 491	1 215	218	1 355	14	0	14
MARS	20	858	131	176	74	110	7	1 356	1 034	205	1 239	7	1	8
AVRIL	22	858	101	200	101	95	12	1 367	1 058	202	1 260	14	0	14
MAI	18	654	91	168	53	86	11	1 040	845	144	989	11	3	14
JUIN	21	740	130	190	90	92	16	1 196	930	220	1 150	10	1	11
JUILLET	22	882	140	216	74	103	26	1 441	1 114	421	1 535	14	2	16
AOUT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPTEMBRE	22	779	118	217	57	81	10	1 190	996	175	1 171	10	0	10
OCTOBRE	23	908	134	293	52	96	7	1 490	1 201	186	1 387	21	2	23
NOVEMBRE	19	769	88	236	52	73	8	1 226	1 005	140	1 145	7	2	9
DÉCEMBRE	21	896	144	320	82	97	12	1 551	1 216	226	1 442	2	1	3
TOTAL	231	9 224	1 375	2 468	813	1 041	135	14 822	11 731	2395	14 048	125	15	140
Jours		231	231	180	180	231	231	231	231	231	231			
Moyenne		40	6	14	4	4	<1	62	51	10	61			

Accompagnements et orientations

Les CAARUDs développent trois axes d'intervention auprès des usagers :

- a) l'accès aux soins,
- b) l'accès aux droits,
- c) l'accès au logement et à l'insertion professionnelle.

En ce qui concerne les soins, ce volet est explicité plus particulièrement au chapitre « Pôle Santé ». Cependant, nous pouvons noter par rapport à 2007 une augmentation des consultations psychiatriques avec l'intervention une fois par semaine de ELP (Equipe de Liaison Psychiatrique de La Terrasse-Maison Blanche).

Il est à noter également que quatre usagers ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office en 2008. En 2007, on comptabilisait une HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) et une Hospitalisation d'Office.

Concernant l'accès au droit : les démarches ont augmenté suite au suivi de sortie de squat. Un accompagnement a été mis en place à cette occasion avec hébergement sous condition de démarches sanitaires et sociales. Le nombre de démarches d'accès aux droits pour l'obtention de la CMU et du RMI a progressé. Des usagers qui n'avaient jamais réellement entamé de démarches d'ouverture de droits ont finalisé leurs demandes d'extrait de naissance afin d'obtenir leur carte d'identité, puis une adresse administrative les autorisant à déposer un dossier à la CPAM et à la CAF pour l'obtention de la Couverture Médicale et du Revenu Minimum d'Insertion (30 en 2007 et 53 en 2008).

Pour le volet accès au logement et à l'insertion professionnelle, les demandes restent majoritairement un accès à l'hébergement d'urgence. Très peu de personnes sollicitent un hébergement thérapeutique ou un logement. Quant à l'insertion professionnelle, moins d'orientations vers des structures spécialisées ont été réalisées, avec un différentiel de 50 orientations entre 2007 et 2008. Par contre, il y a eu plus de demandes pour des recherches directes d'emploi que de demandes visant à transiter par une association de réinsertion.

Aide à la recherche d'emploi

Demandes	Nombre de Personnes concernées		Nombre d'Actes 2007	Nombre d'Actes 2008
	2007	2008		
Lettre de motivation	1	6	2	7
Curriculum vitae	3	13	5	13
Recherche d'emploi	11	15	19	35
Association insertion	8	11	12	10
Formation	4	2	4	2
Total	27	47	42	67

Accès aux droits sociaux et aux soins

	Accompagnements	Sur Place	Orientations	Total Actes
Couverture sociale				
CNI	0	17	33	
CMU	2	0	30	
AAH-	1	1	12	
AME	0	0	8	
Total	3	18	83	104
Emploi et ressources				
RMI	0	39	53	
ANPE	0	1	8	
ASSEDIC	1	7	22	
Ressources financières (La Poste)	7	22	0	
Insertion	0	3	3	
Total	8	72	86	166
Accès aux soins				
Psychiatrique	0	0	30	
Hôpital	6	3	47	
Soins Spécialisés	0	6	61	
CDAG	0	0	1	
Médecin de ville	0	2	59	
Total	6	11	198	215
Justice et prison				
SPIP	0	2	28	
Procès	0	0	17	
Injonctions	17	1	3	
Total	17	3	48	68
Hébergement				
d'Urgence	1	2	363	
Thérapeutique	0	0	7	
Logement	1	0	8	
Total	2	2	378	382
Autres	12	143	704	859
TOTAL	48	249	1 497	1 794

Tableau comparatif 2007 2008

	Accompagnements		Sur Place		Orientations	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Couverture sociale						
CNI	1	0	21	17	19	33
CMU	0	2	6	0	14	30
AAH	1	1	2	1	20	12
AME	0	0	8	0	5	8
Total	2	3	37	18	58	83
Emploi et ressources						
RMI	4	0	25	39	30	53
ANPE	0	0	1	1	10	8
ASSEDIC	0	1	8	7	11	22
Ressources financières (La Poste)	5	7	1	22	6	0
Insertion	0	0	16	3	53	3
Total	9	8	51	72	110	86
Accès aux soins						
Psychiatrique	0	0	0	0	9	30
Hôpital	3	6	0	3	28	47
Soins Spécialisés	2	0	4	6	93	61
CDAG	2	0	0	0	2	1
Médecin de ville	0	0	0	2	0	59
Total	7	6	4	11	132	198
Justice et prison						
SPIP	0	0	0	2	32	28
Procès	0	0	0	0	12	17
Injonctions	0	17	2	1	47	3
Total	0	17	2	3	91	48
Hébergement						
d'Urgence	0	1	2	2	200	363
Thérapeutique	0	0	1	0	5	7
Logement	0	1	1	0	14	8
Total	0	2	4	2	219	378
Autres	5	12	109	143	430	704
TOTAL	23	48	211	249	1 040	1 497

Les prises en charge hôtelières gérées par la Boutique

60 personnes ont bénéficié de 127 séjours hôteliers (405 nuitées), auxquels s'ajoutent les demandes d'hébergement d'urgence (réalisées pour 363 nuitées).

Le CAARUD ne disposant que d'une chambre par jour, la mise à disposition ne peut dépasser trois jours (comprenant alors le week-end).

Motifs d'hébergement	Nombre de Séjours		Nombre de Nuitées
Epuisement psychique	42	10%	113
Problème de santé	11	3%	36
Attente de prise en charge	9	2%	21
Relais de prise en charge	19	5%	68
Sortie de prison	6	1%	16
Sortant de squat	26	6%	109
Départ postcure	6	1%	24
Démarche en cours	8	2%	18
Total séjours	127	100%	405

Le Programme d'Echanges de Seringues

Actualité des risques

Certains crackeurs interrogés déclarent avoir des pratiques d'utilisation détournées des compresses alcoolisées pour récupérer l'huile (résidu de la combustion du crack) du doseur : le tampon alcoolisé est enfoncé par le goulot du doseur de façon à récupérer le contenu de la pipe ; une fois le tampon retiré il est pressé sur un miroir ou une autre surface lisse, chauffé par le dessous à l'aide d'une flamme; une fois l'alcool évaporé le résidu restant forme des cristaux qui sont fumables. Très peu d'entre les usagers disent s'injecter le résidu récupéré.

Au vu des modes de vie, de l'errance, de situations en permanence hors conditions d'hygiène, le premier geste de réduction des risques, qui serait de se laver les mains, existe à peine. Les produits et les outils de consommation sont rarement posés sur des surfaces propres. Tous les usagers de crack sont actuellement utilisateurs de cutters, et leurs doigts présentent des micro-coupures.

La mise à disposition des outils de RDR

A chaque distribution de matériel, des échanges personnalisés sur les produits et leurs modes de consommation ont lieu. Mais si tous sont désireux de prendre moins de risques, les mauvaises habitudes restent bien ancrées.

Les injecteurs du CAARUD 18 sont majoritairement des utilisateurs de Skénan[®]. Nous observons une difficulté pour les injecteurs de longue date, de s'adapter au « stérifilt » (filtre

« nouvelle génération » fixé à l'extrémité d'un embout de plastique, diminuant les risques infectieux liés au manu portage). Ces difficultés sont inhérentes aux conditions précaires de consommation, aux habitudes, au stress et à la compulsivité des gestes.

Concernant les opiacés par voie nasale ou fumable, le Subutex® reste le produit de descente principal pour les crackeurs, avec l'alcool et le cannabis (si le retour de l'héroïne est mentionné par certains, il n'est pas observé sur la Boutique 18).

Lors des entretiens individualisés, l'accent est mis sur l'accès aux soins somatiques et psychiques, mais ces messages se heurtent :

- Aux modes de vie... incompatibles avec le minimum d'attention à soi-même,
- à la difficulté à intégrer les informations (déficit cognitif, faibles capacités d'attention...),
- à l'existence de troubles psychiatriques.

Pour nombre des personnes présentant des comorbidités psychiatriques, les consommations de produits psychoactifs apparaissent comme un mode de traitement des phénomènes qui les « envahissent ». Et ce en même temps que le refus du soin « qui les rend dingues ». L'inscription sociale de ces personnes est indissociable de leurs symptômes. Le travail social (intégration du sujet psychotique) doit donc tenir compte de cette logique. Et le CAARUD constitue un lieu de repères et de refuge... Afin de (ré)intégrer ces personnes dans le processus de soins, le partenariat avec l'Equipe de Liaison Psychiatrique de Maison Blanche. Mais si une partie des accompagnements vers le soin aboutissent, les messages de prévention restent difficiles à intégrer dans ces cas.

La Veille sanitaire

En 2008, nos données sont analysées par l'InVS partenaire de la veille sanitaire.

En outre, afin d'une meilleure compréhension des divers phénomènes nous participons à TREND dans le cadre de l'OFDT (questionnaire CAARUD/OFDT, recueil de produits SINTES).

RDR liée aux risques sexuels

Aborder le sujet de la sexualité reste difficile car, quelque soient les pratiques, en parler reste un tabou. Si les hommes montrent une grande pudeur quant à aborder cette thématique, l'équipe a développé une communication teintée d'humour pour faire entendre ces messages. Les femmes sont généralement plus accessibles : travailleuses du sexe ou usagères de drogues se prostituant, elles sont plus ouvertement soucieuses de leur santé bien que paradoxalement, les usagères prennent plus de risques. Aussi les femmes sont-elles davantage le relais des messages de prévention et des informations sur les diverses actions menées par les CAARUDs et partenaires sur les questions abordant la prévention et la sexualité.

« Pipes à crack »

Les demandes de doseurs en journée sont constantes et amènent à envisager la mise à disposition de cet outil dans les Boutiques, dès lors qu'un kit de RDR pour les usages de crack fumé sera validée. Si les « kits doseurs » sont demandés, il y en a peu concernant les embouts. Une partie des fumeurs de crack disent utiliser ou prêter leur doseur sans embout malgré les messages répétés dont ils sont la cible.

Les matériels délivrés sous forme de Kits

Depuis la mi-2008, le matériel de RDR est mis à disposition sous forme de trousse de prévention comportant une brochure d'information sur les modes de consommation à moindre risque, les modes de transmission des IST, du VIH, VHB, VHC ; les actions menées par les Boutiques (dépistages, consultation gynécologique...) ainsi que des adresses et des numéros utiles.

Le matériel distribué

Mois	Passages	Demandeurs		Seringues 1cc	Seringues 2cc	Rendues	Eau	Tampons	Stericup	Préservatifs	Gel	Embout	Filtres	Jetons
		Hommes	Femmes											
JANVIER	1 305	7	0	280	0	60	163	184	109	1 143	710	4	52	5
FEVRIER	1 491	3	2	217	0	80	52	134	7	993	666	9		
MARS	1 356	4	2	118	0	61	32	136	19	652	138		110	
AVRIL	1 367	11	5	282	0	122	193	380	500	1 547	962	9	153	32
MAI	1 040	5	3	73	0	0	117	185	54	1 103	534	0	8	0
JUIN	1 196	5	3	99	116	60	205	150	59	311	0	0		8
JUILLET	1 324	6	3	429	23	382	170	190	55	685	487	5	0	2
AOUT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEPTEMBRE	1 134	5	1	88	326	0	101	90	31	357	240	10	100	0
OCTOBRE	1 422	7	3	246	50	20	171	241	70	153	76	10	55	5
NOVEMBRE	1 150	2	1	30	101	1 000	100	120	5	127	94	0	0	
DECEMBRE	1 551	2	2	26	2	10	24	20	28	196	163	7	23	5
TOTAL	14 336	57	25	1 888	618	1 795	1 328	1 830	937	7 267	4 070	54	501	57

Evolution du PES depuis 1994

Année	File active	Nombre de Passages	Nombre de personnes demandant des Seringues	Nombre de Seringues distribuées
1994	-	11 257	1 369	8 570
1995	-	12 657	5 600	48 634
1996	726	14 507	6 005	72 454
1997	696	15 826	2 883	38 738
1998	568	13 574	2 185	22 779
1999	876	13 408	2 239	22 024
2000	870	14 441	1 494	20 599
2001	812	14 406	642	10 195
2002	810	15 757	401	5 529
2003	819	16 354	447	6 605
2004	878	18 065	365	6 681
2005	994	16 789	254	4 426
2006	1 167	17 122	184	3 278
2007	1 111	14 733	133	1 965
2008	971	14 336	134	2 506

L'accès à l'hygiène

Au sous-sol de l'Espace Mixte, 2 douches, 2 machines à laver et un sèche linge sont mis à la disposition des personnes accueillies.

Un Kit Hygiène est proposé aux usagers. Il comprend, une serviette, une brosse à dent, du dentifrice, du savon pour le corps, des rasoirs ainsi que de la mousse à raser. La douche dure en moyenne 10 à 15 minutes par personne. Une douzaine de douches sont assurées par jour, à raison de 8 le matin et 4 l'après midi.

Pour les machines à laver, de la lessive est mise à disposition. Le temps de lavage et séchage est d'environ 30 minutes (ce qui permet en moyenne d'assurer 4 machines le matin et 4 l'après-midi).

Nombre de douches	2 772
Nombre de machines	396

L'action de médiation sociale du CAARUD

En considération de son implantation au cœur du 18^{ème} arrondissement et du type de population qu'il reçoit, le CAARUD est confronté aux doléances des riverains.

L'attitude irrespectueuse de certains usagers et leurs comportements parfois agressifs incite le voisinage à rejeter la présence du CAARUD.

Aussi, le responsable intervient lors de réunions municipales ou de quartiers ou avec les organismes de contrôle pour faire comprendre le rôle de la prévention et de la Réduction Des Risques au sein du quartier.

Par ailleurs, l'équipe intervient régulièrement dans l'environnement proche lorsqu'il lui est signalé qu'un usager se met en scène sur la place publique.

L'essentiel de l'action de médiation sur le territoire est assuré par les équipes de la Coordination Toxicomanie.

Un travail d'élaboration original : Le référentiel 2008

Dans le cadre de la démarche d'évaluation interne engagé dans les différents établissements de l'association, les **CAARUDs** ont été amenés à élaborer leur propre référentiel, faute d'outil existant. De janvier à mai 2008, les deux équipes des CAARUDs 10 et 18 (dans ses trois espaces) ont travaillé dans des groupes mixtes. Leur postulat a été de décliner les missions attribuées à leurs établissements. En amont, ils avaient également pris connaissance des référentiels CHRS+, FNHVIH, des centres de santé (HAS). Forts de la richesse des échanges, nous avons conservé la mixité des groupes lors de la passation du référentiel (CAARUD 10 et 18, et les différents services de ce dernier l'Espace Femmes, l'Antenne Mobile et l'Espace Mixte).

Rapport médical 2008

Dr Annie LEPRETRE
Jacques MALLET, Infirmier

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 2008

En 2008, 1 108 actes ont été effectués à l'infirmierie :

- 841 soins infirmiers
- 267 consultations médicales

Ces actes concernent : 87 femmes et 217 hommes.

L'activité de l'infirmierie reste globalement stable d'une année sur l'autre.

Nous constatons néanmoins une augmentation des soins due 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 signaler que les personnes venant consulter à l'infirmierie plus de 30 fois dans l'année sont suivies en CMP et souffrent de troubles psychiatriques.

DEPISTAGES :

Dépistage tuberculose

Comme chaque année, en partenariat avec le centre EDISON nous organisons un dépistage de la tuberculose, 39 personnes ont été dépistées, aucune radiographie suspecte n'a été révélée. Le dépistage itinérant ne devrait plus être systématique en 2009.....

Dépistage des pathologies virales

Nous poursuivons les dépistages VIH, VHC, VHB et syphilis sur place en partenariat avec le CDAG de FERNAND WIDAL et l'association AREMEDIA. En 2006 les rendus de dépistage avaient lieu au CDAG. Malgré nos offres d'accompagnement, très peu d'usagers sont allés chercher leurs résultats.

Cette année, comme en 2007, les résultats sont rendus sur place par le médecin de La Boutique. Cette initiative, en accord avec AREMEDIA a permis d'atteindre un taux de rendu de 74%.

Dépistage AREMEDIA 2008

- 38 personnes dépistées dont 28 résultats rendus à La Boutique (74%). Nous n'avons pas le rendu en ce qui concerne les 10 personnes restantes qui ont pu recevoir leur résultats au CDAG de Fernand Vidal.
- 26 hommes et 12 femmes
- Pays d'origine : Afrique 13, Antilles 3, France 13, Maghreb 4 et Pologne 5.
- Produit actuel : 26 crack, 5 alcool, 1 héroïne et 1 Subutex[®], 1 rien, 1 NR et 3 prostituées anglophones non addicts.
- Antécédents d'injection IV : 2 NR, 11 oui, 25 non (66%).
- Tests effectués : hépatite B et C, VIH et syphilis pour tous, sauf 1 qui n'a pas été testé pour l'hépatite B.
- Positivités déjà connues, données sur 28 personnes (10 NR) :
 - -3 cicatrices sérologiques de syphilis,
 - 7 sérologies d'hépatite C connues positives, dont une déjà traitée et guérie,
 - 2 AC protecteurs contre le VHB.
- Positivités découvertes :
 - 4 personnes présentant une cicatrice sérologique de syphilis (pas de maladie active),
 - 14 personnes porteuses d'anti-corps protecteurs contre le VHB,
 - 9 sérologies positives de l'hépatite C : on relève qu'une seule personne ne présentait pas d'antécédents d'usage de drogues par voie intraveineuse.
- Accès soins :
 - 6 recherches d'ARN du VHC prescrites : aucun retour de bilan.
 - 2 personnes ont été vaccinées contre le VHB.

Conclusion : Initiée en 2006, la proposition de dépistage régulier, à La Boutique, en collaboration avec AREMEDIA, est rentrée dans les usages.

Le rendu des résultats par le Médecin de La Boutique avait permis d'atteindre 50% de rendu en 2007, et nous avons continué à progresser en 2008 avec 74% de rendu.

Ce bilan confirme les a priori de l'équipe quant à la stabilité depuis plus de 10 ans de l'évolution des différentes épidémies virales chez les usagers : il n'existe quasiment plus de découverte récente d'infection par le VIH (quant il y a une contamination récente, elle semble liée aux relations sexuelles). La plupart des infections par le VHC sont déjà dépistées. Les usagers répètent les dépistages mais n'arrivent pas à passer à l'étape suivante, à savoir le suivi médical ad hoc.

PATHOLOGIES :

- Traumatologie: 380
- Broncho-pulmonaire : 112
- ORL-Stomatologie : 76
- Digestif: 124
- Dermatologie: 54
- Toxicomanie : 5
- Génito-urinaire :9
- Entretiens-suivis: 75
- Céphalées : 96
- Dépistage VIH VHC W : 54
- Dépistage tuberculose : 39
- Vaccination grippe : 12
- Vaccination VHB : 4

Commentaire activité pôle médical 2008

Nous notons le poids ressenti comme régulièrement croissant des pathologies psychiatriques nécessitant un traitement et une prise en charge lourde (87 orientations vers ELP).

Cette réalité est peut être à relier :

- A l'accumulation des années de consommation de cocaïne pour la majorité.
- A l'augmentation de jeunes néo-arrivant du Maghreb après des années d'errance en Europe et des consommations de benzodiazépines bien ancrées.
- L'usage de cocaïne.
- Les conséquences de la précarité.

Les actes de traumatologie liés à la violence des usagers entre eux restent importants.

Les pathologies médicales courantes rencontrées sont fortement liées à l'usage chronique de cocaïne inhalée :

- Les pathologies pulmonaires (crack lung, crises d'asthme liées à la cocaïne mais aussi pneumopathies).
- Les troubles digestifs avec beaucoup d'hyperacidité gastrique induite par la cocaïne et une alimentation irrégulière et déséquilibrée.
- Les diarrhées pendant les périodes de manque de produits.
- Les céphalées du matin liées à la consommation nocturne de cocaïne.
- Les états dentaires déplorables (action cocaïne++) et abcès dentaires à la clef.
- Les soins de pieds * (drogue qui empêche de dormir et errance liée à l'absence de domicile).
- Les injecteurs sont rares et donc les abcès aussi.

Troisième pôle du soin : les pathologies chroniques et le soutien de leur suivi :

- Essentiellement aide au suivi VIH, diabète et grossesses.
- Blocage des usagers pour la prise en charge du VHC.

Tenant compte du travail mené à travers la mise en place d'un accompagnement adapté et au regard des différentes pathologies citées ci-dessus, nous déplorons une résistance des usagers à s'inscrire dans un protocole de soins dans le cadre du suivi de l'hépatite C.

*** En 2008, le podologue, qui intervient à raison de 2 demi- journées par semaine a effectué 247 actes concernant 101 personnes.**

Orientations du pôle médical

- Hôpitaux : 34
- CDAG : 85
- Dentaires : 17
- Dermatologie : 15
- Alcool : 1
- Substitution : 5
- Psychiatrie : 30

Stages infirmiers

Au fil des années La Boutique reste un terrain de stages très demandé par les IFSI.

Cette année nous avons accueilli :

- 10 stagiaires infirmiers pour des durées de 4 semaines
- 13 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.

Des nouvelles activités

Cette année la boutique a développé trois activités en direction des usagers pour les amener à sortir de leur quotidien, en appeler à leurs ressources en terme de mobilisation et de participation. Sur le CSST, la mobilisation des usagers sur ce type d'ateliers a sans doute rendu possible la promotion d'un « groupe d'expression des usagers ».

Ainsi, trois ateliers ont été proposés :

- Un Atelier vidéo qui se déroule au CSST de Charonne.
- L'Atelier Tourikiki (Art et Prévention) qui se déroule à La Boutique à travers l'expression dessin, peinture.
- Atelier Sorties en groupe.

Atelier Vidéo - Travail autour de l'image

Yves Bouillet, Educateur CAARUD 18

Constat : Dans la population fréquentant les différentes structures de l'association Charonne, nombreux sont les cas où une dévalorisation de l'image de soi est récurrente . Cela renvoie également à la place de chacun dans la cité et à l'identification aux autres du groupe d'appartenance.

Ce projet a pour objectif principal de rendre la parole aux usagers en leur donnant accès théoriquement et pratiquement à l'outil vidéo afin qu'ils puissent s'exprimer sur leur ressenti à travers la réalisation d'une production, dont le projet aura été défini par le groupe de travail qui sera constitué.

*Objectifs : Travail individuel : Image de soi pour soi et pour les autres.
Travail collectif : Image de soi dans le groupe et vice et versa.*

Mise en place et déroulement :

Dans un premier temps : travail sur l'Image en général et ce au travers de plusieurs supports tel films, documentaires et reportages. Il s'agit tout d'abord d'une sensibilisation

à l'image par le décryptage et l'analyse des différents médias qui la véhiculent. L'Image réalité ou fiction, vérité ou mensonge... « C'est vrai je l'ai vue à la télé ».

Second temps : travail plus individuel autour de sa propre image et de celle de l'autre, par l'intermédiaire, de jeux de rôle avec la caméra en passant chacun son tour devant et derrière celle-ci.

Troisième temps : apprentissage des techniques nécessaires à la prise de vue et à la réalisation d'un produit fini diffusable.

Projet commun : le groupe constitué travaillera sur l'élaboration d'un projet commun de réalisation afin de partager avec le plus grand nombre le fruit de leur travail et de leur réflexion.

Moyens et matériel nécessaires :

- Une salle disponible 2 à 3 heures par semaine.
- Matériel de prise de vue et de son professionnel.
- Matériel de montage et de réalisation (ordinateur et logiciel).
- Une télévision et lecteur DVD.

Premier Bilan : L'atelier vidéo a été mis en place début novembre 2008 et a accueilli 23 personnes au total dont 11 différentes et un noyau dur de 4 usagers qui ont constitué un groupe de travail, afin de réaliser un projet audiovisuel.

Cet atelier est un lieu d'expression informel autour de l'outil vidéo ; il facilite les discussions autour des différentes situations propres à chacun mais aussi sur le plan des prises en charges et démarches individuelles.

Après quelques séances qui ont permis de se connaître, un petit groupe de travail s'est formé motivés par un objectif commun : réaliser ensemble un projet vidéo au travers duquel ils exprimeront leurs idées. Dans cette optique, nous avons commencé par faire un travail autour de la culture de l'image en explorant les différentes formes de supports possibles (cinéma, tv, reportages, documentaires).

Dans un deuxième temps nous avons abordé un peu plus l'aspect technique de la réalisation, afin que chacun puisse mieux appréhender le temps et la difficulté que représente l'élaboration d'un tel projet quelque soit le sujet choisi. Cela a permis aux participants d'affiner leur choix et de se mettre d'accord sur un sujet commun et sur la façon de le réaliser.

Pour finir, nous sommes en cours d'écriture d'un premier synopsis en vue d'une première réalisation qui devrait aboutir courant du mois de juin 2009 en vue d'une diffusion interne.

Atelier Art et Prévention « Tourikiki »

Astrid DECROIX, Malika El OUARA
Educatrices CAARUD 18

L'atelier Tourikiki est un atelier d'art plastique dont le but est la sensibilisation des personnes aux risques de transmission de l'hépatite C.

A travers divers supports : affiches mais aussi objets usuels pouvant être facteurs de risques (cutters, brosses à dents, rasoirs...) et outils de réduction des méfaits que les usagers s'approprient et investissent, ces matériels se transforment en « œuvres de prévention » imagées et à caractère universel. Aussi notre slogan est-il clair : « faites de la pub contre l'hépatite C, rejoignez la Tourikiki team » !

Atelier ouvert, il s'organise dans l'espace commun de la Boutique mixte tous les jeudis après-midi où deux tables sont réunies constituant ainsi l'établi. Chacun peut y participer sans inscription préalable et rester le temps qu'il le souhaite. Ainsi la file active de Tourikiki est constituée de douze personnes (hommes), une séance de travail se réalise en moyenne avec 4 personnes. Le but de cet atelier est de faire des usagers, artistes de la « team », les créateurs et porteurs de messages de prévention tels qu'ils souhaiteraient les voir. Nous espérons que leurs messages colorés pourront être montrés lors de diverses manifestations comme « Solidays ».

Atelier Sorties du CAARUD 18

*René GUIARD, Educateur CAARUD 18
Initié par Cathy RUELLET et Anne COURCOUX, Stagiaires*

Cette activité a démarré au mois de novembre 2008 et trois sorties ont été effectives :

- Exposition « Récit de l'Univers » à la Cité des Sciences de la Villette avec 4 usagers.
- Exposition « Retour sur Terre » au Stade de France avec 4 usagers.
- Aquarium Tropical du musée de la Porte Dorée.

Chaque sortie s'est déroulée sans difficulté particulière. Le retour des usagers en a été positif, certains ont commencé à se fidéliser. Ces instants privilégiés leur ont permis de s'ouvrir et de se confier, d'être dans un rapport différent aux intervenants. Des faits ensevelis de leur histoire ont pu être réveillés. Des effets bénéfiques également sur la notion du plaisir et de partage (certains cherchent à rentrer en contact avec les autres personnes du groupe, même si d'autres s'enferment dans leur isolement), sur l'ouverture à des discussions variées et des échanges sensiblement différents de ceux abordés habituellement sur La Boutique.

Par consacrer un temps aussi long (3 heures) à une activité « inhabituelle » s'est révélé insoutenable pour certains (un usager a du par exemple s'absenter en cours de route pour pouvoir boire du rhum). Pour d'autres, c'est l'état de santé qui a fait limite à leur participation.

CAARUD 18 « site qualifiant »

Didia NADJI, Educatrice CAARUD 18

Depuis la réforme du diplôme d'Educateur Spécialisé, le CAARUD 18 devient « site qualifiant », un lieu de professionnalisation pour les stagiaires. Cette réforme replace le stagiaire au cœur même du dispositif d'apprentissage et réaffirme d'avantage la responsabilité des formateurs terrain. A ce titre, les deux éducatrices référentes du CAARUD ont suivi une formation complémentaire auprès des IRTS Montrouge et Parmentier.

Le CAARUD accueille des étudiants dans le cadre de stage dit « à responsabilité » d'une durée de 28 à 36 semaines et/ou de « découverte » d'une durée minimale de 8 semaines.

Pour l'année 2008, 6 stagiaires à responsabilité et 3 stagiaires découverte ont été accueillis.

A la fin de ce stage, le référent terrain doit apporter une évaluation sur les compétences générales développées pendant le stage (la relation aux personnes accueillies, l'insertion dans une équipe professionnelle...) au regard du projet de stage de l'étudiant et des attendus formulés par les centres de formation. Cette évaluation est portée sur l'ensemble des compétences demandées dans le cadre du diplôme d'Etat :

- *La capacité de l'étudiant à instaurer une relation.*
- *Organiser une intervention éducative individuelle et collective.*
- *Observer, rendre compte et analyser les situations éducatives.*
- *Participer à la mise en œuvre d'un projet éducatif.*
- *Concevoir un projet éducatif.*
- *Evaluer le projet éducatif.*
- *S'inscrire dans un travail d'équipe.*
- *Capacité à travailler en partenariat et en réseau.*

Les référents terrain du CAARUD, dans un souci d'encadrement et d'accompagnement de l'étudiant vers l'accomplissement de sa formation, veillent avec le soutien de l'équipe pluridisciplinaire au bon déroulement du stage, en étroite collaboration avec les centres de formation.

L'Espace Femmes

La Boutique 18
84 rue Philippe de Girard – 75018 Paris
Tél. : 01 46 07 87 17 – Fax : 01 46 07 73 36 – E-mail : espace.femmes@charonne.asso.fr

ESPACE FEMMES

« Accueillir et Aller vers »

A côté de l'accueil sur le site du CAARUD, l'équipe s'est projetée sur un travail de rue. Se rendre sur « les lieux de vie » des usagers est une approche indispensable pour penser non seulement la prévention et la Réduction Des Risques, mais aussi pour intervenir un tant soit peu sur leur état de santé physique et psychique. Au fil du temps, il est vérifié qu'une présence régulière des intervenants rassure les femmes en introduisant du « temps social » dans ces lieux essentiellement tournés sur la consommation, la violence et l'exposition aux risques. Ces visites sont toujours bien acceptées par les femmes comme par les hommes, car la démarche est bien repérée comme un apport de soutien dans différents domaines : faire appel aux pompiers pour des hospitalisations d'urgence, initialiser des démarches de soins notamment après une agression sexuelle, reprendre ou encourager un suivi de grossesse, conduire des femmes à la maternité pour accoucher, inciter à poursuivre des démarches sociales et juridiques, inviter inlassablement à reprendre simplement le chemin de l'Espace Femmes pour se doucher, se poser et éventuellement héberger à l'hôtel afin de sortir de cet état de dégradation physique, voire psychique dans lequel elles sont installées bien souvent sans sortir pendant des jours, voire durant des semaines..

L'équipe a poursuivi tous les mardis après-midi des sorties sur les sites de la Goutte d'or, de la Rotonde de Stalingrad, du squat de la Villette (La Commanderie). En 2008, ces sorties ont été plus particulièrement orientées en direction des femmes sur le squat de la Villette, et à moindre mesure sur la scène de Saint-Denis (La Briche).

108 femmes différentes, dont 28 nouvelles, ont été rencontrées sur l'ensemble des sites. Ces interventions hors les murs ont maintenu des contacts pour 76 femmes qui avaient déserté l'Espace Femmes, et qui stagnaient sur les squats et scènes.

Un important travail de coordination entre les DASS Paris et du 93, la Coordination Toxicomanie, EGO/STEP, GAIA, AIDES 93, et PROSES a permis d'accompagner la sortie de ces enclaves pour quelques personnes, ceci en particulier grâce à la mise à disposition de quelques moyens en terme d'hébergement.

Fréquentation, file active et passages

En 2008, l'Espace Femmes a accueilli 561 femmes :

- 205 consommatrices de drogues dont 41 nouvelles.
- 356 femmes Non Usagères de Drogues, dont 268 nouvelles.

File active	Usagères de Drogues	Non Usagères de Drogues
561	205	356
100%	37%	63%
/ 2007	- 10%	+ 45%

Cette année, l'Espace Femmes a reçu 561 femmes : 205 femmes sont des Usagères de Drogues, les autres sont des femmes issues d'Afrique anglophone, (Ghana, Sierra Léone, Nigeria) qui survivent de la prostitution.

En 2002, ces dernières représentaient à peine 10% de notre file active, aujourd'hui, elles en représentent 63%. Point de chute dans leur itinérance (Paris est un lieu de transit où elles ne restent que quelques mois), l'Espace Femmes offre un lieu rassurant dont l'adresse se communique de bouche à oreille. Elles peuvent y recevoir des préservatifs, des informations, des orientations en gynécologie, pour des IVG ou des suivis de grossesse. Ces femmes bénéficient des séances de dépistage des maladies transmissibles (IST – SIDA et hépatites) ou de la tuberculose (jusqu'à l'an dernier). A cet effet, une fiche d'information en anglais, très simple, informe sur les risques liés à la sexualité, les modalités à suivre en cas d'exposition au risque de transmission virale, ainsi que les adresses d'hôpitaux et de CDAG.

Le point commun entre ces deux catégories de population, outre le territoire, c'est la grande précarité et l'exposition à toutes les violences consécutives à leur mode de vie. La plupart de ces femmes se prostituent, les unes pour payer leurs produits, les autres pour survivre. 64 % n'ont pas de ressources « légales ».

90% des femmes sont SDF, c'est-à-dire qu'elles squattent, qu'elles vivent au jour le jour dans des hôtels insalubres ou de façon provisoire chez des proches ou en institution (Sleep In, SAMU Social). Seulement 10% d'entre elles ont un logement indépendant.

La file active selon l'âge

Classes d'âge	FILE ACTIVE DE 561 PERSONNES						
	<25 ans	26 - 35	36 - 45	40 - 49	NSP	TOTAL	
UD	4%	33%	48%	15%	-	205	37%
NUD	22%	34%	9%	3%	32%	356	63%
TOTAL	16%	34%	23%	7%	20%	561	100%

Evolution de la file active au cours des dernières années

ANNEE	2004	2005	2006	2007	2008
File active totale	391	376	437	465	561
Nouvelles femmes	145	150	220	246	309

Les nouvelles Usagères de Drogues sont au nombre de 41.

Le nombre de Nouvelles Non Usagères de Drogues est de 268. Le nombre de femmes anglophones qui passent à l'Espace Femmes augmente chaque année. Comme les années précédentes, nous assistons au même rythme trimestriel de renouvellement de ces « voyageuses en transit ». Nous retenons que peu d'entre elles restent sur « le territoire parisien », les autres repartent en province (Rouen, Lyon...), en Italie, en Espagne, en Allemagne. Sur ce sujet, nous avons peu de données car les confidences recueillies semblent distillées sous contrôle.

La fréquentation

Dans le lieu d'accueil, sur 229 jours d'ouverture, on comptabilise :

- 4 929 passages au total, soit une moyenne de 21 passages par jour contre 26 passages par jour en 2007.
- 2 613 passages concernent des Non Usagères représentant 53% de la totalité des passages.

Dans la rue :

- 365 rencontres pendant les 40 sorties, soit une moyenne de 9 par sortie de rue.
- Une file active de 108 femmes sur les 4 sites, dont 28 Nouvelles Usagères de Drogues.

Le nombre de rencontres par sortie est irrégulier. La présence ou non des femmes sur un site dépend de multiples facteurs tels que l'ambiance sur un squat, le travail sexuel, la survenue d'arrestation, d'hospitalisation, parfois des démarches sociales...

Evolution 2004-2008 des passages et du nombre de personnes dans le lieu d'accueil

Années	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre des passages	4 726	4 269	5 238	5 730	4 929
Moyenne femmes / jour	20	23	26	25	21
Moyenne passages / jour	22	20	27	26	22

En dépit de l'augmentation de la file active, la baisse du taux de fréquentation de l'Espace Femmes s'explique par l'enfermement des usagères (76) jusqu'au dernier trimestre des sur les squats.

Données descriptives du public accueilli

Le recueil de données porte sur 62 femmes (35 UD et 27 NUD)

Les classes d'âge

Classes d'âge	25 ou -	26 - 35	36 - 45	+ de 45
UD	-	31%	52%	17%
NUD	15%	56%	26%	3%
Total	6%	42%	40%	11%

N=62

D'après notre échantillon, 69% des UDF ont 36 ans et plus, alors que la tendance s'inverse dans la catégorie des femmes non UD qui sont 71% à avoir moins de 35 ans.

Les situations professionnelles

52% de ces personnes sont inactives et le 48% restant ne répond pas à la question concernant leur situation professionnelle.

Niveau d'études

Primaire	29%
Brevet des collèges, CAP, BEP	37%
Niveau BAC	19%
Non scolarisé	15%

N=62

44% des femmes de notre échantillon ont un niveau de scolarité égal ou inférieur au cycle de l'école primaire. Les femmes qui déclarent n'avoir jamais été scolarisées font partie de la cohorte des Non Usagères de Drogues qui viennent du Nigeria, de Sierra Léone et du Ghana, de zones rurales particulièrement bouleversées socialement et économiquement par les guerres qui ont traversé ces régions.

L'hébergement

Durable indépendant	10%
Proches	3%
Provisoire institution	16%
Provisoire autre	50%
SDF	21%

N=62

- 10% seulement des femmes incluses dans notre échantillon ont un logement indépendant.
- 63% avaient une solution provisoire d'hébergement au moment du recueil de données et 21% vivent régulièrement à la rue.
- Ces solutions provisoires chez des parents, chez des amis, à l'hôtel ou dans des squats masquent mal la situation régulière d'installation précaire, rapidement, le retour habituel au « statut » de SDF se confirme : on se fâche avec l'ami, les parents ou on doit changer d'hôtel.

Situation familiale

Enfants	
Aucun	29%
3 enfants ou moins	56%
4 enfants ou plus	15%

N=62

71% de ces femmes ont des enfants, près d'1/3 déclare ne pas avoir d'enfant. Deux d'entre - elles seulement, vivent avec leurs enfants. (Tableau -9)

Entourage

Entourage	
Seule	40%
Avec enfant	3%
Avec conjoint	15%
Avec conjoint et enfant	-
Avec amis	40%
Avec parents	2%

N=62

Couverture sociale

Couverture sociale	
CMU	31%
ALD	8%
AME	23%
Sécurité sociale	8%
Sécurité sociale + complémentaire	-
Non affilié	27%
NSP	3%

N=62

Avoir la CMU ou l'AME constituent une garantie à l'accès aux soins, aussi notre vigilance et notre mobilisation restent-elles accrues en direction des nouvelles femmes, auprès de celles qui, pour une raison ou une autre doivent renouveler leurs démarches. 30% des femmes n'ont pas encore de couverture sociale.

L'origine des ressources

Ressources	
Revenus emploi	-
Assedic	5%
RMI	16%
Autres prestations sociales	2%
AAH	13%
Autres ressources	29%
NSP	35%

N=62

64% d'entre elles n'ont pas de revenus légaux. Pour survivre, les moyens d'existence proviennent de la prostitution et, en une très moindre mesure, à des activités délictueuses (vol, revente de produits psychoactifs).

Les usages de substances psychoactives

Produits consommés	
Crack	89%
Alcool	49%
Cannabis	31%
Buprénorphine (mésusage)	26%
Benzodiazépines	26%
Sulfate de morphine (mésusage)	11%
Héroïne	11%
Cocaïne (chlorhydrate)	6%
Méthadone [®] (mésusage)	6%

N=35

Le tableau confirme que les consommations sont davantage tournées vers les stimulants et les polyconsommations des femmes :

- 89% des femmes usagères de drogues consomment du crack,
- les autres produits sont pour la plupart associés à cette consommation.

Parmi les opiacés, le mésusage de Subutex[®] est important (26%). Le sulfate de morphine, notamment le Skénan[®], est assez recherché par des anciennes consommatrices d'héroïne qui font usage de la voie veineuse de façon irrégulière (14% des UDF).

Les traitements de substitution opiacés

Traitements de substitution	
Aucun	45%
Buprénorphine	34%
Méthadone [®]	15%
Sulfate de Morphine	6%

N=35

Les femmes qui adhèrent au traitement de substitution par Subutex[®] représentent un tiers de l'échantillon des usagères de drogues.

Prévalence des pathologies VHC et VIH

- 8% de ces femmes déclarent être contaminées par le HIV ; celles-ci ont toutes eu recours à la voie veineuse pas le passé, les « injecteuses » actuelles ne déclarent pas être contaminées par le HIV. Cependant le nombre de personnes, qui ne connaissent pas leur statut sérologique ou qui ne veulent pas répondre reste élevé (19%) - il s'agit, pour la plupart, de femmes qui ne consomment pas de drogues.

- 26%, toutes consommatrices de drogues, déclarent être contaminées par le virus de l'hépatite, et comme pour le HIV, un nombre important d'entre elles (22%) disent ne pas connaître leur sérologie HVC ou ne veulent pas répondre.

Un accueil spécifique

Certes, l'Espace Femmes est un CAARUD, néanmoins, l'usage de drogue n'est pas notre seul axe de travail. Nous privilégions aussi le statut de femme, de femme en difficultés. Au-delà des violences qu'elles subissent dans la rue, les femmes cumulent toutes les difficultés de femme, de mère, de compagne. Afin de soulager cette réalité qui traduit bien les inégalités entre les hommes et les femmes, il est donc très important de restaurer les représentations négatives qu'elles ont d'elle-mêmes.

Lieu de rupture avec la rue, l'Espace Femmes doit rester un lieu de ressourcement, de resocialisation, où les comportements autres que ceux de la rue sont valorisés pour que les spécificités de la femme puissent s'exprimer, notamment en ce qui concerne la contraception, la grossesse, la parentalité....

Le travail hors les murs

Les tableaux suivants rendent compte du travail effectué auprès des femmes site par site. Le rythme des visites sur site est inégal et limité en raison de leur éclatement géographique : s'il est possible de passer à la Rotonde et sur le quartier de la Goutte d'or (Barbès, rue Myrrha, Château Rouge), en revanche, il est impossible de multiplier les déplacements lorsque l'on se rend à la Villette ou à Saint-Denis.

Avec l'accord des DASS de Paris et de Seine-Saint-Denis, les intervenants de l'Espace Femmes ont pu se rendre à la mi-juillet sur le site Saint-Denis, en coordination avec AIDES - Aides 93. Les informations sur la situation des femmes étaient préoccupantes sur la scène ouverte le long du canal. L'endroit était contrôlé par des dealers, nous « circulions, en quelque sorte, sous surveillance », néanmoins, si la tension était perceptible, elle était minime en journée; c'était surtout le soir que la fréquentation et les trafics s'intensifiaient.

Sur les 60 personnes occupant les lieux, 1/3 étaient connus des partenaires associatifs du 18^{ème}, nous avons retrouvé 14 femmes qui ne passaient plus à l'Espace Femmes depuis des mois. A notre première visite, certaines femmes étaient dans un tel état que nous n'avons pas pu les aborder. Dans le sous-bois ou entre les buissons, elles semblaient se disputer autour de la consommation, l'une était hagarde, une autre pleurait, d'autres paraissaient abattues, résultat d'une surconsommation, du stress lié au manque, à la fatigue, à l'absence d'hygiène, à la chaleur et au manque d'eau, à la saleté ambiante. Nous avons travaillé en collaboration avec GAIA, IPSUD, EGO, PROSES et l'Antenne Mobile jusqu'à l'évacuation de cette scène ; nous avons repris le contact avec 8 femmes, les autres sont restées dans le 93 ou ont été incarcérées.

Notre intervention s'est également centrée sur le site de la Villette. Le site connut une très grande activité jusqu'au mois de mai, où il fut « déserté » par la majorité des usagers « au profit » de Saint-Denis. Quand la scène ouverte de Saint-Denis a été évacuée fin septembre, l'occupation intensive et les activités sur le site de la Villette ont repris.

Les visites au squat se déroulaient en deux temps, puisque deux espaces étaient investis : les anciens locaux de la prévention routière et l'étage désaffecté du parking Casino. En nous

rendant régulièrement sur ce site, par rapport à 2007, nous avons pu mesurer l'aggravation de l'insalubrité et de la détérioration des espaces de vie : le feu avait ravagé la moitié des « carrées », des « boxes » avaient éclaté suite à des bagarres. Nous accédions aux espaces de vie en passant par une immense salle plongée dans l'obscurité. Des tonnes de chiffons, de cartons, d'ordures en décomposition s'y entassaient, il s'en dégageait des odeurs d'urine, d'excréments et de moisissures de toutes origines. Première « épreuve » pour gagner le squat, il fallait se faire reconnaître en tapant la lourde porte de fer, et, celle-ci ouverte, passer rapidement afin de faire barrage aux rats qui grouillaient sur le tas d'ordures, de s'infiltrer à leur tour. Avant qu'une société de nettoyage vienne dégager cette salle, les rats avaient envahi tous les espaces. Une vingtaine de personnes occupaient l'endroit, qui comptait trois espaces habités, et dans lesquels chacun s'arrangeait pour y organiser un petit coin d'intimité soit avec des tentures de fortune, soit un vieux paravent ou des planches... Cette cohabitation forcée était sujette à des conflits, de trahisons « amoureuses » qui venaient s'ajouter aux conflits liés à la consommation et au deal. Nous arrivions parfois après une nuit de violence, d'agression, nous recevions les témoignages de côtes cassées, de doigt coupé des femmes et des hommes, une balle perdue, il nous fallait alors insister pour orienter vers La Boutique ou les Urgences des hôpitaux pour que les plaies soient désinfectées et les pansements renouvelés, que les soins, tout simplement, continuent au-delà des premiers secours d'urgences.

Activité par site

	Nb de Mois	Nb de Sorties	File Active	Nb de Contacts	Nlles Femmes	Orientations Médicales	Orientations Sociales
Rotonde	3	6	6	11	2	1	7
Goutte d'or	5	7	15	45	2	1	10
Villette	10	27	59	258	18	30	46
St-Denis	2	4	28	51	8	2	5
Total	-	-	108	365	28	34	68

Tout au long de l'année, il s'est agi de relancer les femmes à propos de leurs démarches administratives ou de soins. A titre d'exemple, nous citerons quelques interventions : Travailler avec GAIA pour décider une femme à accepter un traitement contre l'hépatite C avec une sortie de squat soutenue par un hébergement en hôtel, encourager des femmes enceintes à se rendre à leurs rendez-vous (parfois sans succès notamment à la Rotonde où une femme a mené sa grossesse sans aucun suivi) ; appeler les pompiers pour conduire aux Urgences une femme souffrant d'une salpingite ; nous sommes revenues chercher deux femmes enceintes et à terme pour les conduire à la maternité. Pour l'une, l'intervention s'est effectuée avec les encouragements de tous les usagers du squat, quant à la seconde, la question a été plus complexe, cette dernière fuyant tous les partenaires inquiets à juste titre pour sa santé et celui de l'enfant ; sur le site de la Villette encore, susciter la mobilisation de l'ensemble des partenaires sur plusieurs semaines pour qu'une femme et ses compagnons acceptent de se faire accompagner à l'hôpital pour recevoir un traitement contre la gale.

Réduire les risques et réduire les dommages

Le Programme d'Echange de Seringues

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Seringues	3 638	3 306	3 687	2 983	2 050	1 961	2 583

Si le nombre d'injecteuses reste à peu près stable nous observons une reprise relative de la demande de seringues. Sans atteindre le niveau de besoin de 2002, nous pouvons lier cette augmentation aux sorties de l'équipe au squat de la Villette et dans la rue. En outre, les usagères peuvent prendre le matériel d'injection auprès des autres associations qu'elles fréquentent : Ego, Boréal, le Sleep In et auprès des unités mobiles (Charonne, MDM).

La mise à disposition des autres outils de prévention, comparaison 2002 - 2008

Année	Jours ouverture	Préservatifs	Gel	Eau stérile	Tampons alcoolisés	Stéricup	Embouts	Stérifilts
2002	242	13 870	4842	3 046	5 066	879	517	-
2003	210	16 468	6384	3 012	4 281	778	718	-
2004	213	22 834	8459	3 052	3 687	831	1 304	-
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

Actions de rue

	Préservatifs	Seringues	Embouts	Entretiens
Rotonde	210	20	7	11
Goutte d'or	125	30	35	13
La Villette	2 500	170	274	39
Saint- Denis	450	0	0	20
Total	3 285	220	323	83

La mise à disposition du matériel de prévention a été plus intensive au cours du 1^{er} trimestre 2008. Sur les deux sites de la Villette par exemple, cette période correspondait à une fréquentation importante d'usagers et d'usagères (150 personnes d'après les partenaires). Des démonstrations et des entretiens individuels ou collectifs ont été dispensés sur place, néanmoins, les conditions d'hygiène, les tensions, la présence de dealers aussi bien sur le site de la Villette que sur Saint-Denis, n'offraient guère conditions de respect des règles de prévention et les prises de risques étaient régulières malgré nos discussions.

Prévention, contraception, grossesse

En 2008, le travail d'information et de prévention sur les questions des grossesses, de contraception et de prévention des risques s'est déroulé hors les murs pour 52% des UDF de l'Espace Femmes.

Le travail de partenariat avec le CSST d'EGO, du Sleep In et le CAARUD Boréal effectif depuis des années, s'est développé cette année, notamment au cours des séances régulières coordonnées par le Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires (DAPSA). Au rythme d'une séance toutes les 6 ou 8 semaines, les discussions s'organisent autour d'un axe opérationnel en direction des institutions, autour d'un axe clinique et à partir d'éléments apportés par les équipes. Cette année, il a été mis en place des séances d'inter-vision auxquelles participent des intervenants de Boréal, d'EGO, de ELP. C'est l'axe « innovation ».

Faisant suite à nos discussions, des sages-femmes travaillant avec le DAPSA et, détachées de l'hôpital, viennent une matinée toutes les 6 semaines à l'Espace Femmes pour répondre aux questions des femmes, informer sur les différentes procédures de suivis des grossesses, familiariser les femmes avec les maternités et le corps médical. A terme, l'objectif serait que les femmes enceintes aient un suivi de grossesse suffisamment tôt et régulier.

HEBERGEMENT, ORIENTATIONS SOCIALES ET ACCES AUX SOINS

L'hébergement

En parallèle et en soutien aux démarches sociales et médicales, le volet « accompagnement social des personnes prostituées » soutenu par le Département de Paris s'avère un outil indispensable pour nos missions. Ce dispositif permet un sas de transition pour des démarches de santé ou administratives, l'initialisation ou la reprise d'un traitement (HIV, hépatite C), le soutien aux démarches liées à un suivi de grossesse...

En 2008, l'Espace Femmes a pu proposer dans ce cadre 170 séjours d'hébergement en chambre d'hôtel pour 60 personnes en situation de prostitution. 170 séjours pour 950 nuitées, certaines femmes ont pu bénéficier de plusieurs types de séjours, suivant l'évolution de leurs projets. Leur niveau de marginalité et de détresse psychologique nécessite des prises en charge « longues » mais séquentielles, les projets ne pouvant s'inscrire que dans la discontinuité... Un suivi au long cours dans une perspective de réinscription sociale suit un lent processus qui peut se dérouler sur plusieurs années.

Répartition des grands axes d'hébergement par séjours et par nuitées 2008	Nombre de Séjours	Nombre de Nuits
Démarches sociales ¹	68	324
Démarches de soins ²	68	487
Suivi des Grossesses	9	25
Divers	25	114
TOTAL	170	950

¹ Démarches sociales : dont démarches administratives et juridiques, suivi social sur un CSST, relais en attente d'un autre hébergement...

² 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...

Le volet soins est le pôle le plus important au regard du nombre de nuits d'hôtel, l'équilibre avec le volet social s'effectue au niveau du nombre des séjours.

Les orientations sociales et l'accès aux soins

	Accompagnements	Sur place	Orientations	Total Démarches	Femmes
Social	10	297	263	570	154
Soins	18	-	245	263	112
Autres³	13	3	151	167	48
Total	41	300	659	1 000	-⁴

Avec le consentement de la personne, la coordination et la mobilisation des différents partenaires sont indispensables pour mener à bien un projet de soin, ou faire aboutir des démarches administratives.

A plus d'un titre, la collaboration avec les équipes des ECIMUD est précieuse. Notons cette année, le développement des relations avec les ECIMUD de l'hôpital Lariboisière, de la Salpêtrière, et particulièrement avec l'équipe du réseau d'addictologie de Cochin. Les CSST d'EGO, du Sleep in, de Charonne et de La Terrasse avec l'équipe de ELP restent nos premiers partenaires de terrain.

Les orientations de soins ont des origines très différentes :

- Sortie de squat et initialisation d'un traitement

Ex. : B., 36 ans, consommant alcool et crack Cette femme devait commencer une trithérapie depuis des années mais toute tentative avait échoué. Elle vivait au squat de la Villette jusqu'à l'hiver 2007/2008 et c'est en janvier, après une nuit de violence intense qu'un incendie manque de la brûler vive. Notre présence du mardi après-midi sur ce lieu a permis d'intervenir rapidement et nous l'avons orientée vers un séjour en hôtel. Ensuite, avec son accord, nous avons travaillé en collaboration étroite avec l'équipe de GAÏA, le Sleep In et la Boutique, un protocole de soin a pu être élaboré avec le centre du Moulin Joly, et l'ECIMUD de la Pitié-Salpêtrière. Il a fallu plusieurs mois pour que s'ébauche un suivi régulier avec le centre du Moulin Joly ; les consultations à La Salpêtrière sont encore marquées par la discontinuité, elle continue de prendre sa Méthadone[®] au Bus de GAÏA. B. est hébergée depuis quelques mois par le moyen séjour de l'association Charonne.

- Grossesse et parentalité

Ex. : S., 40 ans, dans la consommation depuis plus de 20 ans. Cette femme a été hébergée ponctuellement durant sa grossesse en 2007. En 2008 et pendant quelques mois l'hébergement au départ se limitait à la veille d'une visite en pouponnière, puis elle a commencé à multiplier ses démarches sociales et de justice avec un hébergement sur la durée mais alterné de ruptures nécessaires. Aujourd'hui, elle entreprend des démarches de sevrage pour son addiction à l'alcool. Elle voit régulièrement son bébé en famille d'accueil en Normandie. Sa situation juridique et administrative progresse également ; elle est assignée à résidence à Paris.

³ Visite à enfant en pouponnière ou en famille d'accueil.

⁴ Le total est sans objet car chaque personne en processus d'engagement de soin ou de démarches sociales effectue plusieurs types de démarches.

- L'hospitalisation pour une fracture de la jambe

Ex. : L., 29 ans, marchait avec cette jambe qu'elle avait brisée suite à une chute qu'elle avait faite pour échapper à ses agresseurs. La crainte de représailles l'avait contrainte d'éviter La Boutique puis, la douleur devenant insoutenable, venir s'y réfugier. Conduite à l'hôpital Lariboisière, elle est opérée pour de multiples fractures à la jambe.

- L'hospitalisation pour éviter la septicémie

Ex. : M., 34 ans. Fumeuse de crack et vivant dans la rue ou en squat depuis plus de 10 ans, cette femme a déjà subi plusieurs interventions chirurgicales liées à un cancer. Les hospitalisations se sont déroulées dans différents hôpitaux, toujours en situation d'urgence et au gré de ses itinérances. Suite à une nouvelle intervention, elle s'était enfuit de l'hôpital de Vincennes avant la cicatrisation. C'est au cours d'une de nos sorties que nous l'avons trouvée épuisée, souffrante et fiévreuse dans un parking près du squat de la Villette. Elle n'était pas décidée à nous suivre, refusait que les pompiers soient appelés, mais nous l'avons suffisamment alerté sur la gravité de son état de santé, que le lendemain elle s'est rendue à l'Espace Femmes. Nous avons pu constater que la cicatrice autour des agrafes sur l'abdomen était purulente ; elle a été conduite de justesse à l'hôpital Lariboisière qui l'a orientée ensuite vers le centre Maubeuge.

Dans ces deux situations, la présence et la disponibilité de l'équipe des ECIMUD pour ces femmes, ont été remarquables.

- L'hospitalisation en psychiatrie

Les contacts de l'équipe de ELP avec les femmes de La Boutique ont été nombreux cette année encore. Deux femmes ont entrepris des soins à La Terrasse. Trois signalements ont été effectués conjointement avec l'Association Charonne, EGO, et ELP.

Nous avons souligné les difficultés à faire hospitaliser les usagères de crack, la souffrance de ces femmes et le danger des risques qu'elles prenaient dans la rue semblaient gommés derrière le profil de fumeuses de crack. Au bout de plusieurs années d'effort, les rapports avec le secteur psychiatrique se sont améliorés, et cette année, deux des signalements ont abouti, une femme a été écartée de l'hospitalisation. Une collaboration étroite avec l'équipe du Service Garnier à Sainte-Anne a été élaborée pour une des ces femmes. En assurant la visite régulière des équipes, un projet de transfert sur Bordeaux devait favoriser son rapprochement avec une sœur qu'elle avait retrouvée. Elle a pu bénéficier de plusieurs semaines de soins, malheureusement, le transfert se faisant trop attendre... Sa fugue lui a été fatale.

Les deux femmes hospitalisées sont décédées après avoir fugué, ceci démontrant s'il le fallait que les signalements étaient justifiés, et que les moyens de la psychiatrie sont bien diminués !

L'ATELIER SOCIO-ESTHETIQUE

Cet atelier, a enfin été reconnu comme faisant partie intégrante du dispositif de la Réduction Des Risques par le financement du poste de la socio-esthéticienne. Il fonctionne comme précédemment, 3 heures par semaine les jeudis après-midi.

68 femmes différentes ont bénéficié des soins esthétiques, ce qui témoigne du besoin de ces femmes de la rue d'établir un autre rapport avec leur image et leur corps.

761 actes ont été prodigués toutes catégories de soins esthétiques confondus.

LIEU DE STAGE ET DE FORMATION

Comme chaque année, l'Espace Femmes est un lieu de stage pour la formation des éducateurs et des moniteurs éducateurs.

Cette année, nous avons reçu :

- 1 stage de 9 mois d'Educatrice Spécialisée, école de Montrouge.
- 1 stage de 9 mois d'Educatrice Spécialisée, école IRFASE Neuilly - en cours (2008/2009).
- 2 stages courts de Moniteurs Educateurs (un stagiaire : école de Montrouge, un stagiaire : ITS - école de Tours).

ANNEXE 1 – ORIENTATIONS SOCIALES ET MEDICALES

Orientations sociales

			Accompagnement	Sur Place	Orientation
COUVERTURE SOCIALE	Nb de Femmes	CNI	2	13	34
	37	CMU	-	1	20
		AAH	-	-	2
		AME	-	-	5
	TOTAL		2	14	61
			Accompagnement	Sur Place	Orientation
EMPLOI	Nb de Femmes	RMI	3	2	13
	16	COTOREP	-	1	3
		ANPE	-	1	-
		ASSEDIC	-	3	9
		POSTE	-	-	-
		INSERTION	-	5	7
	TOTAL		3	12	32
			Accompagnement	Sur Place	Orientation
HEBERGEMENT	Nb de Femmes	URGENCE	3	252	105
	80	THERAPEUTIQUE	1	-	5
		LOGEMENT	-	12	32
	TOTAL		4	264	142
			Accompagnement	Sur Place	Orientation
JUSTICE PRISON	Nb de Femmes	SPIP	1	3	9
	21	INJONCTION	-	2	8
		PROCES	-	2	11
	TOTAL		3	7	28
TOTAL SOCIAL			10	297	263

Accès aux soins

			Accompagnement	Sur Place	Orientation
ACCES AUX SOINS	Nb de Femmes	PSYCHIATRIE	2	-	22
	112	HOPITAL	8	-	66
		SOINS SPECIALISES	-	-	56
		CDAG	-	-	67
		GYNECO-OBSTETR	8	-	31
		DENTISTE	-	-	3
	TOTAL		18	-	245
			Accompagnement	Sur Place	Orientation
AUTRES	Nb de Femmes				
	48		13	3	151
TOTAL			13	3	151
TOTAL SOINS			31	3	396

Annexe II

Socio-Esthétique 2008

68 femmes différentes et 886 actes de soins

Maquillage rapide	123
Démaquillage et maquillage	108
Démaquillage et Application crèmes de soin	72
Soin, épilation, maquillage	45
Epilation des sourcils	111
Epilation visage	58
Soins des mains	53
Conseils	175
Démonstration, distribution de produits	120
Cheveux	21

- Maquillage : 303
- Soin : 288
- Conseil : 175
- Démonstration : 120

L'Antenne Mobile

La Boutique 18
86 rue Philippe de Girard – 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

Durant l'année 2008, le travail de l'Antenne Mobile de Charonne a été marqué par **deux** événements majeurs quant aux missions qui lui incombent.

1. L'Antenne Mobile s'est impliquée de manière régulière et sur une période déterminée dans une intervention inter-associative sur le département de Seine-Saint-Denis.

La situation très inquiétante repérée par les structures présentes tant au point de vue sanitaire que social a permis de relever un certain nombre de corrélations concluant sur la mise en œuvre d'une intervention commune des structures parisiennes et du département de Seine-Saint-Denis.

En effet, l'évacuation d'un squat de plus d'une centaine d'usagers a contribué au déplacement du public toxicomanes sur Saint-Denis : sur les rives du canal à proximité des riverains et des stations de tramway et RER.

Par ailleurs, la fréquentation permanente de nombreux dealers sur ce lieu a eu un écho auprès nombreux usagers fréquentant les CAARUDs parisiens qui se sont également déplacés sur ce département.

L'intervention des structures parisiennes et de l'Antenne Mobile de Charonne a donc permis de :

- Suivre et d'accompagner les usagers fréquentant L'association Charonne.
- Saisir l'opportunité de travailler en inter-associatif.
- Pallier au débordement des structures de Seine-Saint-Denis compte tenu de la situation urgente et des conditions sanitaires et sociales très précarisées pour les usagers.

D'une manière générale, ce travail inter-associatif a pris de l'ampleur tout au long de l'intervention et a permis de solliciter l'adaptation de l'Antenne Mobile de Charonne, la disponibilité de celle-ci et la capacité à réagir face aux situations des plus compliquées.

Aussi, cette action a mis en évidence les possibilités et limites du travail inter-associatif mais elle a surtout enrichi les différentes équipes sur leurs pratiques professionnelles.

Cette expérience a également démontré l'intérêt d'associer et de mettre en commun les forces des différentes structures à travers des actions de ce type, voire une coordination plus globale sur le Nord-Est parisien.

L'Antenne Mobile a su s'adapter, faire appel à ses partenaires et relayer les informations et les usagers sur les dispositifs adaptés aux situations.

2. Le deuxième élément marquant constitue la fermeture du squat de la Porte de la Villette courant novembre contribuant ainsi au travail ciblé de l'Antenne Mobile sur ce secteur et auprès des usagers.

- Un travail de prévention et d'orientation consistant à informer les usagers de l'évacuation du site et à orienter vers les structures parisiennes afin de faire émerger des solutions individuelles.
- Le travail de prévention et de Réduction Des Risques a été renforcé auprès de ces usagers et l'exploration de l'Antenne Mobile afin de connaître les futurs lieux de consommation et de refuge a été effectuée.

Les relais entre les équipes fixes de La Boutique et l'Antenne Mobile ont permis de préparer « au mieux » la sortie de squat et de prendre en charge les usagers sans possibilité de logement à cette sortie.

L'Antenne Mobile a su s'adapter et être présente afin d'accompagner les usagers selon les besoins et les demandes qui lui ont été formulés. Elle a intensifié sa présence sur le site et participé aux différentes réunions sous l'égide de la Coordination 18 afin d'envisager d'autres modalités d'interventions et faire un état de la situation quant au travail de rue.

Les usagers de crack

Une légère baisse de la file active (**769**) du nombre d'usagers rencontrés sur l'Antenne Mobile en 2008 et l'augmentation du nombre de nouveaux usagers (**535**) sont constatées.

Cette année encore, nous avons enregistré une augmentation d'un certain nombre de jeunes consommateurs s'initiant directement au crack.

Les injecteurs

D'une manière générale, le nombre de distribution de seringues a encore sensiblement baissé s'expliquant par le fait que de plus en plus d'usagers sont sous traitement Méthadone®.

Beaucoup d'usagers qui consommaient jusque-là par voie injectable disent avoir stoppé l'injection, mais leur consommation d'alcool et de crack reste problématique.

Cette année encore nous avons constaté que les pratiques de l'injection du Skénan® et du Subutex® restaient fréquentes malgré les incitations au passage à la Méthadone®.

En tant qu'acteurs de terrain, la question de la disponibilité de ces produits dans des trafics de rue continue de poser problème. De jeunes usagers s'initient aux drogues directement par l'injection de ces produits et notre travail de prévention en 2008 a été axé tout spécialement vers cette population.

Exploration

En 2008, l'Antenne Mobile a poursuivi le travail d'exploration dans le secteur de Bastille où l'on constate un fort turn-over des usagers. Ceux-ci ont des difficultés majeures à fréquenter les structures existantes, en partie du fait que la majorité n'acceptent pas les animaux et qu'aucune structure d'hébergement ne les accueille pour la même raison. Leur méfiance à l'égard de ces institutions reste très présente et la spécificité de ce type public réside dans le fait qu'il se déplace constamment ; il est alors assez difficile de créer et de nouer le lien avec eux. Dans le courant de l'année, les sites de rencontre avec ces personnes ont été de moins en moins fréquentés, semble-t-il du fait de l'action des forces de l'ordre.

En fin d'année, nous avons observé qu'une partie de cette population essaye de s'installer sur les alentours de la Gare de l'Est sans véritablement pouvoir investir de lieu fixe...

L'Antenne Mobile a effectué **131 sorties** durant l'année 2008.

Activités par zone d'intervention

Zone 1 : Boulevard des Maréchaux, depuis la Porte de la Villette à la Porte de Clignancourt

En 2008 **2 702 contacts avec des usagers de drogues.**
 174 avec des passants.
 464 avec des prostituées.

Le travail de l'Antenne Mobile couvrant cette zone reste principalement centré sur les problèmes liés à la prostitution depuis la fermeture du squat. Mais un certain nombre d'usagers toxicomanes arpente le boulevard en journée et très tard le soir s'adonnant à la prostitution.

Les prostituées traditionnelles restent des personnes qui ne consomment ni crack ni autre substances illicites et travaillant pour la grande majorité en camion. Elles sont présentes en fin de journée jusqu'à très tard en attendant les clients et nous leur apportons des préservatifs, du gel et des lingettes nettoyantes afin de remplir la mission de Réduction Des Risques en matière de maladies sexuellement transmissibles. Selon elles, notre aide et notre passage est un moment très important leur apportant le matériel dont elles ont besoin et si cher financièrement. Elles ne formulent pas de demandes liées à des démarches quelconques car elles souhaitent pour la plupart ne pas avoir à faire avec les services sociaux et vivent leur vie de façon discrètes et dans un schéma familial établi. L'action éducative auprès de ce type de public reste essentiellement basée sur l'écoute et le soutien que l'Antenne Mobile peut leur apporter lors de ses tournées nocturnes. La moyenne d'âge du public est de 53 ans et compte tenu du contexte sociétal, pour certaines d'entre elles, il est difficile de vivre et de subvenir à leurs besoins avec l'argent lié à l'activité prostitutionnelle.

La file active du nombre de femmes se prostituant et non usagers de drogues rencontrées sur ce site par l'Antenne Mobile s'élève à 22 femmes.

ZONE 2 : Quartier de Stalingrad (rue du Département, rue d'Aubervilliers, Rtonde de Stalingrad...) et **Hôpital Lariboisière**

**En 2008 1 956 contacts dont 1 784 usagers de drogues.
137 contacts avec des passants non usagers.
35 avec des prostituées**

Stalingrad (la Rotonde) :

Cette année encore - et cela depuis les nouveaux aménagements de la rue d'Aubervilliers - ce secteur est maintenant peu fréquenté car les usagers se regroupent sur la Rotonde.

Ce secteur est devenu une des scènes d'usage de crack les plus importante du Nord-Est parisien puisque d'une dizaine d'usagers rencontrés en 2007, un noyau dur d'une quarantaine d'usagers s'est constitué et s'est installé le long de la berge avec des matériaux récupérés (canapés, cartons, couvertures, etc...) A travers ce groupe transparaît l'ensemble d'une population vieillissante consommant du crack et s'alcoolisant fortement.

Par ailleurs, d'autres usagers qui fréquentaient le squat de la Villette et les boulevards extérieurs viennent se greffer depuis l'évacuation du squat. Les températures particulièrement froides cet hiver ont également vu ces personnes dormir dehors avec de simples couvertures.

Un travail de coordination s'est mis en place avec l'équipe d'Intervention de Prévention Socio-éducative de l'Usage des Drogues (IPSUD) pour intervenir sur ce lieu. Des démarches ont été entreprises afin de trouver des couvertures auprès de structures et associations s'occupant des sans-abri ou susceptible de nous fournir ce type de matériel.

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 en errance souvent en rupture familiale et qui se déplacent par groupes et avec animaux. Souvent assez jeunes, ils sont également mal informés sur les produits et leurs conséquences et deviennent souvent polytoxicomanes.

Notre intervention s'est basée sur l'information, la Réduction Des Risques en distribuant du matériel stérile et en orientant vers les structures existantes près de « leur lieux de vie » (squat).

En accompagnant ce type de population et après avoir analysé les situations, nous avons constaté la nécessité d'une structure d'accueil avec chiens.

La difficulté de maintenir le lien est réelle car cette population est en mouvement permanent et le travail d'accroche et d'accompagnement s'avère être très long.

ZONE 3 : Porte Montmartre

**En 2008 1 138 Contacts dont 1 058 usagers de drogues.
21 contacts avec des prostituées.
64 contacts avec des passants non usagers.**

La fréquentation de cette scène reste importante. La population des usagers de drogues est composée essentiellement d'anciens injecteurs d'héroïne vieillissants et consommant à présent du crack. Le « rabattage » reste l'activité principale de ce groupe. La présence policière sur cette scène s'est soldée par de nombreuses incarcérations pour usage de drogues. Le nombre des usagers s'est progressivement restreint. Les travaux de voirie ont compliqué notre intervention sur cette scène et nous avons eu du mal à nous faire repérer par les usagers présents.

De jeunes adolescents des quartiers avoisinants viennent régulièrement à l'Antenne Mobile demander des préservatifs pour eux-mêmes et pour leurs grands frères.

Les habitants du quartier s'intéressent aussi à notre action et nous échangeons avec eux sur le travail de prévention que nous effectuons dans leur quartier.

ZONE 4 : Bastille

**En 2008 459 contacts dont 383 usagers de drogues
14 contacts avec des prostituées
62 contacts avec des passants non usagers.**

Nous avons rencontré de moins en moins d'usagers et, il semblerait que sur ce lieu également la police intervienne régulièrement afin d'éviter l'installation des groupes. Nous sommes très peu en contact avec les mêmes personnes car le turn-over est très important. En fin d'année, les travaux entrepris rue de la Roquette ont rendu notre action plus compliquée. Là encore la nécessité d'une structure d'accueil avec animal est évidente.

ZONE 5 : Saint-Denis

Cette scène ouverte située aux abords du canal et des moyens de transport a été l'événement majeur de cet été.

Les conditions sanitaires et sociales très précaires des usagers de drogues sur ce site ont donné lieu à une intervention des structures parisiennes et de Seine-Saint-Denis.

L'intervention inter-associative a été organisée par des réunions assez fréquentes avec l'ensemble des partenaires et les DDASS des 2 départements afin de donner de la cohérence à aux actions de terrain.

Une file active de 150 à 200 usagers a été dénombrée, dont des usagers fréquentant les structures parisiennes. Etant donné l'état sanitaire et les conditions de vie sur le site, en particulier pour les femmes, l'action s'est progressivement développée et des permanences ont eu lieu tous les mercredis durant 2 mois afin d'envisager des accompagnements individuels par rapport à l'hébergement.

Cette action a permis de mettre en évidence l'intérêt du travail inter-associatif mais aussi de développer une action de terrain concertée entre équipes et directions.

Notre intervention s'est organisée deux fois par semaine par amplitude de 2 heures, en collaboration avec les structures IPSUD, PROSES et AIDES 93. Elle a donné lieu à la diffusion des alertes relatives à la circulation d'héroïne fortement dosée, surtout en direction des primo-consommateurs.

A noter que cette zone a été éphémère compte tenu de l'évacuation des sites par les forces de l'ordre. Par ailleurs, il est probable que nous puissions y intervenir de nouveau après concertation avec les structures concernées si une telle situation se représente. Ce, afin de renforcer les équipes des associations qui interviennent sur la Seine-Saint-Denis.

Perspectives et projets

Les perspectives 2009 concernent d'une part une réappropriation de la population des injecteurs que nous avons déjà débutée auprès du secteur de Bastille et de la Gare du Nord.

La difficulté réside essentiellement dans le fait du maintien du lien avec ce public en perpétuel mouvement et qui a migré vers le secteur de la Gare de l'Est que nous avons commencé à explorer en fin d'année.

Nos observations nous ont permis de mettre en relief la nécessité d'intervenir auprès de ce public et de façon plus régulière compte tenu des besoins du public en matériel et ne orientation.

Le deuxième projet réside dans la distribution de la « nouvelle pipe à crack » dans le cadre d'une recherche visant à la validation d'outils de RDR en direction des usagers de crack par voie fumable ; cette action comprendra également une sensibilisation aux risques liés à l'usage du cutter.

Les perspectives de travail inter-associatif seront envisagées concernant le travail de rue afin de donner plus de cohérence à l'action de terrain et l'accompagnement auprès du public accueilli. L'échange entre équipes concernant les pratiques professionnelles, le partage d'information et la mise en commun est un enjeu essentiel dans notre intervention de rue, par exemple l'articulation des interventions sur le secteur de Château Rouge.

Sur ce secteur, les structures avoisinantes, submergées par le nombre d'usagers fréquentant l'accueil de jour, sollicitent notre intervention de soirée et de nuit.

L'essentiel de l'action se situe dans la distribution de matériels de Réduction Des Risques et dans l'orientation auprès des structures d'accueil de jour. Par ailleurs, nous intervenons beaucoup dans la médiation auprès des riverains et des personnes relèvent d'autres problématiques.

Les problématiques diverses rencontrées sont nombreuses et il est difficile d'intervenir parmi ce public qui se mélange ; On voit ainsi des personnes ayant des pathologies psychiatriques, psychologiques, sociales et addictologiques.

Orientations

	Orientations	Accompagnements
Psychologique et psychiatrique	33	
Médico-chirurgicale	12	7
CSST/Substitution	27	
CDAG HIV	77	
CDAG VHC	77	
Alcoologie	61	
Dentaire	13	
Gynécologie	28	
Groupes d'entraides	13	3
CMU, AAH	31	
RMI, ASSEDIC	29	6
Hébergement social et thérapeutique	14	
Suivi justice, prison	12	
TOTAL	427	16

Le Centre d'Hébergement de Stabilisation

3 quai d'Austerlitz 75015 Paris

Tél. : 01.45.83.22.22 Fax : 01.56.61.11.10

urgence.sociale@charonne.asso.fr

LE CENTRE D'HEBERGEMENT DE STABILISATION

L'année 2008 a été la première en année pleine de fonctionnement pour le CHS : hébergement qui s'inscrit dans la durée (la personne peut être accueillie pour une durée de 6 mois, avec la possibilité d'un renouvellement d'une durée équivalente) auprès d'un public en grande précarité.

L'année 2007 avait été une année charnière pour l'hébergement d'urgence, notamment par la mise en oeuvre du Plan d'Action Renforcée pour les Sans-Abri (PARSA). Celui-ci vise à ramener l'accueil d'hébergement d'urgence dans le champ des CHRS, c'est-à-dire dans un accompagnement social qui s'inscrit dans la durée, et surtout par l'institution d'un droit au logement opposable.

La spécificité du CHS de l'association Charonne est de permettre à un public en précarité et usager de substances psycho-actives d'accéder à l'hébergement sur simple appel au SAMU Social de Paris. Ce nouvel établissement a fait suite à la convention établie depuis 1997 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 ».

Les admissions font l'objet d'une procédure simple. Lorsque lors de l'appel au 115, la personne déclare présenter une problématique d'addiction, après une évaluation par l'intervenant du SAMU, elle pourra être orientée vers le CHS de Charonne en fonction des places disponibles. La capacité d'accueil est de **25 places** dont **5** directement gérées par l'équipe du CHS et mises à disposition du CSST Charonne ou de partenaires réguliers. Par ailleurs, il est convenu avec la Coordination du SAMU Social que les places non attribuées après 15 heures reviennent à la gestion propre de l'équipe du CHS. En effet, des places restaient auparavant non attribuées soit parce qu'il était difficile pour les demandeurs d'obtenir le 115 compte tenu du grand nombre d'appels, soit que l'appelant ne déclarait pas ses problèmes d'addictions.

Deux conventions de partenariat ont été conclues : Pour deux places avec l'Espace Murger de l'hôpital Fernand Widal, qui vise à renforcer et améliorer la prise en charge du patient usager de drogues qui est ou va s'engager dans une démarche de soins. Pour deux autres places avec le CHS André Jacomet pour des personnes dont la mise à l'hôtel paraît trop « isolante » et pour lesquelles le collectif s'avère la solution la mieux adaptée. L'équipe du CHS poursuit le suivi social engagé avec ces personnes.

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 pour des personnes en grande précarité sociale et sanitaire, habituellement accueillies en CHU dans des conditions difficiles : remise à la rue le matin, chambres collectives, interruption d'hébergement pour retour à la rue, de pouvoir :

- Bénéficier un hébergement de durée moyenne à l'hôtel, permettant de se poser, assorti d'un accompagnement personnalisé, facteur de reconstruction, de sécurisation, de lien, de projet.
- Accéder à une prise en charge globale, avec une priorité accès sur le soin.

Pour mettre en œuvre ces missions le CHS 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.

Le soutien dans les démarches administratives vise à établir ou de rétablir 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 résidents.

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 qui compose ce dispositif d'hébergement s'explique par le fait que les personnes peuvent bénéficier, à la fois :

- D'une chambre d'hôtel,
- d'un accompagnement social,
- d'une prise en charge sanitaire, sous la responsabilité de l'équipe médicale du CSST Charonne.

Le Centre d'Hébergement de Stabilisation propose donc une prise en charge qui donnera aux personnes exclues le temps nécessaire pour recréer, dans un cadre de vie offrant un confort minimal (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,
- surmonter les obstacles,

- et surtout être soutenues dans la démarche de soins de la toxicomanie : maintien ou initialisation d'un suivi médical, poursuite ou initialisation d'un traitement de substitution, maintien de l'abstinence...

Par ailleurs, si la prise en charge hôtelière renvoie à une certaine forme de souplesse (accueil en chambre individuelle - mise à disposition de la chambre 24 heures sur 24 - possibilité de poser « ses valises »), traiter la question des consommations de substances psycho-actives par le seul hébergement ne suffit pas. Il permet toutefois de lutter contre les effets délétères des prises de produits, et constitue la première étape du parcours d'aide à la reconstruction personnelle, en travaillant 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 les 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 réactiver insécurité et angoisse. Il convient alors de proposer à ces personnes des structures de type « collectif » qui offrent un hébergement plus « convivial ».

La prise en charge d'un tel public en chambre d'hôtel, 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* ». Nous constatons encore aujourd'hui que les prestations des hôtels ne sont pas toujours à la hauteur du coût engendré. Beaucoup d'hôtels sont mal entretenus (travaux de rénovation non effectués, sanitaires défectueux, exigüité de la superficie, absence d'équipements nécessaires à la préparation des repas...) et souvent « surpeuplés » de personnes également accompagnées par d'autres structures partenaires. Cette concentration peut rapidement générer des tensions multiples et des dégradations diverses. Pour les femmes isolées cet environnement mérite une attention toute particulière.

L'ensemble de ces constats interrogent légitimement le fonctionnement actuel de l'accueil de stabilisation en chambre d'hôtel et amènent l'établissement CHS à réaffirmer ses exigences pour garantir la dignité des personnes les plus fragilisées de notre société.

L'accueil et la prise en charge

L'accueil se passe le jour même de l'appel au SAMU social, qui a présenté très brièvement la situation de la personne. Il a lieu sur les locaux du CSST Charonne. Ce premier accueil est déterminant.

Lors de ce premier entretien, l'intervenant social présente le projet d'hébergement du CHS, et l'équipe: une coordinatrice, une éducatrice et une assistante sociale. Une présentation est également faite du CSST qui peut intervenir dans le suivi (psychologues, médecins généralistes et psychiatres pour le versant médical, conseiller juridique). Les usagers sont aussi informés des différents ateliers collectifs à leur disposition, et de l'accès à des manifestations culturelles via « Culture du Cœur ».

Suite à cette présentation du CHS et du CSST, il est remis et commenté le **livret d'accueil**, document qui décrivant les activités et l'organisation du service, le **règlement de**

fonctionnement, qui définit le droit de l'usager dans l'établissement, auquel est annexé **la chartre des droits et liberté des usagers**.

Une évaluation globale de la situation est menée afin de pouvoir identifier les besoins, les difficultés mais aussi les envies ou les désirs de chacun. Cet espace-temps est un lieu de paroles où la confidentialité est garantie. Il s'agit « d'aller de compagnie » avec l'usager pour améliorer sa situation sociale et sanitaire, et définir les orientations et les accompagnements nécessaires pour répondre au mieux à sa demande et concevoir avec lui un projet de soins et d'insertion.

Tout au long du séjour des entretiens réguliers ont lieu avec le référent afin de consolider le projet initialement défini sur le contrat de séjour, contrat qui fait apparaître les objectifs posés par la personne. Les temps de séjour sont reconductibles à date d'échéance du contrat par un avenant et un bilan permettant d'évaluer la réalisation ou non des objectifs posés.

Les spécificités de l'hébergement de stabilisation rend plus difficile la formalisation des projets individuels, l'admission répondant d'abord à un impératif de mise à l'abri de l'usager, n'étant pas toujours dans la capacité immédiate de définir et d'enclencher ses objectifs de soins et d'insertion.

Motifs et modalités de sortie

Plusieurs situations possibles en matière de sortie du dispositif :

- A la réalisation des objectifs fixés dans le contrat de séjour individualisé

Le résident a investi le suivi et atteint ses objectifs. La sortie du dispositif est conforme et appropriée aux souhaits de la personne. Pour mener à terme leurs objectifs, 11 résidents (sur 145) ont bénéficié d'une prolongation de 6 mois.

- Sur décision de la personne

Pour certains, l'hébergement à l'hôtel est inadapté. Habitué aux structures collectives ou à vivre en groupe, l'isolement de la chambre individuelle et d'un hôtel devient vite insupportable.

- En cas de non-respect des termes du contrat et/ou du règlement de fonctionnement

Certains résidents s'avèrent être dans l'incapacité ou ne désirent pas entamer ou poursuivre des démarches sociales ou de soin. Cela se traduit par des retards récurrents ou des rendez-vous manqués. L'équipe adresse à chaque fois un courrier rappelant les conditions et les obligations liées à leur hébergement et sollicitant une reprise de contact. Dans d'autres cas, la rupture a lieu suite à des comportements agressifs à l'égard des membres de l'équipe ou de l'hôtelier. Ces dysfonctionnements sont pour la plupart d'entre eux, associés des consommations de substances psycho-actives.

ACTIVITÉ 2008

Capacité d'accueil	25 places
Nombre de nuitées théoriques	9 125
Nombre de nuitées réalisées	9 213
Taux d'occupation	101%
Nombre de personnes	136
Nombre de nouveaux	73
Nombre de Séjours*	145*
Durée des séjours moyenne	64
Durée moyenne des séjours des personnes sorties	73

* 7 personnes ont bénéficié de 2 séjours, 1 de 3 séjours soit 5 % des personnes hébergées. File active de 136 personnes.

CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS

Origine de la demande d'hébergement

Orienté(e)s par	/ nombre de séjours	%
115	90	62%
Etablissement médico-social de l'association Charonne	17	12%
Etablissement médico-social hors Charonne*	18	12%
Etablissements de santé	3	2%
Accueil de proximité/CAARUD**	8	5%
Etablissements pénitentiaires	1	1%
Autre CHRS	3	2%
Hébergement d'urgence	1	1%
Service social de secteur/PSA	2	1%
Autres associations caritatives	1	1%
Autre	1	1%
Total	145	100

*Marmottan, Espace Murger, 110 les Halles, Gaïa, La Terrasse, Emergence, Nova Dona, CCST le Sleep In, Mosaïque, ECIMUD Bichat, CSST Moreau de Tours, Pierre Nicole.

**Boutique 18, Centre Beaurepaire, Coordination 18, PROSES, B.R.A.S. de AIDES-Arc en Ciel.

Hébergement la nuit précédant l'entrée

Hébergement la nuit précédant l'entrée	/ Nombre de séjours	%
Domicile personnel	0	
Domicile des parents	2	1%
Hôtel (payé par soi)	3	2%
Hébergement par un tiers	16	11%
Autre structure (urgence, insertion, CHRS, hôtels pris en charge par une association)	43	30%
Prison	0	
Etablissements hospitaliers ou de soins	4	3%
Etablissements ASE ou accueil familial	0	
Hébergements mobiles ou de fortune (caravane, camping, squat)	16	11%
Sans domicile (rue, voiture)	61	42%
Total	145	100%

Répartition de la durée des prises en charges

Durée de la prise en charge	Nombre de personnes sorties dans l'année	%
1 nuit	3	3%
Moins de 3 nuits	4	3%
3 nuits à 1 semaine	15	13%
Plus d'1 semaine à moins de 15 jours	6	5%
De 15 jours à moins d'un 1 mois	12	10%
Plus d'un mois	79	66%
Total	119	100%

Modalités de sortie

Modalité de fin de prise en charge	Nombre de personnes sorties	%
Au terme du contrat	51	43%
Avant terme contrat par le résident	11	9%
Avant terme contrat par l'équipe	27	23%
Hospitalisation longue	3	3%
Incarcération	4	3%
Perdu de vue	23	19%
Total	119	100%

Solutions d'hébergement à l'issue du séjour

Orienté vers	Sortants	%
Services d'hébergements non spécialisés*	21	18%
Structure médico-sociale avec hébergement		
CSST Charonne	6	5%
CSST hors Charonne**	16	13%
ACT	2	2%
Structure sanitaire***	13	11%
Famille, entourage	6	5%
Hébergement autonome	5	4%
Hébergement / public sous main de justice	2	2%
Incarcération	4	3%
Sans solution****	21	22%
Perdu de vue	23	15%
Total	119	100%

* CHS André Jacomet, CHRS Aurore, CHU la Trinité, CHU Yves Garel, Amicale du Nid, Le PASS Justice, Péniche du Cœur, Communauté des Compagnons d'Emmaüs, Sleep Off.

**** Clémence Isaure, CTR L'Hébergerie, CTR Le Peyry, CTR Val d'Adour, CTR mas Saint Gilles, CTR Gagny, CTR Pierre Nicole, Mosaique, SSR Chelles, Le Village.**

*** Fernand Vidal, Limeil-Brévannes, Marmottan, Saint-Antoine, Salpêtrière, Saint-Louis, Emile Roux, Ambroise Paré, Esquirol, .Cure Thermale Evian.

**** dont 7 exclusions par les hôteliers.

CARACTÉRISTIQUES DES RÉSIDENTS

Répartition par classes d'âge

Age	Nombre	%
18 - 25ans	9	7%
26 - 35ans	45	33%
36 - 45 ans	65	48%
46 - 55ans	14	10%
+ de 55 ans	2	1%
Non renseigné	1	<1%
Total	136	100%

La moyenne d'âge est de **37 ans**.

Répartition par sexe

Sexe		
Hommes	114	84%
Femmes	22	16%

Origine géographique

Nationalité	Nombre	%
Française	84	62%
Etrangers UE	12	9%
Etrangers hors CEE	40	29%
Total	136	100%

Lieu d'ancrage

Domiciliation	Nombre	%
Paris	120	88%
IDF	9	7%
Autre région	4	3%
Non renseigné	3	2%
Total	136	100%

Niveau de formation

Niveau de formation	Nombre	%
Illettrisme	2	1%
Niveau VI	13	10%
Niveau V BEP, CAP, BEPC	78	57%
Niveau V bis	8	6%
Niveau IV BAC, Brevet prof. et tech.	19	14%
Niveau III, II ou I Bac2 à 5	16	12%
Total	136	100%

Situation Familiale

	Nombre	%
Célibataire	84	62%
Union libre >6 mois	8	6%
Marié(e)	3	2%
Séparé(e)	20	15%
Divorcé(e)	11	8%
Veuf (ve)	2	1%
Non renseigné	8	6%
Total	136	100%

Parentalité

	Nombre	%
Ayant des enfants	68	50%
Sans enfants	63	47%
Non renseigné	5	3%
Total	136	100%

Nombre d'enfant

Nombre d'enfants	Nombre	%
0	68	50%
1	32	24%
2	17	12%
3	3	2%
4	4	3%
6	1	<1%
7	1	<1%
9	1	<1%
Non renseigné	9	7%
Total	136	100%

Situation Professionnelle

Situation professionnelle	Nombre	%
Emploi stable CDI	7	5%
CDD, Emploi Aidé, stage rémunéré	5	4%
Chômeur, jamais travaillé	4	3%
Chômeur, déjà travaillé	41	30%
Autre inactif	29	21%
Autre précaire	41	30%
Ne sait pas	9	7%
Total	136	100%

Situation judiciaire

Situation judiciaire	Nombre	%
Sans objet	95	70%
Obligation de soins	5	4%
Injonction thérapeutique	5	4%
Contrôle judiciaire	5	4%
Sursis mise à l'épreuve	20	14%
Liberté conditionnelle	1	1%
Autres	2	1%
Non évoqué	3	2%
Total	136	100%

Ressources des résidents à l'entrée, sur l'année et à la sortie

Ressources des personnes	A l'entrée	%	Au 31/12/08	%
Sans ressources	43	30%	20	14%
Attente de ressources	2	1%	2	1%
RMI	68	47%	80	55%
AAH	16	11%	18	12%
ASSEDICS	3	2%	7	5%
Salaire	8	6%	14	10%
Stage, formation	-	-	-	6
Autres allocations, ASS, AI, rente, AT ...	5	3%	4	3%
Total	145	100%	145	100%

Ressources des personnes à la sortie sur 2008	Nombre	%
Sans ressources	16	13%
Attente de ressources	2	2%
RMI	66	56%
AAH	17	14%
ASSEDICS	4	3%
Salaire	10	9%
Stage, formation	-	-
Autres allocations, ASS, AI, rente, AT ...	4	3%
Total	119	100%

Couvertures sociales des résidents à l'entrée, sur l'année et à la sortie

Couverture sociale	A l'entrée	%	Au 31/12/08	%
Sans	23	16%	9	6%
Régime général	13	9%	9	6%
RG + mutuelle	1	<1%	4	3%
RG + 100%	19	13%	18	12%
CMU de base	6	4%	1	1%
CMU + C	82	57%	104	72%
AME	1	<1%	-	-
Total	145	100%	145	100%

Nous portons une attention toute particulière à la couverture maladie que les usagers ont, en leur mettant, suivant leurs situations, soit une aide à la mutualisation pour mise en place d'une mutuelle, la complémentaire dans le cadre de la CMU et le changement de régime. Ceci est le préalable à une prise en charge médicale cohérente.

Couverture sociale à la sortie	Nombre	%
Sans	7	6%
Régime général	7	6%
RG + mutuelle	4	3%
RG + 100%	14	12%
CMU de base	2	2%
CMU + C	85	71%
AME	-	-
Total	119	100%

CONDUITES ADDICTIVES

Suivi antérieur en structure spécialisée en addictologie : **81 personnes**.

82 personnes à l'entrée sur le CHS étaient sous traitement de substitution aux opiacés, soit **60%**, au 31 décembre ils étaient **98** soit **72%**.

16 personnes ont bénéficié d'une prise en charge de leur dépendance dont :

- 7 dépendants à l'alcool
- 4 dépendants au sulfate de morphine
- 2 dépendants au crack
- 1 dépendant à l'héroïne
- 1 dépendant à la cocaïne
- 1 dépendant aux benzodiazépines

Personnes sous traitements de substitution opiacés

- Méthadone[®] 39%
- Subutex[®] 26%

Usages de substances psycho-actives

Consommations évoquées	Nombre	%
Héroïne*	12	9%
Sulfate de morphine**	11	8%
Dérivés de codéine	0	-
Subutex [®] hors prescription	3	2%
Méthadone [®] hors prescription	0	-
Cocaïne***	11	8%
Crack****	41	30%
Amphétamines	0	-
Ecstasy	0	-
Psychotropes dont benzodiazépines	6	<5%
Colles et solvants	0	-
Cannabis et dérivés	6	<5%
LSD et autres dysléptiques	0	-
Alcool*****	42	31%
Autres	4	3%
Total	136	100%

- * 8 sont substitués par Méthadone[®], 3 par Subutex[®].
- ** 7 sont substitués par Méthadone[®].
- *** 8 sont substitués par Méthadone[®] et 1 par Subutex[®].
- **** 16 sont substitués par Méthadone[®] et 15 par Subutex[®], 10 sans.
- ***** 11 sont substitués par Subutex[®] et 8 par Méthadone[®]. 23 résidents présentant une problématique alcool ne bénéficient pas de prise en charge.

Suivi médical

- 18% sont suivis en secteur hospitalier pour des pathologies somatiques: diabète, problèmes cardiaques, VIH, VHC.
- 8% sont suivis par des médecins généralistes de ville.
- 4% sont suivis en CMP.

Pathologies associées

Pathologies associées	V I H		V H C	
Sérologies effectuées	111	82%	106	78%
Sérologies positives	14	7%	40	30%
Sérologies négatives	84	76%	62	46%
Inconnues	13	12%	4	3%

Antécédents Psychiatriques

- Antécédents de Tentatives de Suicide : 28%
- Pathologie psychiatrique actuelle : 10%

ACTIVITÉ EN CHIFFRES

Le nombre d'actes réalisés en 2008 s'élève à **2 879**, dont éducateurs : 2 269 et Assistante sociale : 610.

61 accompagnements des résidents ont été réalisés au cours de l'année. Ces accompagnements ont eu lieu sur les administrations (Préfecture, CAF, CPAM, commissariat...), sur les hôpitaux et les centres médicaux sociaux. Les différents accompagnements sociaux et médicaux ont révélé une particulière exclusion sociale de la

population accueillie au sein du CHS. Nombre d'usagers, à leur arrivée sur le dispositif, se trouvent sans ressources, et sans couverture sociale. L'accès aux soins et à une vie décente se trouve donc particulièrement compromise, dans ces conditions.

45 visites ont été effectuées sur les **hôtels**. Elles ont lieu le vendredi, permettent de rencontrer les usagers sur leur lieu d'hébergement, d'une part, et de maintenir des liens privilégiés avec les hôteliers. Ainsi, ces visites offrent une écoute aux hôteliers, parfois en difficulté avec les personnes que nous leur demandons d'héberger dans l'objectif que la prise en charge des usagers soit pérennisée, et s'effectue dans les meilleures conditions possibles.

Aucun rendez vous n'est pris avec les usagers, il s'agit d'une mise à disposition in situ. En effet, les visites à domicile ne doivent pas être vécues comme une intrusion, mais comme un outil pratique, pouvant être sollicité facilement.

Les aides à la vie quotidienne

Au regard de la situation très précaire des usagers du CHS, en 2008, plusieurs demandes d'aide facultative exceptionnelle auprès des différentes Permanences Sociales d'Accueil de Paris, ont été formulées. Ceci, afin de soutenir les usagers entrés sur le dispositif. Majoritairement elles ont reçu une réponse positive, avec un don, principalement sous forme de tickets service, en bons de restauration sociale, en titres de transport, et en espèces. La situation financière des personnes hébergées et en rupture de ressources, se devait d'être soutenue, afin que ces dernières puissent, dans l'attente de ressources, s'alimenter dans de meilleures conditions, se déplacer sans craindre les procès verbaux, et, de manière générale, subsister.

Les ressources

30% des personnes à l'entrée sur le CHS étaient sans aucune ressource. Pour la plupart, les ruptures sont dues lorsqu'elles n'ont pas mis à jour leur situation, ou n'ont pas renouvelé leur demande.

Les aides relatifs aux dettes

La majeure partie des usagers fait état de dettes hospitalières, de dettes de transport en commun, d'amendes judiciaires, d'anciens impayés de loyers etc... en somme, d'un sérieux endettement.

L'assistante sociale a pu accompagner ces personnes quant à la recherche de solutions afin d'obtenir des échelonnements ou des arrangements à l'amiable avec les créanciers (souvent le Trésor Public).

Un dossier de surendettement a été amorcé durant l'année 2008.

Les démarches liées au logement

22 personnes ont bénéficié d'une demande liée au logement auprès de l'assistante de service social. Au regard de leur situation d'une part, et compte tenu du manque de place, aucune n'a reçu une réponse positive sur l'année 2008.

Les demandes de logement social sont faites avec les usagers en projetant leur capacité

d'intégrer un logement social ou de transition, quasiment systématiquement. La première démarche est l'inscription comme demandeur de logement qui permet ensuite de solliciter les circuits pour personnes en difficulté et en précarité (type accords collectifs, logement de transition ou définitif).

Ces actes se répartissent comme suit :

	Actes	%
Accueil - évaluation	145	5%
Aide aux droits sociaux	320	11%
Aide au logement	22	<1%
Aide à l'insertion	98	3%
Recherche hébergement	107	4%
Diverses orientations	130	5%
Suivi social	817	28%
Suivi éducatif	1 069	37%
Bilan - Synthèse	39	1%
Entretien entourage	3	<1%
Démarches santé	54	2%
Activités collectives	13	<1%
Orientation CTR ou SSR	37	1%
Autres	25	<1%
Total	2 879	100%

	Actes	%
Accueil - évaluation	145	5%
Aide aux droits sociaux	320	11%
Aide au logement	22	<1%
Aide à l'insertion	98	3%
Recherche hébergement	107	4%
Diverses orientations	130	5%
Suivi social	817	28%
Suivi éducatif	1 069	37%
Bilan - Synthèse	39	1%

ANNEXE

Evolution des politiques d'hébergement

8 janvier 2007 Jean-Louis Borloo, Ministre de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, et Catherine Vautrin annoncent un « plan d'action renforcé » pour le logement en 2007 : 27 100 places pour héberger de façon « pérenne » et « adaptée » toute personne accueillie dans un centre d'hébergement d'urgence. Le programme d'actions renforcé pour les sans-abri (PARSA) modifie sensiblement le volet « hébergement » du traitement de l'urgence sociale : extension des horaires d'ouverture des centres d'hébergement, création de 9 000 places en maisons-relais. Réaction : l'association des Enfants de Don Quichotte annonce sa décision de mettre fin aux campements de sensibilisation qu'elle a lancés en décembre 2006.

5 mars 2007 Promulgation de la loi sur le droit au logement opposable (DALO). L'article 4 de la loi énonce le principe de continuité de la prise en charge : une personne hébergée dans un centre d'hébergement d'urgence doit pouvoir y rester tant que ne lui est pas proposée une solution durable.

13 juillet 2007 Promulgation de la loi portant engagement national pour le logement.

29-30 novembre 2007 La FNARS organise une conférence de consensus sur les sans-abri.

29 janvier 2008 A l'occasion de la présentation des premières propositions du Député Etienne Pinte sur l'hébergement d'urgence, François Fillon, Premier Ministre, déclare l'hébergement d'urgence et l'accès au logement : « grand chantier national prioritaire 2008-2012 ».

21 février 2008 Nomination d'Alain Régnier comme Préfet délégué général à la coordination de l'hébergement et de l'accès au logement des SDF et des mal-logés.

28 juillet 2008 Présentation en Conseil des ministres du projet de loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion.

24 novembre 2008 L'association Droit au Logement (DAL) et les Enfants de Don Quichotte sont condamnés par le tribunal de police de Paris pour avoir installé des tentes dans la Capitale. Le DAL doit payer une amende de 12 000 €uros pour avoir organisé le campement de 374 familles rue de la Banque, dans le II^{ème} arrondissement de Paris, en 2007.

26-27 novembre 2008 Après des décès de sans-abri dans le bois de Vincennes, Nicolas Sarkozy, Président de la République, intervient lors du Conseil des ministres du 26 pour proposer de contraindre les sans-abri à rejoindre les foyers d'hébergement d'urgence lors des nuits de grand froid. Christine Boutin, Ministre de la Ville et du Logement, reprend cette proposition et envisage un hébergement obligatoire en dessous de moins 6 degrés. Les associations qui interviennent auprès des sans-abri réagissent très négativement en mettant en avant le respect de la volonté des personnes ; elles contestent également la faisabilité d'une telle mesure sauf à transformer les lieux d'hébergement en lieux de détention. Le 27, François Fillon déclare qu'il n'est pas question d'obliger les SDF à rejoindre les hébergements d'urgence tout en soulignant que les pouvoirs publics ont un « devoir d'assistance à personne en danger ».

1^{er} décembre 2008 L'application de la loi sur le droit au logement opposable entre dans sa seconde phase : les personnes qui remplissent les critères du droit au logement et qui ne se sont pas vues proposer de solutions peuvent déposer des recours devant le tribunal administratif contre l'Etat. Le même jour, promulgation de la loi n° 2008-1249 du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

3 décembre 2008 En déplacement à Compiègne, Nicolas Sarkozy prononce un discours sur la grande pauvreté dans lequel il annonce 160 millions d'euros supplémentaires pour l'amélioration des centres d'hébergement et la création de 1 000 nouvelles places d'accueil. Le même jour, Martin Hirsch, Haut-Commissaire aux solidarités actives, publie une tribune dans « Le Monde » dans laquelle il énonce dix orientations pour réduire le nombre de sans domicile : renforcer l'effort vers les zones où les sans-abri se cachent, mieux prendre en compte les problématiques spécifiques aux jeunes et proposer aux sans-abri des activités rémunérées pour les aider à se réinsérer.

Le Réseau Bociek

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

EQUIPE PSYCHOSOCIALE 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 (actuellement essentiellement polonophones et russophones¹) 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'origine², concernés par la prise en charge de ces populations précises.

Elle met en œuvre les objectifs opérationnels suivant :

- 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.

FILE ACTIVE DES PERSONNES SUIVIES SUR L'ANNEE 2008

Récapitulatif global : Les caractéristiques ci-dessous concernent les personnes qui ont fait l'objet d'un suivi par un ou plusieurs membres de l'équipe. La file active ne comprend pas les personnes simplement rencontrées à l'occasion des maraudes ou des permanences avec lesquelles la file peut être évaluée à environ 300 personnes.

File active

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de personnes	135 (84%)	25 (16%)	160 (100%)
Moyenne d'âge*	40 ans	45ans	41 ans

¹ Les développements vers les publics bulgares, puis roumains sont programmés dans les suites du projet.
2. une convention est par exemple en cours d'élaboration avec des partenaires associatifs en Pologne.

Parmi ces 135 personnes : - 3 sont retournées dans leur pays d'origine
 - 4 sont décédées
 - 2 ont pu bénéficier d'un hébergement social propre

Caractéristiques des personnes suivies

Moyenne d'âge 41 ans

Ecart d'âge : de 20 ans à 72 ans

Année d'arrivée en France : 1982 pour la plus ancienne, 2008 pour la plus récente.

79 des personnes rencontrées (soit la moitié) sont arrivées en France depuis 2004. Il faut également signaler une vague d'immigration massive en provenance de l'ex-bloc soviétique (polonais, russes, arméniens, etc...) sur l'année 2008.

Nationalité

Polonais	95 (59%)
Ressortissants de l'UE hors Pologne	11 (7%)
Ressortissants d'Europe de l'Est hors UE	54 (34%)
Total	160 (100%)

Lieu de vie

Rue	73 (46%)
Squat ou assimilé	13 (8%)
Appartement	26 (16%)
Centre d'hébergement, hôtel social	43 (27%)
Inconnu	5 (3%)
Total	160 (100%)

Couverture sociale

AME	24 (15%)
CMU	56 (35%)
Sécurité Sociale Européenne	2 (1%)
Non affilié	56 (35%)
Inconnu	22 (14%)
Total	160 (100%)

Ressources

Sans ressources	106 (66%)
AAH	5 (3,5%)
RMI	10 (6%)
Retraite	1 (0,5%)
Inconnu	38 (24%)
Total	160 (100%)

Consommations de substances psychoactives

Alcool uniquement	77 (48%)
Alcool + autres substances psychoactives	9 (6%)
Poly-consommation de substances psychoactives illicites	1 (<1%)
Sulfates de morphine (Skénan [®])	7 (4%)
Cannabis	1 (<1%)
Héroïne	2 (1%)
Ne consomme pas	49 (31%)
Données manquantes	14 (9%)
Total	160 (100%)

Statut sérologique

VHC	16 (10%)
VIH	2 (1%)
Aucune infection	57 (36%)
Données manquantes	85 (53%)
Total	160 (100%)

Nature de la première demande

Problème administratif/social/juridique	109 (69%)
Problème de santé	20 (12%)
Souffrance psychologique	28 (17%)
Divers	3 (2%)
Total	160 (100%)

Antécédents d'hospitalisations psychiatriques

Hospitalisation psychiatrique	15 (10%)
Pas d'hospitalisation psychiatrique	73 (45%)
Données manquantes	72 (45%)
Total	160 (100%)

Problématiques de santé

Problématiques psychopathologiques	17 (11%)
Addictions	45 (28%)
Co-morbidité psychopathologie et addiction	16 (10%)
Problèmes somatiques	19 (12%)
Pas de problème de santé	3 (2%)
Données manquantes	60 (37%)
Total	160 (100%)

Ces informations restent déclaratives. Par ailleurs, les données individuelles n'ont pas été recueillies auprès des personnes simplement contactées ou rencontrées lors des maraudes ou des permanences.

Récapitulatif des actes réalisés auprès des suivis en 2008

Nombre d'actes	Pôle maraude	Pôle socio-éducatif	Pôle psychosocial
1 130	280	440	410
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

Récapitulatif des suivis par lieu de permanence

	File active
CAARUD Beaurepaire	101
CAARUD Boutique 18	6
CAARUD PROSES	3
ESI Arche d'avenirs	31
CHU Fort de Nogent	7
CHRS Cité André Jacomet	7
MARAUDES	5
Total	160

MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE BOCIEK

L'équipe est composée de 3TP dont :

- 1 ETP Coordinatrice/ psychologue social polonophone
- 0,5 ETP psychologue social polonophone
- 0,5 ETP éducatrice polonophone
- 1 ETP psychologue social russophone

Les modes d'intervention proposés par l'équipe du réseau Bociék correspondent aux principales problématiques consécutives à l'exclusion des personnes migrantes en provenance des pays de l'Est :

- Fonctionnement dans des réseaux parallèles et illégaux (travail et logement au noir) entretenant la situation d'interdépendance et de précarité.
- Manque d'information concernant l'accès aux droits et l'accès aux filières de droit commun.
- Handicap linguistique empêchant l'individualisation et l'intégration.
- Marginalisation progressive avec développement et/ou émergences de problèmes somatiques et psychopathologiques.

En cohérence avec ces constats, le projet Bociék a retenu un mode d'intervention spécifique dans les pratiques professionnelles : l'intervention psychosociale

Elle se définit comme suit :

- Entretiens informels dans les espaces communs des institutions : entretiens d'évaluation sur les problématiques sociales, administratives et psychologiques. Ces entretiens peuvent avoir une visée de soutien pour la personne, et une fonction de tiers auprès de l'équipe éducative.
- Orientation et accompagnement sur des structures et services en fonction des problématiques présentées par la personne : l'intervenant psychosocial de Bociék assure alors la fonction de traducteur ; il apporte un éclairage culturel sur la situation ; par ailleurs, du fait de sa profession, il propose un éclairage psychologique et/ou psychopathologique sur la problématique de la personne. La mobilisation du réseau de partenaires (sociaux, médicaux, juridiques et administratifs) permet par la suite un suivi transversal où l'équipe de Bociék assure un travail de liaison.
- Entretiens communs avec l'utilisateur, l'éducateur référent sur la structure, et l'intervenant de l'équipe Bociék.
- Entretiens plus formalisés : ouverture d'un espace de parole et de soutien psychologique permettant une mise en rapport des parcours personnels et des projets sociaux actuels. L'intervention du psychologue vise à la prise en compte de la dimension psychique du sujet à côté des dimensions sociales, médicales, etc... permettant ainsi la prise en compte du sujet dans sa globalité.

Par ailleurs trois modalités d'intervention différentes ont été imaginées :

- Participation aux maraudes sociales
- Accompagnements auprès des partenaires d'aval en fonction des besoins repérés
- Permanences sur les structures partenaires

1 Participation aux maraudes sociales :

Les psychologues de l'équipe Bociék se mettent à la disposition des maraudes sociales spécialisées qui, face à la population polonophone, russophone ou bulgarophone rencontrent des nombreuses difficultés dont les trois principales identifiées par ces partenaires sont :

- Manque d'outils linguistiques et culturels rendant la communication difficile, impossible ou biaisée.
- Manque d'outils psychosociaux face au fonctionnement des groupes ciblés
- Manque d'outils psychologiques de compréhension des troubles du comportement présentés par ces publics (violence au sein du groupe, méfiance et refus de communication, consommations de substances psycho-actives).

Les interventions de l'équipe BOCIEK se déroulent en trois temps :

1. Présentation des équipes de maraude aux usagers

Paradoxalement les usagers ne connaissent souvent pas le fonctionnement des maraudes, et donc ne savent pas quels genres de demandes ils peuvent leur adresser.

Un tel éclaircissement est nécessaire pour la construction d'un lien social fiable basé sur une connaissance qui permet d'éviter les malentendus.

Ce n'est que sur cette base qu'un travail avec le groupe peut se mettre véritablement en place. Les usagers ne sont plus face à des personnes appartenant à des services inconnus, mais face à des professionnels bien identifiés qui viennent vers eux non pas pour les déranger mais pour les aider.

2. Présentation aux usagers de leurs droits

Les usagers sont invités à formuler les demandes sociales via la médiation des intervenants de Bociék qui sont en capacité de présenter leur situation, jusque-là inaccessible aux équipes sociales.

Les demandes sont rares car ils méconnaissent leurs droits et les possibilités que le système français peut leur proposer. Les premières démarches à effectuer (domiciliation, demande d'AME, cours de français, soins gratuits etc...) - indispensables si les personnes souhaitent continuer à vivre en France- leur sont explicitées.

En lien avec les équipes de maraudes des accompagnements individualisés sont proposés vers les services pertinents, et/ou l'information leur est donnée sur les lieux de permanences de BOCIEK.

3. Présentation des usagers aux équipes des maraudes - Rapport de situation

Après chaque rencontre, un échange a lieu avec l'équipe autour de la situation donnée. Sont identifiés les meneurs des groupes, les personnes vulnérables, les personnes porteuses de pathologies rencontrées et, en fonction des problématiques dégagées, des axes communs du travail sont proposés.

Il est important pour Bociék de donner aux équipes de maraudes et aux usagers le plus d'informations possible pour que les contacts engagés puissent fonctionner même sans sa présence lors d'une future maraude.

Le but des maraudes de Bociék est avant tout de créer des échanges suffisamment solides pour que les usagers, se sentent soutenus et entourés dans les démarches sociales à réaliser.

Pour résumer et en pratique :

- ✓ Prise de contact avec les personnes ou les groupes dans leur langue maternelle.
- ✓ Orientation vers les permanences.
- ✓ Participations aux réunions de synthèse des équipes de maraudes sur ces situations.

Une grande partie des personnes rencontrées lors de ces maraudes ne souhaitaient pas s'engager dans un suivi régulier, ni se déplacer vers les permanences fixes. Ceci souligne l'intérêt des maraudes qui peuvent être le seul point de contact avec ces publics. La régularité dans ces maraudes paraît être un des seuls modes d'action susceptible d'établir un contact continu avec cette population.

Deux types de maraudes ont été effectués en 2008 :

- Maraudes ponctuelles à la demande des partenaires sociaux ou autres (Préfecture, mairie) qui souhaitaient avoir recours aux compétences linguistiques et culturelles de l'équipe pour entrer en contact avec le public cible occupant des lieux nécessitant évacuation.
- Maraudes régulières ayant pour but de créer des liens, évaluer les besoins, mettre en place un suivi et orienter sur les structures adaptées.
Les principaux partenaires de maraudes régulières sont la Direction de la Prévention et de la Protection de la ville de Paris et l'Unité Sans-Abri de la Mairie de Paris qui interviennent sur les sites suivants : les Bois de Boulogne et de Vincennes, les portes de Paris et les abords du périphérique ainsi que sur d'autres espaces publics.

Equipes de maraudes concernées (en général à leur demande) :

• Halte des amis de la rue	17 sorties
• BAPSA	2 sorties
• DPP ³	14 sorties
• Brigade fluviale	2 sorties
• Antenne Mobile de l' Association Charonne	3 sorties
• Emmaüs	6 sorties
• Unité d' Assistance aux Sans-Abri de la ville de Paris	11 sorties

2 Accompagnements auprès des partenaires d'aval en fonction des besoins repérés :

Au cours de ces accompagnements physiques individualisés, les intervenants assurent :

- ✓ Une fonction d'interprétariat et de traduction.
- ✓ La transmission d'un rapport de situation.
- ✓ Le soutien actif à la démarche de l'usager.

Structures de soins concernées en 2008 :

- S.O.S Habitat et soins (LHSS Maubeuge, Centre d'hébergement Gambetta)
- MAAVAR (Service Ezra - Maladies infectieuses)
- 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})

Par exemple : Une personne d'origine lettone fréquentant régulièrement un ESI et identifiée comme « psychologiquement » fragile par différents intervenants (équipe Bociek, équipe éducative et psychologue) se présente à nous en état de crise (logorrhée, rupture du contact avec la réalité, délire). L'accompagnement vers le CPOA est organisé en commun par les différents partenaires (Bociek, psychologue de l'ESI, équipe mobile Santé Mentale et Exclusion Sociale). Tout au long de cet accompagnement, de l'entretien infirmier à l'hospitalisation, le psychologue de l'équipe Bociek assure la continuité du lien en apportant ses compétences professionnelles, linguistiques et culturelles.

Services sociaux, administratifs et juridiques concernés en 2008 :

- ASSEDIC et ANPE
- Caisse d'Allocations Familiales
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Préfecture

³ Direction de la Prévention et de la Protection de la ville de Paris

- Commissariats de Police
- Consulats (de Pologne, Slovaquie, Russie, Lettonie et Ukraine)
- Mairies (état civil, logement, etc.)
- Services funéraires

Par exemple : Une personne d'origine polonaise suivie régulièrement sur l'une de nos permanences et atteinte d'un cancer - pour lequel des accompagnements médicaux ont été mis en place - décède à l'hôpital. Des membres de l'équipe Bociek et l'assistante sociale de la personne vont alors rechercher, recevoir et accompagner la famille du défunt dans les démarches relatives à l'enterrement : accompagnement et traduction vers un service funéraire, recherche d'une aide financière, état civil et présence lors de la crémation en France.

3 Permanences sur les structures partenaires :

Les intervenants de Bociek y assurent :

- ✓ Un accueil individualisé.
- ✓ Une évaluation sociale et psychologique de la situation de la personne.
- ✓ Des orientations en fonction des problématiques rencontrées.
- ✓ Des accompagnements dans leurs démarches.

Ils reçoivent les personnes préalablement orientées par les différents partenaires sociaux du réseau Bociek ou à partir du travail de rue (maraudes). Les premiers entretiens portent sur l'évaluation de la situation et l'analyse de la demande.

L'intervention socio-éducative s'appuie sur l'analyse psychosociale dans la majorité des prises en charges. Les personnes souhaitant s'engager dans un suivi social ayant pour but la construction d'un projet personnel sont reçues par un des psychologues de Bociek qui propose un travail de soutien à la personne.

A l'issue :

- la personne est réorientée vers un service plus approprié.

Par exemple :

- *Une personne non usagère de drogue reçue dans un CAARUD est réorientée vers une autre permanence sociale de Bociek dans un espace solidarité insertion.*
- *Une personne présentant des troubles du comportement importants est réorientée vers les psychologues de Bociek et sur une structure plus adaptée.*

- La personne engage des démarches avec les intervenants de Bociek et l'équipe sociale sur place.

Par exemple :

- *La personne s'engage à venir aux rendez-vous proposés et de suivre l'ordre de démarches à effectuer. De son côté, l'équipe et l'éducatrice responsable du suivi proposent des accompagnements individualisés, des traductions et de l'interprétariat auprès des services concernés : Médecin, Assistante Sociale, ANPE, CPAM etc...*

Structures concernées :

- Association Charonne : Centre Beaurepaire et Boutique 18

- Proses (CAARUD)
- Arche d'Avenirs (Mie de Pain)
- Aux Captifs les Libérations (10ème)
- Fort de Nogent (Armée du Salut)
- Cité André Jacomet (ACSC)

Hormis celles effectuées sur les établissements de l'association Charonne, ces permanences ont fait l'objet d'un conventionnement.

Le centre Beaurepaire, La Boutique 18 et PROSES sont des CAARUDs - Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues - structures d'accueil inconditionnel et à seuil adapté d'exigence pour les usagers des produits psychoactifs.

La permanence au centre Beaurepaire avait lieu le mardi après-midi et jeudi toute la journée offrant les services d'un psychologue et d'une éducatrice polonophone. En plus des missions habituelles réalisées lors des permanences, l'équipe Bociek a mis ses compétences à la disposition des différents intervenants dans le cadre des traductions médicales, socio-éducatives, juridiques. En même temps, l'équipe Bociek s'est appuyée sur les intervenants extérieurs du centre Beaurepaire (service CPAM, permanence juridique, Equipe de Liaison Psychiatrique), pour répondre aux besoins spécifiques de la population.

Les deux équipes ont cherché à développer un partenariat privilégié avec les centres médicaux du quartier et en particulier avec l'hôpital Fernand Widal (spécialisé en alcoologie et toxicomanie). Enfin, toute personne fréquentant le centre et en faisant la demande peut bénéficier d'un entretien de soutien avec un psychologue.

En parallèle, l'équipe Bociek a mené des actions collectives :

Le groupe de parole pour les personnes alcooliques animé par une éducatrice et une psychologue. Les problématiques personnelles des usagers et un manque de place sur la structure n'ont pas permis de poursuivre ce travail à long terme. Actuellement ce groupe se déroule à l'hôpital Fernand Widal le mercredi soir à raison de deux fois par mois.

Les cours d'alphabétisation, animés par une éducatrice polonophone, sont ouverts à tous les usagers du centre depuis le mois de septembre et se déroulent le mardi après-midi. Par manque de place, le groupe a dû se déplacer sur un autre site : le service « Itinérance » du Cœur des Haltes. Les horaires restent identiques.

La permanence à La Boutique 18, assurée par une psychologue polonophone, se déroulait le jeudi matin. Ce lieu a été investi par un groupe de jeunes polonais en errance et qui ont quitté le site après reçu des réponses adaptées à leur difficultés (administratives, juridiques et soins).

La permanence à P.R.O.S.E.S., a débuté en septembre. Elle était assurée par une psychologue russophone le mercredi après-midi une semaine sur deux et par une éducatrice polonophone le vendredi matin une semaine sur deux.

Ce choix d'intervenants était induit par la présence d'une psychologue polonophone au sein de l'équipe de P.R.O.S.E.S.

La demande d'une intervention de la psychologue russophone se focalisait sur le travail de soutien psychologique, de l'évaluation psychosociale des situations, de traductions et des accompagnements. La présence de l'éducatrice polonaise avait pour fonction de proposer une prise en charge pluridisciplinaire, en dégageant la spécificité de chaque professionnel.

L'Arche d'Avenirs est un ESI - Espace Solidarité Insertion - assurant un accueil de jour inconditionnel ouvert à tous publics. Ce lieu présente de nombreuses prestations : permanences de travailleurs sociaux et d'une psychologue, laverie, domiciliation administrative etc...

La permanence est assurée le mardi matin par un psychologue polonophone et une psychologue russophone. Le travail consiste essentiellement à faire des évaluations, des orientations et la mise en place d'accompagnements (CPAM, services médicaux, CPOA...). Les personnes sont davantage en demande d'entretiens formels et de soutien psychologique. D'ailleurs, les observations sur le terrain montrent qu'un nombre important de personnes et tout particulièrement chez la population russophone, 8 personnes sur 21, présentent des troubles d'allure psychotique (délire de persécutions, hallucinations, rupture avec la réalité etc...).

Ces problématiques ont relevé la nécessité de développer un réseau de partenariat avec les structures de psychiatrie et précarité (SMES - Santé Mentale et Exclusion Sociale).

Aux Captifs, La libération est centre d'accueil d'urgence sociale, d'écoute et d'orientation. Les personnes peuvent y bénéficier des services de travailleurs sociaux, de domiciliation administrative, de laverie, des services d'hygiène et d'un petit déjeuner sur place.

Les permanences, assurées par une psychologue polonophone et psychologue russophone se déroulant le vendredi matin pendant le petit déjeuner étaient peu propices au travail psychosocial du fait de la non disponibilité des personnes. De plus, toutes les personnes qui étaient rencontrées sur ce site, bénéficiaient déjà d'un suivi sur d'autres structures, notamment sur le centre Beaurepaire.

Nous avons donc convenu de l'arrêt de cette permanence au mois d'avril 2008.

Centre d'Hébergement d'Urgence Fort de Nogent - l'Armée du Salut, se situant à Fontenay-sous-Bois (RER Val de Fontenay 94)

Le Fort de Nogent est un dispositif d'hébergement temporaire, mis en place dans cadre PARSA - Plan d'Action Renforcée en faveur des Sans-Abri. l'Armée du Salut s'est installée dans les locaux, prêtés par la Légion Etrangère, pour prendre en charge 130 sans-abri (en situation administrative régulière) envoyés par le Samu Social, Emmaüs ou Coeur des haltes, recueillis lors de maraudes.

L'équipe mobile Bociek a commencé son action le 27 novembre 2007 et a été reconduite jusqu'à la fin des opérations au mois de juin 2008. Le psychologue polonophone était présent sur le site le jeudi toute la journée. Sa mission consistait à réaliser une évaluation de l'état de la santé mentale de la population du Fort et d'apporter une aide à la mise en place d'un dispositif de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychologiques.

Toutes les personnes hébergées dans le dispositif ont bénéficié d'une proposition de relogement à sa fermeture. Ce travail est effectué par l'équipe éducative permanente.

Centre d'Hébergement et de Réhabilitation Sociale (CHRS): Cité Jacomet

Le CHU - Centre d'Hébergement d'Urgence - est passé en CHRS en 2007. Dorénavant, Il a pour mission d'assurer l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en recherche d'hébergement ou de logement, afin de leur permettre de retrouver une autonomie personnelle et sociale. Pour cela, elles bénéficient d'aide éducative et d'activités d'insertion professionnelle.

L'équipe mobile d'intervenant psychosociale Bociek a débuté son action au sein de la Cité Jacomet depuis mars 2008. Un psychologue polonophone et une psychologue russophone

assurent cette permanence tous les vendredis soir de 18h à 21h30, dont une demi-heure de restitution et d'échanges d'informations auprès de l'équipe éducative.

L'équipe de la Cité Jacomet a demandé à l'équipe Bociek une aide spécifique pour la prise en charge « globale » des hébergés originaires d'Europe de l'Est et la mise en place d'une permanence de soutien et d'évaluation psychologique auprès de tous les hébergés.

La stabilité et le suivi très régulier de l'équipe éducative, a permis un travail d'articulation des problématiques psychologiques et sociales de qualité permettant à certaines personnes de s'inscrire dans une nouvelle dynamique (ainsi deux accueillis d'origine polonaise se sont inscrits dans une démarche de retour à l'emploi, un hébergé ukrainien est retourné dans son pays...).

Projet européen : « one stop mobility shop » :

Depuis avril 2008, l'équipe Bociek participe au projet européen « one stop mobility shop » dirigé par ECAS, European Citizen Action Service. (cf. www.ecas.org).

1. Présentation du projet

En 2007 la Commission Européenne a lancé un appel d'offre concernant la mobilité des travailleurs migrants venant d'Europe de l'Est vers les autres pays membres. Dans ce cadre, ECAS a proposé un projet « one stop mobility shop » dont le but est de créer un réseau d'aide pour une prise en charge globale des migrants précarisés ayant échoué dans leur « mobilité ».

Parmi les différentes structures contactées par ECAS, trois ont répondu positivement. Pour la France, l'association Charonne avec le projet Bociek soutenue par la DDASS de Paris (<http://www.charonne.asso.fr>) pour l'Irlande STEP (<http://www.stepni.org/>), pour l'Angleterre et la Pologne Barka (<http://www.barka.org.pl/>).

Les objectifs du projet sont de:

- Développer et consolider les partenariats avec les autorités et les autres pôles de références sociales (médicale, juridique, hébergement, administratif).
- Partager les réseaux existants pouvant faire partie du projet.
- Evaluer et préciser les problématiques majeures des migrants précaires ressortissants des pays de l'Est.
- Référencer les associations et leurs actions afin de créer un « guichet ouvert ».
- Mettre en place un site internet où les responsables du projet de chaque structure apporteront des informations en ce qui concerne leurs pôles de références sociales (accès aux soins, accès aux droits, accès à l'hébergement etc...). Cette banque d'informations sera disponible pour tous les partenaires et sera mise à jour en fonction des changements politiques et/ou sociaux.
- Participer aux échanges et aux réflexions autour des différentes pratiques existantes dans les autres pays européens participant au projet « One stop mobility shop ».

2. Ouverture du projet aux nouveaux partenaires

Les structures participant actuellement au projet ont été invitées à créer et/ou élargir leur propre réseau. De ce fait les partenaires conventionnés avec Bociek-Association Charonne ont reçu la proposition de devenir soit des partenaires actifs, soit des partenaires observateurs du projet « one stop mobility shop ».

3. Création de la plateforme européenne d'aide aux migrants précaires d'Europe de l'Est

L'objectif final de « One stop mobility shop » est de former une base solide de partenariat et de la consolider par la création future de la plateforme européenne d'aide aux migrants.

BILAN ET PERSPECTIVES

A ses débuts, le projet Bociiek a suscité quelques réticences portant surtout sur le choix du public cible, réticences qui viennent à se dissiper progressivement. Bociiek fait partie maintenant du paysage social parisien ; les demandes émanant des partenaires sociaux confirment et justifient son activité. Il est sollicité et reconnu dans ses deux spécificités en tant que projet à destination des populations de l'Est et en tant qu'équipe mobile d'intervention psychosociale.

À l'issue de cette année d'activité expérimentale, pendant laquelle Bociiek a les objectifs fixés par le projet, il s'oriente vers la consolidation du réseau et son développement.

Sur ce dernier point et depuis septembre 2008, nous avons commencé avec l'aide des stagiaires psychologues bulgarophones à rentrer en contact avec une population bulgarophone. Pour se faire, nous avons utilisé les mêmes procédés que ceux proposés dans le projet Bociiek. Le résultat fut suffisamment concluant pour autoriser un nouveau projet qui en est le prolongement naturel, c'est à dire l'élargissement de l'action et du réseau mobile d'intervention en direction de la population bulgarophone pour l'intégrer progressivement dans les suivis de Bociiek. L'étape suivante consistera à développer le même type d'action en direction des migrants roumains.

En 2009, deux nouvelles conventions avec le CASVP- Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris-La Halle Saint Didier et avec l'association Cœur des Haltes (équipe maraude et le service Itinérance) ont été signées. La convention avec le SAMU Social maraude et la DPP- Direction de la Prévention et de la Protection (unité d'assistance sans-abri) sont en cours d'élaboration.

L'année 2008, a été également marquée par la participation au projet européen « guichet unique pour la mobilité » dont la clôture est prévue pour le mois de mai 2009. Cette participation a permis d'inscrire le projet Bociiek dans une dimension européenne et de confronter les problèmes des migrations à l'intérieur de l'Europe et leur traitement dans les différents pays hôtes.

Il serait souhaitable que Bociiek garde ses spécificités qui ont fait leurs preuves auprès des partenaires sociaux et de la population cible. Il est aussi souhaitable de le développer dans la flexibilité : ne pas s'enfermer dans les suivis psychologique ou socio-éducatif, et pour pouvoir intégrer dans son fonctionnement un sociologue, une assistante sociale, en gardant l'objectif que les professionnels maîtrisent la langue d'origine des publics rencontrés.

ANNEXE 1

Déploiement de l'équipe Bociék sur le terrain

LUNDI :

- Accompagnements + interventions ponctuelles pour les différents partenaires
- Travail autour des divers projets en cours

MARDI :

- Matin : Arche d'Avenirs / intervention psychosociale polonophone et russophone
- Après-midi : Centre Beaurepaire / intervention psychosociale polonophone et russophone

MERCREDI :

- Matin : Réunion d'équipe
- Après-midi : PROSES / intervention psychosociale russophone
- Accompagnements + interventions ponctuelles pour les différents partenaires

JEUDI :

- Matin et après-midi : Centre Beaurepaire / intervention psychosociale russophone et sociale polonophone
- Matin : Boutique 18 / intervention psychosociale polonophone
- Soir (une fois par mois) : Hôpital Fernand Widal / intervention psychosociale polonophone et russophone / groupe de parole dans le service d'alcoologie

VENDREDI :

- Accompagnements + interventions ponctuelles pour les différents partenaires
- Après-midi : travail de rue
- Soir : Cité Jacomet / intervention psychosociale polonophone et russophone

ANNEXE 2

A préciser que durant cette année, quatre stagiaires en psychologie clinique (2 bulgarophones et 2 polonophones), allant de la licence au master pro, ont bénéficié de la formation au sein de notre équipe. Chacun s'est vu attribué des responsabilités en fonction de son parcours d'études, des compétences antérieures ou nouvellement acquises. Ils tous ont contribué au travail sur le terrain (écoute, accompagnements, traductions auprès des équipes éducatives ou maraudes) et à la réflexion autour de la clinique psychosociale.

ANNEXE 3

Projet de convention entre la Fondation de Frère Albert et l'Association Charonne

Volet N°1

Projet franco-polonais ayant pour but l'aide aux sans-abri polonais vivant en précarité à Paris

Ce projet sera réalisé entre deux partenaires sociaux : la fondation de Frère Albert-Pologne Poméranie et l'association Charonne-Paris, France.

L'objectif principal du projet est de faciliter le retour au pays du citoyen polonais en proposant sur place un programme de réintégration ou de réhabilitation sociale menant à l'autonomie. Ce projet sera réalisé en deux temps :

Dans un premier temps nous allons concentrer notre action sur Paris en proposant différentes actions de sensibilisation :

- Une large distribution d'informations concernant la situation actuelle en Pologne sur le plan administratif, juridique et sur le marché de l'emploi.
- Des entretiens individuels menés par les travailleurs sociaux polonais et français avec ceux qui souhaiteraient poser leur candidature pour le retour.
- Une consultation régulière avec des partenaires polonais sur la conjoncture du pays.
- Possibilité de mener les programmes individuels proposés ici.
- Créer un programme type d'intégration au pays d'origine qui tiendra compte de la problématique individuelle de chacun.
- Créer un contrat individuel.
- Pour des personnes ayant des problèmes addictifs, accompagnements vers le sevrage.
- Proposer aux personnes un hébergement thérapeutique résidentiel en Pologne.

ANNEXE 4

Compte rendu de la journée 28 novembre 2008

Rapport de la conférence « Migration au sein de l'Union Européenne, précarité et santé »

La conférence du 28 novembre 2008 s'inscrit dans le cycle de conférence du projet « One stop mobility ». Elle intervient après la conférence tenue à Armagh.

Cette conférence a réuni des acteurs institutionnels et associatifs, et s'est déroulée en trois parties. La première partie a eu pour but d'exposer les politiques européennes, françaises et parisiennes à l'égard des migrants en situation de précarité et de faire de recommandations.

Lors de la deuxième partie des associations européennes venant de Pologne, d'Irlande et de France ont présenté leurs structures, et les services qu'elles proposent aux migrants et aux citoyens du pays : accueil spécialisé dans la langue maternelle, système de collaboration mis en place avec des structures complémentaires, l'approche du « guichet unique ».

Enfin, la troisième partie était consacrée à la question de la santé mentale des migrants en situation de précarité et plus particulièrement à la prise en charge psychologique de ces personnes migrantes ainsi que les problématiques addictives.

Ouverture

Mme Catherine Péquart, présidente du colloque, directrice générale de l'association CHARONNE ouvre le débat en rappelant que l'Europe a une grande tradition d'immigration, terre de départ devenue depuis la moitié du 20^{ème} siècle la première destination d'immigration du monde, les immigrés légaux représentant au début des années 2000 environ 4% de la population. Cinq pays concentrent 80% des flux migratoires : la France, l'Espagne, l'Italie, la Grande-Bretagne et l'Allemagne. Autrefois les pays allaient chercher de la main d'œuvre pour une durée limitée, aujourd'hui les migrants cherchent à s'intégrer dans les pays d'accueil.

Ce sont les conditions des migrants précaires qui réunit les participants à cette journée, eux qui tentent de comprendre pourquoi les migrants sont là, en quoi ils posent problème, et qui font également en sorte qu'ils ne puissent être utilisés comme épouvantails par rapport à l'émigration. On sait que 80% à 90% des sans-papiers travaillent. En outre, l'Europe a et aura de plus en plus besoin d'émigration, la démographie européenne s'effondrant et les prévisions à l'horizon 2030 faisant apparaître que c'est l'émigration qui assurera le renouvellement de la population. C'est pour cela qu'il faut trouver des réponses adaptées.

MIGRATION ET PRECARITE – PERSPECTIVE EUROPÉENNE FRANÇAISE ET PARISIENNE

Président : Dr Catherine Péquart, Directrice Générale de l'Association CHARONNE

Modérateur : M. Luc Monti, Directeur de LA CITE JACOMET de l'ACSC, Administrateur de la FNARS IDF, Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale, Ile de France

La politique européenne et française à l'égard des migrants en situation de précarité

Mme Anna Brzozowska, Administratrice de l'Unité des services pour l'emploi et la mobilité de la Direction générale de l'Emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances de la

Commission européenne, travaille dans une unité qui gère la mobilité des travailleurs au sein d'un programme nommé EURES.

Elle se propose d'examiner les différences entre les droits des travailleurs et les droits des personnes en général du point de vue de leur liberté de circulation au sein de l'Europe.

Ces travailleurs ont été d'abord une catégorie favorisée par la législation communautaire, puis d'autres groupes se sont vu accorder les mêmes droits, tels les étudiants, les retraités, les non actifs ayant des ressources leur permettant de subvenir à leurs besoins. En 1992, l'article 18 du traité de Maastricht accorde la citoyenneté européenne à tout citoyen d'un pays membre de l'Union. Puis en 2004, l'élargissement de l'Europe rend la circulation plus compliquée et permet aux pays de limiter les mouvements des ressortissants des nouveaux pays-membres à deux ou trois ans, au terme desquels ils doivent justifier d'une raison puissante pour pouvoir rester dans le pays d'accueil, ce qui a entraîné des perturbations sur le marché du travail.

Une nouvelle directive (2004/38/EC) remplace en 2006 la législation préexistante sur la liberté de circulation, marquant un progrès quant aux droits accordés aux travailleurs et à leurs familles. Leur circulation est en effet définie de façon plus ouverte et plus moderne, en prenant en compte les relations enregistrées de façon officielle, le mariage n'étant plus le seul cadre légal, les couples de même sexe étant reconnus, et les processus d'enregistrement ayant été simplifiés. Enfin, 2007 a vu le dernier élargissement. La catégorie à laquelle chacun appartient détermine ses droits en tant que citoyen européen, les travailleurs légaux ayant le plus de droits et les autres devant justifier de leurs ressources pour rester dans le pays d'accueil.

Cette libre circulation n'est donc pas seulement le droit de travailler, mais également celui de résider dans le pays, d'avoir sa famille avec soi et de bénéficier du même traitement que celui accordé aux nationaux. Ses fondements légaux sont les articles 39 et 18 du Traité européen, la directive 1312/68 sur la libre circulation des travailleurs, et la directive 2004/EC sur le droit à résidence.

M. Tony Venables, Directeur d'ECAS, confirme qu'il est bien question au sein de l'Union Européenne de l'émigration considérée en termes économiques, mais qu'en dépit des progrès accomplis on touche une limite quand on parle des migrants dans l'Union Européenne.

ECAS, qui travaille à une rationalisation au niveau de l'Europe, préconise la nomination d'un commissaire responsable de la citoyenneté au niveau européen, cet aspect étant aujourd'hui traité par cinq ou six directions générales. Ce type de recommandation a été repris par M. Alain Lamassoure qui a fait un rapport en ce sens pour le président Sarkozy.

Pour savoir si l'idée du guichet unique est applicable sur le terrain, il faut la tester là où c'est le plus compliqué, c'est-à-dire avec les migrants qui n'ont pas réussi leur projet de migration et sont en demande de solutions pour résoudre les multiples problèmes auxquels ils sont confrontés. Le risque étant que le guichet unique devienne une sorte de secrétariat inefficace, sauf à se traduire au plan local par un lieu, des hébergements, et un travail en réseau avec les professionnels spécialisés.

Rappelons qu'il n'y a pas en Europe, au regard de la situation des migrants les plus faibles, de situation juridique claire et que nombre de projets sont menés avec d'autres financements et que l'on s'éloigne alors de la notion de guichet unique.

Ce projet s'inscrit sur un territoire qui est celui de la tension entre la libre circulation et la volonté des Etats de maintenir le contrôle sur leur système de sécurité sociale et surtout d'assistance sociale. Or, il existe au moins deux solutions européennes. La première consiste à utiliser le droit européen, comme a pu le faire MEDECINS SANS FRONTIERES en Belgique. La libre circulation étant un droit de la citoyenneté européenne, il n'appartient pas aux migrants de faire valoir leurs droits mais bien aux Etats de justifier ce qui est une restriction à ce droit.

La seconde étant d'étendre la coordination de la sécurité sociale à l'assistance sociale, mais il faut être conscient de la levée de boucliers que susciterait une telle proposition, sachant que les « non » français, néerlandais et irlandais au Traité ont réduit les ambitions de Bruxelles. On peut se demander aussi s'il est nécessaire d'avoir partout en Europe un régime juridique sur l'assistance sociale, les problèmes se concentrant sur les grandes villes et certains axes migratoires. Le niveau migratoire en Europe étant assez bas, il n'est pas sûr que cela justifie d'un régime européen trop ambitieux. On imaginerait plutôt d'aller devant le Parlement européen, de réunir les parlementaires des pays source d'immigration et de plaider pour un minimum de solidarité en Europe, en créant par exemple un fonds européen qui interviendrait grâce aux contributions des pays d'origine des migrations et des pays hôtes, liés par une coresponsabilité, qui sans aller jusqu'au modèle de la Constitution américaine pourrait permettre de trouver des solutions pragmatiques.

Mme Mireille Gaüzère, de la Direction générale de l'action sociale, représentante du ministère du Logement et de la ville.

En France, les politiques publiques sont mises en œuvre pour certaines par l'État, pour d'autres par les collectivités territoriales, comme c'est le cas dans le domaine de l'action sociale, et bien sûr par un certain nombre d'associations financées par l'État ou les collectivités territoriales. Quelles sont les orientations de la politique française à l'égard des migrants en situation de précarité ? Le logement est primordial pour l'accès au droit de ces publics. Il faut ensuite soutenir leurs ressources et organiser leur accès à l'emploi.

Toutes catégories confondues, la France dispose d'un parc d'hébergement généraliste comptant environ 70000 places.

Les gouvernements successifs ont posé deux grands principes, récemment rappelés par l'actuelle ministre du Logement et de la ville. D'une part, l'accès à tout ce dispositif pour les ressortissants étrangers est strictement inconditionnel. D'autre part, dans le cadre de la loi de mars 2007 préparée par la DGAS et instituant un droit au logement opposable, on a établi un principe de continuité de prise en charge. La France s'est dotée de dispositions protectrices vis-à-vis de personnes étrangères victimes de la traite des êtres humains.

Outre le dispositif généraliste qui offre un accueil inconditionnel, il y a le dispositif spécialisé des centres d'accueil des demandeurs d'asile, qui compte 30000 places. De plus en plus, ce dispositif se resserre sur sa mission propre, ce qui n'est pas en pratique sans poser un certain nombre de difficultés, les réfugiés statutaires en particulier n'y ayant plus accès. L'accès des ressortissants communautaires aux prestations sociales suit le principe de l'égalité de traitement avec les nationaux. S'agissant du droit au séjour, les ressortissants des pays tiers ne bénéficient pas des mêmes conditions d'accès aux prestations familiales dont l'allocation parent isolé fait partie ni au RMI, puisque l'accès à ce dernier suppose cinq ans de séjour régulier sur le territoire.

Il faut aussi relever le déficit concernant les droits des Roms. Cette importante population, majoritairement nomade, compte 8 à 9 millions de personnes dans l'UE. Il faudrait une plus forte coordination entre les Etats-membres, sur le fond de la directive anti-discrimination et des fonds structurels européen

La présidence française a été l'occasion de porter au niveau européen ces questions d'inclusion active, auxquelles tous les Etats sont sensibles. Il y a deux jours, à Marseille, s'est tenue pour la première fois une réunion des ministres du logement consacrée au droit opposable au logement. Pour l'instant la France et l'Ecosse s'avancent seuls dans ce domaine, mais il semblerait que d'autres Etats-membres se trouvent intéressés.

M. Luc Monti ouvre le débat avec la salle

Mme Anna Brzozowska en réponse à une question indique que l'aide concerne uniquement les travailleurs reconnus légalement.

Mme Mireille Gaüzère précise qu'au niveau juridique, la directive (2004/38/EC) a été transposée en France par la loi du 24 juillet 2006 sur l'immigration et l'intégration, qui pose que tout citoyen a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre Etat-membre pour une durée de plus de trois mois s'il remplit certaines conditions : disposer pour soi et sa famille de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'État, et de disposer d'une assurance maladie complète. Il peut aussi être membre de la famille d'un citoyen de l'Union qui remplit les conditions précédentes.

M. Luigi Leonori, SEMS EUROPA BRUXELLES, se demande qui va contrôler les véritables bénéficiaires de cette économie souterraine ? Cette question concerne plus particulièrement l'Italie, la France, l'Espagne, l'Allemagne et l'Angleterre, qui concentrent 80% du travail informel.

Mme Aneta Cebera, Association CHARONNE, aborde le cas des personnes en capacité d'obtenir un contrat de travail mais dépourvues d'un certificat d'hébergement accepté par la préfecture. Leurs seules domiciliations sociales ne leur permettant pas de faire valoir leurs droits, ils sont là aussi placés dans une voie sans issue.

Mme Mireille Gaüzère observe que la loi sur le droit au logement opposable fait référence à une condition de résidence stable et effective sur le territoire français et ne couvre donc pas les personnes qui n'ont pas droit au séjour.

M. Moussa Djimera, équipe de rue de l'association CŒUR DES HALTES, explique que la plupart des migrants voyagent dans des conditions catastrophiques. Après 15 ou 20 ans de séjour, trop nombreux sont ceux qui se retrouvent à la rue, nécessitant une prise en charge quotidienne en termes de santé mentale. Dépossédés de leur être, ils auront besoin d'un suivi toute leur vie. Il est donc essentiel, dans le cadre d'une future « ouverture des vannes » de l'immigration, de prendre en charge immédiatement tous ces citoyens en puissance.

L'accueil, la prise en charge et la politique de la ville à l'égard des migrants en situation de précarité

Mme Marianne de Brunhoff, Sous-Directrice de l'Insertion et de la Solidarité, Département de Paris.

La ville de Paris occupe une situation particulière en France en termes de migration : c'est un point d'arrivée important de migrants légaux ou illégaux. Cette attractivité suppose de développer des dispositifs d'accueil, de soutien et d'hébergement des migrants précaires, dispositifs qui au départ étaient prévus pour les personnes sans domicile fixe. Ces permanences, qui constituent un gros budget de fonctionnement, proposent des solutions d'insertion à 4000 personnes chaque année.

Parmi les personnes accueillies dans ces permanences, les migrants extra-communautaires représentent environ 40% des personnes isolées et les deux tiers sont des femmes seules avec enfant. Une quinzaine de lieux d'accueil de jour destinés aux personnes sans domicile fixe ont été développés en collaboration avec l'État, mais ces espaces solidarité-insertion accueillent aujourd'hui jusqu'à 70% de migrants venus de tous pays, principalement d'Afrique et d'Europe de l'Est, dont les perspectives d'intégration sont limitées. Ces populations, souvent sans papiers ou simplement en transit en France, ont en effet peu à peu poussé dehors le

public traditionnel de ces lieux d'accueil de jour, confrontant leurs équipes à de grandes difficultés pour apporter des réponses adaptées aux nouvelles problématiques. Tel est aussi le cas dans les centres d'hébergement d'urgence de la ville.

Concernant plus particulièrement les familles migrantes, le département de Paris prend le relais une fois leur situation régularisée, de façon à assurer le suivi social et le soutien à leur intégration.

Le travail autour des Roms représente un autre type de difficulté nouvelle à laquelle la ville travaille en lien avec les associations. Car ces populations, qui développent des campements en bordure du territoire municipal et voyagent entre leur pays d'origine et la France, ne souhaitent pas forcément trouver des formes d'insertion traditionnelle.

Dernier type de difficulté spécifique : les mineurs étrangers isolés. Pour ceux qui sont en transit, il s'agit pour la ville de soutenir plus que d'insérer.

M. Pierre Henry, Directeur Général de FRANCE TERRE D'ASILE. Selon lui, les politiques publiques établissent des priorités, allant des précaires « nationaux » aux Européens, et enfin aux autres. À un moment où la pression sur les classes moyennes s'accroît, on peut redouter une dilution de plus en plus grande de la notion de solidarité, d'où la nécessité accrue de maintenir un Etat social et de se doter de politiques publiques cohérentes. Il appartient aux associations de maintenir cette exigence.

Le premier objectif des dispositifs d'urgence est d'assurer un toit et des ressources. Mais le parc d'hébergement généraliste compte environ 370.000 places, sachant qu'en Ile-de-France 375.000 personnes attendent un logement social, qu'il y a plus d'un million de mal-logés en France et que près de 30.000 personnes en Ile-de-France vivent à l'hôtel via des dispositifs d'urgence. Avant la crise, les économistes considéraient que les migrations de travailleurs avaient une fonction de régulation puis d'équilibre, les salaires augmentant ensuite dans les pays de départ. Mais l'arrivée de travailleurs de l'Est a soulevé une nouvelle problématique, un « impensé migratoire », qui a nécessité de répondre dans l'urgence à un certain nombre de questions, l'Etat social prenant en charge une partie de ces populations, en même temps que la réponse sécuritaire se mettait en place, de façon souvent incohérente.

Les populations Roms sont très touchées, c'est pourquoi il serait utile de rappeler aux nouveaux Etats, lors des négociations d'adhésion, qu'ils se doivent de respecter les critères dits de Copenhague, au nombre desquels le respect des droits de l'homme, le respect et la protection de leurs propres minorités.

La déclaration du 2 juillet 2008 stipule qu'il faut cesser la ségrégation des Roms dans l'Union européenne, leur permettre l'accès au logement social, à l'emploi et à l'éducation.

L'Europe sait bien mettre en avant les règles de bonne gouvernance lorsqu'elle s'adresse aux pays du Sud, en conditionnant son aide à leur respect, mais elle ne semble pas appliquer ces mêmes règles au sein de l'Union, si bien que des fonds importants ont été versés à la Roumanie et à la Bulgarie, alors même que les enfants Roms n'y sont pas scolarisés et que l'accès à l'emploi est refusé à ces populations. Les citoyens européens se doivent d'être exigeants sur ces questions.

Questions avec la salle

M. Tony Venables s'étonne qu'on ait parlé en France de 30% d'expulsions de Roms alors qu'ils sont citoyens européens et que la directive 38/2004 rend très difficile ce genre d'expulsion, sauf s'ils représentent une forte menace pour l'ordre public.

M. Pierre Henry rappelle que la politique migratoire française fixe un quota d'expulsions d'étrangers non-communautaires d'environ 27.000 personnes chaque année, assorti de

dispositifs plus ou moins contraints appelés *aide au retour volontaire*, compris dans les statistiques d'éloignement d'étrangers.

Mme Karolina Rachwal, QUEC ERAN, qui travaille pour une ONG à Bruxelles menant des projets sur l'intégration et l'immigration en Europe, précise que la question de l'intégration des Roms, aujourd'hui promue par l'Union Européenne, trouve sa source dans l'adhésion de pays de l'Est où les Roms étaient fortement discriminés. Elle constate qu'on les oblige souvent à faire des choses très contraires à leur mode de vie, rappelle qu'ils voyagent depuis des centaines d'années, précisant que l'idée de les « renvoyer chez eux » lui paraît très abstraite et qu'il ne faut pas confondre Roms et roumains, même si une partie des Roms est roumaine.

Mme Marianne de Brunhoff. Pour l'essentiel, on constate qu'une grande partie de ces populations fait des allers-retours à l'intérieur de l'Europe.

Toutefois, ces populations ne sont pas obligatoirement motivées pour s'intégrer selon nos critères, car les dispositifs existants visent un parcours « classique » d'insertion sociale et professionnelle. D'où la difficulté à trouver la bonne réponse quand par exemple on est face à des familles souhaitant rester sur des campements n'offrant pas les conditions de salubrité minimale, notamment pour l'accueil des enfants qui en plus ne vont pas à l'école. Les dispositifs de placement des mineurs en danger ne sont pas adaptés pour répondre à une éventuelle demande des familles, lesquelles sont surtout soucieuses de pouvoir rester vivre sur leurs campements sans se préoccuper du reste.

M. Luigi Leonori, SEMS EUROPA BRUXELLES, explique qu'en Italie les associations travaillent très bien avec les Roms, l'acceptation de la différence, mais surtout c'est un travail de longue haleine, qui commence avec les enfants pour ensuite élargir le périmètre d'intervention. Autrefois les relations entre Roms, Roumains et population étaient très bonnes, mais elles se sont détériorées quand la politique s'est emparée des peurs pour faire campagne.

1^{ÈRE} TABLE RONDE : Réponse du secteur associatif à la précarité des migrants

Modérateur : M. François Diot, Chef de service, Centre Beaurepaire, Association CHARONNE.

M. Freek Spinnewijn, Directeur de la fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA), indique que la FEANTSA rassemble environ les deux tiers des acteurs de toute l'Union européenne, à l'exception de Chypre où il n'y a apparemment pas de sans-abri... Concernant plus spécifiquement les migrants sans-abri, il importe de se doter d'une définition coordonnée au niveau européen. Le concept de sans-abri désigne en effet l'exclusion extrême, qui peut prendre plusieurs formes : la personne peut vivre dans la rue, sans toit, mais elle peut aussi vivre dans un logement non sécurisé, comme un centre d'hébergement. Il est tout aussi important de bien définir ce que l'on entend par migration, sans confondre demandeurs d'asile et migrants au sein de l'UE.

La question la plus compliquée à résoudre est celle des migrants sans papiers, particulièrement dans les grandes villes. Car les migrants ne sont pas des sans-abri traditionnels, dont la plupart sont victimes d'une cohorte de problèmes. Mais faute d'une réponse adaptée à leur manque de statut officiel, les migrants sans-abri connaissent des problèmes de santé sérieux, voire des problèmes de santé mentale, l'hébergement d'urgence subventionné n'étant pas une solution à long terme. L'arrivée de nombreux migrants dans les centres d'hébergement pose aussi problème aux demandeurs d'asile, qui ne trouvent plus de

place dans les endroits qui leur sont normalement réservés. Les Roms sont sous-représentés en termes de sans-abri, tout simplement parce qu'on en trouvera rarement en hébergement d'urgence. Les sans-abri originaires des pays d'Europe de l'Est, de plus en plus nombreux, posent problème également, notamment au Royaume Uni, en Irlande et en France. La Commission européenne, niant l'évidence, continue pourtant de soutenir que les derniers élargissements n'auront rien changé en termes de migration. Dès lors, le seul instrument légal efficace pour les associations semble être la législation anti-discrimination, tandis que la question de l'accès aux droits paraît être une perspective intéressante, malgré la résistance existant à l'ouverture du débat sur la question.

Mme Bernadette Mc Aliskey, STEP, Irlande, précise qu'elle est en charge de la coordination des actions de son organisation, STEP pour *South Tyrone Empowerment Program*. L'acronyme donne l'idée de progression, puisqu'il s'agit d'un programme de responsabilisation mis en place en 1997, géré par les organisations de terrain. Au départ, STEP était établie au sein des communautés les plus vulnérables, avec des programmes sur trois ou quatre ans et une coordination centrale, puis partir de 2001, les communautés locales étant en mesure de se gérer elles-mêmes, il a été procédé à une décentralisation.

Son rôle est d'apporter un soutien aux plus vulnérables par un accès aux conseils, à l'information, par un accompagnement via des structures de soutien social, et par de la formation. L'immigration en Irlande du Nord est assez récente, liée à la croissance économique et aux besoins du marché du travail, le pays l'ayant alors favorisée. Le problème principal pour les migrants est celui de la langue, l'anglais étant la seule langue parlée en Irlande. La plupart se trouvent en Irlande du Nord, venus travailler à la demande du pays ce qu'il ne faut pas perdre de vue, et une fois sur place sont traités de façon inacceptable.

Les Irlandais ne faisant déjà pas communauté entre eux, l'intégration d'étrangers est difficile. L'accès aux services est ainsi problématique du fait que l'ensemble des informations est en anglais. Même chose pour la santé qui est aussi un problème majeur, accentué par les règles du Royaume-Uni qui exigent 52 semaines successives de travail pour ouvrir droit à la couverture santé ou aux allocations.

Un autre problème que les migrants doivent affronter est celui du racisme tant au niveau personnel qu'institutionnel.

Mme Ewa Sadowska, Coordonnatrice de la fondation BARKA, indique que cette ONG polonaise suit les ressortissants polonais dans les différents pays européens et souhaite présenter l'un des projets mis en œuvre avec la municipalité de Londres et les centres de jour de la ville.

En 2004, le Royaume-Uni a ouvert l'accès à son territoire aux migrants d'Europe de l'Est, et le bureau d'enregistrement des travailleurs a reçu près de sept cent mille candidatures, dont 65% polonaises. Plus globalement, deux millions de Polonais ont migré vers l'Europe de l'Ouest. 20% d'entre eux ne parlent pas anglais, sont à la rue, et beaucoup d'entre eux ayant vécu sous le régime communiste, ils n'arrivent absolument pas à s'adapter à l'économie britannique de longue tradition capitaliste.

Selon l'accord passé avec les conseils municipaux de Hammersmith et de Fulham, la Fondation prend contact avec les Polonais à la rue, soit environ 40 personnes par mois, et s'attache en particulier aux plus mal en point, avec le projet de les « reconnecter » à la société, et ce en partenariat avec les centres d'accueil, les Alcooliques Anonymes, les conseils municipaux et la police. Le problème des sans-abri et des nouveaux migrants existant partout à Londres, BARKA a mis en place des partenariats avec d'autres communes de la ville. Depuis 18 mois, 220 personnes venues de quatre communes de Londres sont rentrées en Pologne dans des centres BARKA. Enfin, BARKA envisage de créer un centre d'emploi en partenariat

avec des communes locales, sur le modèle des centres créés en Pologne, et souhaite pouvoir développer d'autres projets dans les capitales européennes qui en éprouveraient le besoin.

M. Pavel Jaskulski, FONDATION DE FRERE ALBERT, observe que son ONG, fondée en 1981, fut la première et est aujourd'hui la plus importante institution en Pologne à destination des sans-abri. Certains des services fournis sont organisés au niveau local, d'autres dépendent de la première antenne de Wroclaw, avec une offre totale moyenne de 3300 lits par jour, et davantage l'hiver. L'objectif est de leur permettre de trouver du travail, de fonder une famille, sachant qu'une partie de cette population aura de grandes difficultés à parvenir à l'autonomie. C'est pourquoi il est essentiel de coopérer avec les autres acteurs : autorités locales, ONG, secteur privé, universités, etc. Après les ONG régionales, les autorités locales ont commencé à s'impliquer, puis la police et les organisations en lien avec le problème des sans-abri. La coopération fonctionne bien, permettant un recensement précis tous les deux ans.

Elle s'implique aussi dans le problème des sans-abri Polonais à l'étranger, comme à Paris, mais elle peut essuyer des refus de financement des autorités locales, comme l'année dernière à Rotterdam.

Il faut savoir par ailleurs que le problème des migrants sans-abri ne concerne pas seulement les pays d'Europe de l'Ouest, puisque la Pologne reçoit beaucoup de migrants venus de Roumanie ou d'ex-Yougoslavie, tandis que les entreprises vont chercher de la main d'œuvre en Ukraine ou en Chine... Face à cette tendance de fond, il est essentiel que les institutions européennes promeuvent une politique de partenariat global.

Mme Aneta Cebera, Coordinatrice de l'Equipe mobile BOCIEK, Association CHARONNE. Fondée il y a bientôt un an, composée de deux psychologues polonophones, une éducatrice spécialisée et d'un intervenant psychologue russophone. L'Equipe mobile a choisi de se mettre à disposition des structures existantes. Ce projet privilégie l'aspect psychologique, car la précarité suppose une psychopathologie complexe : manque de repères, traumatismes familiaux, fragilité psychique, etc. Le travail clinique sur le terrain est susceptible d'apporter une aide technique aux travailleurs sociaux. Déjà précaire de par sa situation, un migrant en situation d'échec risque en effet un trauma social, sans possibilité d'en parler s'il ne parle pas la langue du pays. Il finit souvent par ne plus savoir où il en est, quelles sont ses priorités. BOCIEK à leur rencontre pour les aider à dépasser le trauma qui les empêche d'être dans l'agir, et qui provoque une certaine frustration chez les travailleurs sociaux.

Se laver, prendre soin de soi, telle est la première manifestation de l'agir pour le précaire. Cela sera très laborieux pour ceux qui vivent dans la rue depuis longtemps, mais il ne faut pas être trop pressé dans la démarche de soins : il faut d'abord que le sans-abri reconstitue son identité.

Ce réseau d'aide s'est construit en partenariat avec des structures de bas seuil, des centres d'hébergement d'urgence, des services d'alcoologie ou de maternité à l'hôpital mais l'essentiel du travail se fait dans la rue, dans les bois, en maraude.

Mme Siobhan O'Donoghue, MRCI, Irlande, indique que son organisation, nationale et centrée sur la défense des droits de l'homme travaille avec des migrants de toute origine en se focalisant sur les plus vulnérables, victimes de travail forcé, exploités, dépourvus de protection sociale, de façon à leur fournir aide et conseil, mais aussi soutien juridique. Par défaut de régulation, de nombreux secteurs économiques participent à la problématique, en particulier l'agriculture, la restauration et le bâtiment, sans compter le travail à domicile. Vivant souvent sur leur lieu de travail, les migrants ne connaissent pas leurs droits et sont exposés au harcèlement, à l'intimidation, menacés d'être dénoncés à la police s'ils osent se plaindre.

A cela s'ajoute le racisme au quotidien, mais aussi au niveau structurel, avec des critères d'accès à l'hébergement qui en Irlande ont conduit beaucoup de migrants à devenir des sans-abri. Beaucoup de sans-abri sont méfiants, car ils ne comprennent pas la différence entre l'État et une ONG.

Les migrants qui veulent revendiquer doivent être soutenus fortement. La stratégie de MRCI est de défendre une cause en s'appuyant sur un cas concret. Il y a quelques années, un groupe de femmes exploitées dans le secteur agricole a ainsi obtenu gain de cause après deux ans de procès contre leur employeur, malgré des pressions politiques importantes, avec des dommages et intérêts record à l'époque.

La crédibilité de l'organisation s'est donc construite sur des bases concrètes, chaque cas étant documenté jusque dans les détails, permettant de souligner les clivages entre les textes de loi et la situation sur le terrain. Une fois le problème identifié, toutes les parties doivent participer à la solution, dans un esprit de dialogue.

Question avec la salle

Mme Ewelina Daniel rappelle qu'elle coordonne le projet ECAS. Elle a pu constater au fil des mois qu'il y a des approches différentes de cette question des migrants et qu'elle n'est pas en mesure de dire quelle est la meilleure solution. Pour certains toutefois, c'est le retour, c'est pourquoi la méthode de BARKA mérite d'être prise en compte. La façon dont sont gérés les problèmes sur place, ce que font les structures déjà établies dans les pays où les migrants arrivent sont autant de questions importantes, mais en cas d'échec, si les personnes veulent retourner chez elles, ce retour doit être organisé très sérieusement.

2^{ÈME} TABLE RONDE : Santé mentale des migrants en situation de précarité

M. Vincent Estellon, Maître de conférences en psychologie clinique à Paris V, modérateur de la seconde table ronde.

Le Dr Jacques Hassin, Médecin généraliste travaillant au Centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans-abri à Nanterre (CHAPSA), présente sa structure fondée en 1887. Sur la question de la santé mentale des migrants, il faut rappeler qu'il y a une quinzaine d'années, les professionnels travaillant avec les gens à la rue se sont beaucoup heurtés à la psychiatrie. A l'époque il était dit « s'il n'y a pas une demande, la psychiatrie ne sert à rien », alors qu'on sait que l'un des premiers signes de désocialisation est l'absence de toute demande, et que si on ne va pas vers les gens, on court à l'échec. Cette notion a permis de comprendre aussi qu'une vraie pathologie psychiatrique est plus « simple » à gérer que cette souffrance psychique. Ces mêmes professionnels ont inventé le concept de *souffrance psychique*, sans qu'il y ait obligatoirement une pathologie classifiable, en partant du constat qu'on ne peut pas aider une personne qui est trop en souffrance, et en disant en substance à la psychiatrie « aidez-nous à aider ». Cette notion a permis de comprendre aussi qu'une vraie pathologie psychiatrique est plus « simple » à gérer que cette souffrance psychique.

Des unités mobiles vont maintenant dans les centres, afin de distinguer parmi les sans-abri ceux qui justifient d'un vrai traitement psychiatrique de ceux pour lesquels ce n'est pas le cas, ce qui représente de gros progrès en termes de psychiatrie. La différenciation entre les deux situations précédemment décrites peut s'avérer compliquée quand les personnes ne parlent pas la langue, n'ont pas les mêmes habits.

En conclusion, cette question est à la fois politique et éthique, car face à des personnes sans droits, ⁴sans existence légale et qui pourtant sont là, le devoir des professionnels est de les traiter comme des êtres humains, ce qui paraît une évidence, même si ce devoir les amène parfois à transgresser les lois de la République.

Dr Alain Gouiffes, Médecin psychiatre, coordinateur d'une équipe mobile psy précarité, directeur du réseau régional psy-précarité de Rouen observe que les migrants en situation de grande précarité qu'il rencontre viennent majoritairement non pas d'Europe de l'Est mais de Géorgie, d'Arménie, de Mongolie ou d'Afrique, au travers de filières redoutables.

L'équipe a pris le parti de s'installer dans un lieu social du centre-ville, selon un principe simple : toute demande de soins, par un usager ou un partenaire social, doit être honorée dans la journée.

M. Patrick Henry, Médecin alcoologue, chargé de mission lutte contre la grande exclusion à la RATP, avec un service de recueil social qui comprend environ 60 agents sur le terrain 24 h sur 24. Le sous-sol des transports parisiens est un environnement qui favorise l'apparition précoce de phénomènes de désocialisation, en raison de la perte de repères liée à la constance de la température, de la luminosité, de l'odeur, du bruit, en une sorte de brouillard cotonneux.

On croise quelques migrants dans les couloirs du métro, mais moins qu'en surface sans doute parce que cette notion de refuge n'est pas perçue chez eux de la même façon.

Chez les migrants, la constitution de petits groupes, protecteurs pour l'individu, participe fortement au sentiment d'insécurité des voyageurs. C'est le groupe qui a une conduite antisociale, pas l'individu, qui lui est dans une stratégie de survie.

Mme Stéfania Parigi, Directrice Générale du SAMU SOCIAL DE PARIS, secrétaire générale du SAMU SOCIAL international, indique que ce groupement d'intérêt public existe depuis 15 ans. Le Samu social est un dispositif lourdement médicalisé, puisqu'on trouve un médecin dans toutes les missions, surtout des infirmières, de façon à pouvoir commencer à aider les personnes sans-abri au niveau de la santé, qui n'est que l'un de leurs très nombreux problèmes. De plus en plus nombreux depuis les années 2000, les migrants rencontrés sont majoritairement Africains ou issus de l'ex-Union soviétique, sans plus de statut ni nationalité. Il y a aussi quelques Asiatiques très désocialisés, rejetés par leur communauté lorsqu'ils manifestent des problèmes de santé mentale.

La plus grande préoccupation du SAMU SOCIAL aujourd'hui, qui n'est pas forcément rattachée à ses missions historiques, se situe dans le nombre de personnes hébergées chaque jour à l'hôtel, soit environ 7000 personnes, dont nombre d'enfants, sachant qu'il s'agit à 90% d'une population étrangère devenue pour beaucoup invisible. Comment faire coïncider le temps de l'urgence avec celui de la prise en charge, nécessairement plus long notamment lorsqu'elle est psychiatrique?

Une autre difficulté réside dans le tissage de liens avec des familles qui vont mal et n'imaginent aucun avenir. Le Samu social a donc choisi de s'orienter dans un premier temps vers la prise en charge de la petite enfance, car c'est à travers les enfants qu'on peut espérer accrocher une dynamique de soins. Ces familles sans papiers savent que leurs enfants ne vont pas bien, mais ont du mal à passer la barrière de l'appel téléphonique.

M. Roland Raboin, infirmier en secteur psychiatrique, explique être le fondateur en 1998 de la première équipe mobile de psychiatrie à Paris, les soins requis n'ayant pas été prodigués

⁴ RATP : réseau de transports parisiens, bus et métro

dans le pays d'origine, l'accumulation fréquente de nombreuses maladies somatiques aggravant leur état de santé mentale.

Questions avec la salle

M. Moussa Djimera, de l'association CŒUR DES HALTES, raconte qu'il a été en contact avec des personnes à la rue d'origine africaine, et que chaque fois qu'il a constaté qu'elles n'allaient pas bien et leur a proposé un soutien psychiatrique, la réponse a été négative si les mots psychiatrie ou psychologue avaient été prononcés, ce qui n'arrive pas s'il parle plutôt d'un « marabout français ». Il se pose également la question de l'ethnopsychiatrie : un médecin d'une autre culture peut-il comprendre un patient dont en plus il ne parle pas la langue ?

Le Dr Alain Gouiffès explique que c'est justement parce que l'appartenance à un corps professionnel relevant de la psychiatrie est compliquée que son équipe a choisi d'intervenir dans un centre social en centre ville, guichet unique de toutes les urgences sociales, où il est plus facile d'intervenir, sans toutefois cacher appartenir à la psychiatrie, mais où cette équipe est identifiée depuis plusieurs années comme membre du centre.

Le Dr Jacques Hassin dit voir chaque soir une dizaine de patients psychiatriques chroniques, ayant une relative stabilité dans leur mode de vie, avec quelques repères dont le centre d'hébergement où ils vont tous les soirs, et dont il pense que les enfermer comme c'était le cas avant ne les ferait pas aller mieux.

M. Roland Raboin D'autre part, il estime qu'on peut difficilement ne parler que de la santé mentale, car la prise en charge doit être globale, concernant autant le somatique que le psychiatrique ou le social, faute de quoi elle ne marche pas.

M. Roland Raboin précise qu'il a aussi une fonction de formateur auprès des associations dont les bénévoles sont très demandeurs de savoir comment écouter, comment décoder les propos de leurs interlocuteurs, et auxquels il répond qu'il est important de garder leur « fraîcheur », cette « écoute au tout venant », faute de quoi ils risquent de brouiller la perception de leurs interlocuteurs qui risquent alors de perdre leurs repères.

M. Patrick Henry souligne qu'en matière de repère, il convient surtout d'éviter les « sottises » faites par les bénévoles, car quelqu'un sans formation est par essence incompétent.

Le Dr Alain Gouiffès serait plutôt en accord avec M. Rabouin, conseillant aux bénévoles d'aller jusqu'au bout de ce qu'il leur semble possible de faire, quitte à ce qu'ils lui demandent de prendre le relais lorsque cela s'avère trop compliqué. Le travail avec les bénévoles et les associations doit s'appuyer sur une colonne vertébrale du service public, qui pour sa part ne doit pas déléguer le travail qui est de son ressort.

Le Dr Jacques Hassin rejoint en revanche le Dr Henry : après avoir été longtemps quasiment dogmatique sur le fait qu'il fallait des professionnels du sanitaire et du social, il reste sur cette position tout en admettant qu'il peut y avoir des bénévoles professionnels, comme chez Médecins du monde, ou qui peuvent devenir avertis et formés, comme chez les visiteurs de malades qui travaillent dans des unités de soins palliatifs.

Conclusion

Le Dr Catherine Péquart, Directrice Générale de l'Association CHARONNE, se félicite qu'ait été atteint l'objectif de cette rencontre qui était de travailler ensemble à une meilleure connaissance des migrants en situation de précarité et de leurs itinéraires, avec un échange d'expériences de divers pays européens.

Cette difficulté à distinguer qui sont les migrants dont on a voulu parler aujourd'hui prouve bien que l'Europe n'est pas faite : les migrants des pays-membres de l'Union européenne restent des étrangers sur le territoire, confondus avec les migrants dépourvus de droits. Ces droits, lorsqu'ils existent, sont d'ailleurs très mal connus et il est essentiel de travailler à cette question. D'où l'intérêt de l'idée de la FEANTSA de développer un pôle de recherche en matière de migration et précarité : il faut savoir de qui et de quoi on parle, il faut pouvoir développer des pratiques en rapport avec les problématiques rencontrées.

M. Philippe Coste, Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris, clôt cette conférence en soulignant l'importance de l'État, en particulier pour tous ces publics qu'on ne sait rattacher à aucun territoire, dont les migrants. Il s'agit pour l'État de faire respecter les principes fondamentaux qui s'appliquent à toute personne présente sur le territoire, migrante ou non, avec ou sans papiers, ou en transit sur le territoire. Mais l'État ne peut exercer ses responsabilités qu'en s'appuyant sur des associations ou des opérateurs, avec lesquels les moments de dialogue tel celui offert par cette journée d'étude sont précieux.