

Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues

Recommandations
pour un accompagnement
individuel et collectif



Sommaire

Avant-propos	3
Introduction	5
– Action publique et participation sociale des usagers de drogues	
– Un besoin d'évolution des représentations du soin et de l'insertion dans les pratiques d'accompagnement des usagers de drogues	
La démarche et sa mise en œuvre	8
– Des temps de travail impliquant acteurs et décideurs	
– Les activités réalisées	
Un petit exercice	12
Quelques clés de compréhension	13
– Décoder les conduites addictives	
– Se décentrer pour mieux accompagner	
Recommandations	17
– Repérer les savoir-faire et les compétences des usagers de drogues	
– Faire face aux consommations	
– Partager des informations	
– Recourir à un tiers	
Solution de l'exercice	38
Pistes pour l'action	39
– Ressources et nouveaux besoins d'évaluation	
– En savoir plus sur d'autres réalités européennes	
En conclusion	44
Fiches action	47
– Espace Insertion CMSEA, Metz	48
– IPSI, Interface Prévention Santé Insertion	50
– Association Lire La Ville	52
– Association Parcours	54
– Drogues et Société	56
– CEID / Les ateliers d'insertion de la communauté thérapeutique du Fleuve ...	58
– FIRST / Ateliers bas seuil	60
– Association Ligne De Vie	62
– Association Espace	64

Avant-propos

Auteurs : Christine Caldéron, Philippe Lagomanzini, Olivier Maguet, Frédéric Menneret

Comité de relecture : Ruth Gozlan et Elisabeth Pfletschinger, pour la MILDT¹, Dominique Terrasson, pour la DGCS².

Réalisation : Drogues et Société, en collaboration avec le dispositif d'appui du CIRDD Rhône-Alpes et CCMO Conseil.

Sous l'égide de la DGCS et de la MILDT, avec le soutien du FSE.

Ont contribué, par leurs propos et leurs expériences, à la réalisation de ce guide :

Nancy Aguilera-Torres, Fatima Aitoualal, Véronique Allouche, Chantal Amar, Cyril Amic, Mohammed Amrani, Luc Ankri, Marguerite Arène, Amélie Armao, Marie-Laure Bailly, Jean-Louis Bara, Massimo Barra, Sylvie Bolompion, Michel Boulanger, Faroudja Boutahra, Patrizia Brandolini, Nicole Bromberg, Arnaud Calleja, Rodrigue Carole, Sophie Celotto, Matthieu Chalumeau, Barbara Charpentier, Laura Charrier, Ludivine Chaux, Zhara Chelfaoui, Anne Clerc, Danièle Cornet, Juliette Cruchon, Florence Daillant, Chantal Deckmyn, Véronique Delhomme, Jean-Pierre Demange, Jean-Michel Doki-Thonon, Sandrine Domergue, Valérie Dorso, Catherine Duplessis, João Fatela, Tatiana Fomina, Pascal Fraichard, Laurent Frappa, Mylène Frappas, Danièle Garin, Caroline Gaudion, Camille Gendron, Franco Giampalmo, Hervé Gille, Irène Gouraud, Yvan Grimaldi, Edmond Guillou, Nicole Hirsch, Mariam Hovasse, Céline Huber, Annie Jacq, Isabelle Jeannès, Brigitte Jeanvoine, Cécile Joyeux, Emmanuel Langlois, Philippe Laparrat, Xavier Laqueille, Aline Larchevêque, Me Lataste, Nathalie Latour, Ha-Nyia Laupo, Samuel Le Floch, Jean-Louis Lecouffé, Sonia Léger, Lysiane Leroy, Wajdi Limam, Serge Longère, Iris Lupianez, Nicole Maestracchi, Myriem Maicha, Marjorie Mailland, Carole Maray, Paula Marquès, Jean-Paul Marry, Maxime Masset, Catherine Miachon, Evelyne Moncel, Mario Monge, Marie-Claude Moreau, Pierre Nicola, Monsieur Ocana, Monsieur Orst, Amina Ouanes, Patrick Padovani, Valérie Paillet, Laure Parès, Isabelle Pêcheur, Massimo Peroni, Frédéric Pessaud, Céline Pitoux, Catherine Porhial, Jean-Marc Priez, Stéphane Riou, Olivier Romain, Lysbert Rouillon, Carole Rousseau, Elisabeth Schmitt, Mounir Smail, Xavier Soulan, Fabienne Talazac, Damien Thabourey, Servane Thomas, Florence Tual, Jean-Luc Vilgicquel, Odile Vitte, Karim Zerrouki.

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), dans son rapport annuel 2010 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe, reconnaît la réinsertion sociale « *comme un volet essentiel des stratégies anti-drogue complètes. Elle peut intervenir à n'importe quel stade de la consommation de drogue et dans différents milieux et couvre le développement des capacités, l'amélioration de l'aptitude à vivre en société, des mesures destinées à favoriser et à encourager l'emploi et à trouver ou à améliorer le logement* ».

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) a voulu impulser, dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, conformément à sa mission, des actions dans ce domaine, en introduisant des mesures relatives à l'amélioration de l'insertion et de la réinsertion sociales des personnes présentant une addiction (cf. fiche 3-10). Elle a confié à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) le pilotage et la réalisation de l'action portant sur l'identification et la valorisation de pratiques professionnelles s'inscrivant dans cet objectif.

La publication de ce guide relève de cette action. Il s'agit du premier document traitant spécifiquement de la question de l'insertion professionnelle des personnes toxicodépendantes en France. Son propos est de contribuer à sensibiliser et à outiller les professionnels des champs des addictions et de l'insertion à la mise en œuvre d'actions d'insertion par l'emploi.

Les recommandations figurant dans ce guide s'appuient sur des actions reflétant des expériences et des initiatives mises en œuvre par des professionnels qui, afin de répondre aux besoins de personnes accueillies, et conformément aux missions de leurs dispositifs respectifs, ont souhaité donner une place plus large à l'insertion par l'emploi dans le champ de leurs interventions. Même si elles n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation, les pratiques identifiées constituent autant de pistes vers une évolution des pratiques professionnelles, où la double préoccupation du soin et de l'insertion des personnes toxicodépendantes est omniprésente : la réalisation de ce nouvel objectif d'accompagnements concomitants, sur les volets médical et social, implique selon les cas, soit une modification des pratiques des équipes, soit la mise en œuvre de partenariats durables et de complémentarités avec d'autres intervenants.

Les travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration de ce guide révèlent également l'impact d'une action d'insertion sur la réduction des usages de produits psychoactifs. Ils appréhendent les difficultés récurrentes auxquelles sont confrontés les professionnels face aux épisodes de consommation de ces produits chez un public supposé être stabilisé par

¹ MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

² DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

rapport à ses consommations antérieures, en essayant de proposer des réponses pragmatiques qui, sans remettre en cause la politique générale du gouvernement en matière de lutte contre les drogues, privilégient le maintien dans le parcours de soin et d'insertion.

Ce guide tient à encourager les professionnels du soin et de l'insertion à adopter une démarche conjointe et à permettre, à terme, l'élargissement de la palette des services médico-sociaux et d'insertion proposés aux personnes toxicodépendantes. Il vise ainsi à éclairer sur la place et la contribution de l'insertion professionnelle dans le parcours de soin de la personne toxicodépendante : réinsertion professionnelle favorisée par le soin et, réciproquement, amélioration de l'état de santé grâce au parcours d'insertion.



Étienne APAIRE

*Président de la Mission Interministérielle
de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*



Sabine FOURCADE

*Directrice Générale
de la Cohésion Sociale*

Introduction

Ce document présente des ressources pratiques en matière d'actions d'insertion par l'emploi pour les usagers de drogues. Au croisement des secteurs de l'insertion et de la prise en charge des addictions, son objectif est double : il vise, d'une part, à soutenir les compétences professionnelles d'accompagnement individuel et collectif, et, d'autre part, à renforcer les logiques de réseaux et de rapprochement à l'œuvre sur les territoires entre ces deux secteurs. Il s'inscrit dans la continuité d'un premier livret publié en 2009 et intitulé « Insertion par l'emploi des usagers de drogues. Territoires en réseaux »³.

Action publique et participation sociale des usagers de drogues

Aujourd'hui, deux phénomènes pèsent sur la problématique qui fait l'objet de ce guide :

- le travail social se complexifie, multipliant les acteurs et les dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) et la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) font évoluer les modalités d'intervention de l'État vers une « activation » des dépenses sociales, recherchant une plus grande efficacité et une meilleure adéquation aux besoins.

Dans ce contexte, l'action publique tend à développer une meilleure compréhension des pratiques à l'œuvre dans l'accompagnement des usagers. Les recommandations présentées dans ce guide développent quatre pistes d'évolution possibles qui participent de cette nouvelle configuration, consistant à revisiter :

- les préalables à l'insertion par l'emploi,
- la parole sur la consommation de drogues au cours d'un accompagnement,
- le repérage des savoir-faire et des compétences des usagers,
- le partage des informations entre partenaires.

Avant de les détailler, il nous faut d'abord bien nous situer dans ce nouveau paysage. Selon une logique de « subjectivation »⁴, nous constatons en effet que la mise en œuvre des politiques publiques prend de plus en plus la forme de contractualisations individuelles, visant à activer les ressources des individus. Il s'agit de faire en sorte que chacun « se prenne en main » et réponde d'une progression vers l'autonomie, comprise alors comme valeur à mobiliser. Cette approche de l'accompagnement des personnes tend à renouveler les stratégies et les pratiques professionnelles. En cela, elle fait évoluer les

³ Disponible sur le site www.addictions-insertion-emploi.net.

⁴ Nous reprenons en partie l'analyse de Fabrizio CANTELLI et Jean-Louis GENARD, « Jalons pour une sociologie politique de la subjectivité », in *Action publique et subjectivité*, dir., LGDJ, 2007.

représentations qui concernent à la fois les difficultés des usagers et les modes de partenariat intersectoriel.

Toutefois, une telle tendance pousse à clarifier en profondeur les cadres de référence des pratiques professionnelles et à prendre en compte les nouvelles limites qui s'y inscrivent. Les pratiques d'accompagnement cherchant à augmenter les *capacités* des individus, en actionnant le levier de la responsabilisation, faisant ainsi porter sur le bénéficiaire de l'action la charge de l'effort et posant comme conditions de l'aide, sa bonne volonté et sa motivation, risquent au final de desservir les personnes. Au contraire, il apparaît que si les pratiques d'accompagnement gagnent à s'intéresser aux savoir-faire, aux aptitudes et aux compétences des usagers de drogues, il ne s'agit pas d'en faire des *fins en soi* , mais bien au contraire, des *ressources* dans un tout autre objectif : celui de penser l'insertion comme *participation sociale*. Par participation sociale, nous entendons *une visée* qui re-situe les usagers de drogues dans leurs rapports sociaux et de citoyenneté, sans effets de stigmatisation. Il s'agit en l'occurrence pour les usagers de drogues les plus en difficulté, de penser des modalités d'accompagnement qui renforcent leurs liens et leurs attachements dans tous les aspects de la vie sociale. L'emploi est en cela un levier important, mais il n'est pas le seul. Il complète d'autres leviers d'insertion tels que l'hébergement, le logement, le lien social ou la culture.

Un besoin d'évolution des représentations du soin et de l'insertion dans les pratiques d'accompagnement des usagers de drogues

Les transformations de la société du salariat et la montée des incertitudes liées à l'insécurité sociale nécessitent d'être prudent dans les orientations et les indications professionnelles, et de ne pas réduire les réponses d'insertion par l'économie à un travail pauvre et précaire. Qui plus est, les contraintes importantes de résultat impactent le secteur de l'insertion par l'activité économique et tendent parfois à « sélectionner » des personnes plus proches de l'emploi, limitant ainsi, par un « effet d'écrémage », les accompagnements d'insertion pour les personnes les plus éloignées de l'emploi.

Deux rapports illustrent la tension de cette contrainte environnementale. Le premier est fourni par un rapport de l'Observatoire des zones urbaines sensibles, révélé par le quotidien *Le Monde* en décembre 2010 et indiquant que 43 % des jeunes hommes et 37 % des jeunes femmes vivant dans les zones urbaines sensibles sont au chômage ; cette donnée confirme l'ampleur des grandes difficultés d'insertion dans ces quartiers, où le taux de chômage global est déjà évalué à près de 19 %, soit le double de la moyenne dans les autres zones urbaines. Le rapport du groupe d'économistes mandaté par le ministère du Travail pour émettre un avis sur l'évolution du salaire minimum en France, en date du 30 novembre 2010, pointe qu'au-delà des 2,3 millions de personnes qui sont rémunérées au SMIC (soit 10 % des salariés en France), il existe en réalité deux fois plus de salariés (soit un salarié sur cinq) payés au voisinage du SMIC (au maximum 1,1 SMIC).

Dans cette situation tendue, les personnes ayant ou ayant eu dans leur parcours personnel une consommation de produits psychoactifs font, plus encore que d'autres catégories

de publics éloignés de l'emploi, face à de multiples obstacles en matière d'insertion. Le rapport réalisé dans le cadre du projet « Territoires en réseau » en 2009 explicite ces difficultés spécifiques aux personnes usagères de drogues : 75 à 80 % des personnes fréquentant les structures spécialisées dans les addictions en France n'ont pas d'emploi régulier.

Nous pouvons mesurer aujourd'hui à quel point la question de l'insertion par l'emploi se pose pour de nombreux acteurs professionnels tout en contribuant à faire évoluer leurs représentations. En effet, qu'ils soient issus du secteur du soin en addictologie ou du secteur de l'insertion, ces acteurs expérimentent des pratiques qui tendent à se rapprocher et à mieux s'articuler. Or ceci n'est pas une mince affaire dans un contexte économique qui, en l'absence durable de plein emploi, hypothèque sévèrement les résultats escomptés par les propositions d'insertion.

Ce document propose des pistes pour l'action, prenant en compte l'ensemble des paramètres structurels ainsi que les évolutions dans les pratiques observées. Ces propositions encouragent l'ajustement des dispositifs d'accompagnement et l'évolution des représentations au croisement du soin et de l'insertion.

La démarche et sa mise en œuvre

Des temps de travail impliquant acteurs et décideurs

La démarche a été mise en œuvre dans le cadre du programme européen « Compétitivité régionale et Emploi », coordonné par RACINE (Réseau d'Appui et de Capitalisation d'Innovations Européennes). Elle a été conduite dans une logique de recherche-action participative, par un comité de pilotage constitué de l'association Drogues et Société, du CIRDD Rhône-Alpes, de l'association Espace et de CCMO Conseil et avait pour objectif la réalisation du projet « Pratiques en réseaux et insertion par l'emploi des usagers de drogues ». Ce projet visait la formalisation des pratiques professionnelles et la dynamisation de logiques de réseau, pour « l'inscription dans les politiques publiques françaises de réponses aux besoins liés à l'insertion des usagers de drogues » et pour la « contribution à la construction de références européennes ».

L'implication très concrète de la DGCS et le soutien de la MILDT ainsi que des missions de prévention des mairies de Paris et de Marseille, mais aussi la participation des agences régionales de santé, des chefs de projets départementaux de la MILDT et d'élus locaux, ont contribué à renforcer l'impact recherché en termes de possibles évolutions des politiques publiques pour l'insertion des usagers de drogues.

Les soutiens de l'OFDT, de la Fédération Addiction et de l'Association française pour la Réduction des risques pour le secteur des addictions, ainsi que de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) pour le secteur de l'insertion, ont également permis d'élargir le champ de la démarche au travers de temps de réflexion, de contributions à des colloques et de rencontres sur sites. Ajoutons que le partenariat constitué avec la Fédération Addiction se poursuit en 2011 puisque, lors des premières journées nationales de cette nouvelle organisation, un atelier a été consacré à la thématique « Insertion par l'emploi et participation sociale des usagers de drogues. Quelles pratiques d'accompagnement ? ».

La promotion de la démarche a été relayée sur les sites Internet des organisations nationales. La diffusion du document relatant les résultats des premiers travaux réalisés en 2009 a également contribué à cette promotion, tout comme la participation des porteurs du projet à différents colloques ou conférences (Journée du Collège des Addictologues d'Auvergne, Journées du Sato Picardie) ou leur implication dans d'autres réseaux (Forum Français de Sécurité Urbaine, Forum Européen de Sécurité Urbaine, Démocratie, Cities and Drugs).

C'est dans ce contexte qu'ont été organisés différents temps de travail, consistant en visites de sites, entretiens avec des professionnels, groupes de travail et expérimentations ainsi que des séminaires régionaux. L'implication des dispositifs d'appui tels que ceux portés par le CIRDD Bretagne ou le CEID Aquitaine dans l'organisation de certains séminaires régionaux a eu pour conséquence immédiate d'élargir les réseaux, augmentant ainsi le nombre d'acteurs rencontrés sur le territoire national. Près d'une quarantaine d'expériences ont été présentées lors des séminaires en régions ; les pratiques à l'œuvre ont pu être analysées lors de travaux en groupes et de visites sur sites ; enfin, des expérimentations communes ont également été réalisées, associant professionnels du soin et de l'insertion, décideurs et usagers.

L'ensemble de ces temps de travail a réuni environ cent quatre-vingt personnes qui ont accepté de contribuer à la production de recommandations présentées dans ce guide. Les apports capitalisés en 2009 ont largement pu être approfondis et les axes de développement et de renforcement de pratiques, articulant soin et insertion, plus finement précisés. Cela a permis une meilleure compréhension du partage des compétences entre acteurs du soin et acteurs de l'insertion, en termes d'accompagnement vers l'accès à l'emploi. Les dynamiques de collaboration ont également pu être mieux identifiées, à l'échelle de territoires locaux, départementaux ou régionaux. Au terme de la démarche, un site Internet www.addictions-insertion-emploi.net a été créé. Il est dédié au partage des travaux réalisés et à la présentation d'expériences innovantes, et a pour principal objet le renforcement de la dynamique de réseau, d'ores et déjà engagée tant au plan local que national et européen.

Les activités réalisées

Séminaires régionaux

- **Rhône-Alpes**, à Lyon, en lien avec l'antenne régionale de la Fédération Addiction ;
- **Centre**, à Montargis ;
- **Bretagne**, à Rennes, en lien avec le dispositif d'appui du CIRDD Bretagne ;
- **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, à Marseille, en lien avec la mairie de Marseille ;
- **Aquitaine**, à Bordeaux, en lien avec le dispositif d'appui du CEID ;
- **Île-de-France**, à Paris, en partenariat avec la Mairie de Paris.

Groupes de travail, rencontres, expérimentations

En parallèle à ces séminaires, différents groupes de travail ont été organisés. Les modalités d'adaptation et de réajustement successifs, propres à la recherche-action, ont conduit à mettre en place des temps diversifiés, en lien avec les attentes et besoins exprimés, et avec les ressources découvertes tant auprès des participants que de nouveaux partenaires, dont notamment les villes de Marseille et Paris. Plusieurs types d'actions ont ainsi permis de « donner à voir » les avancées du projet mais également de « réajuster » sa progression, dans une perspective de mutualisation de bonnes pratiques au niveau national et européen et de mise en réseau des acteurs et décideurs du soin spécialisé et de l'insertion.

Trois réunions, qui se sont tenues à la DGCS en avril et juin 2010, ont permis l'audition d'experts, de professionnels et de décideurs. Ces groupes de travail ont été étayés par des visites sur sites et des entretiens, qui ont permis d'approfondir certaines analyses de contexte et de mieux appréhender les pratiques professionnelles d'accompagnement ainsi que les possibles articulations entre soin et insertion.

Une visite d'étude à Rome, en juin 2010, a permis à différents représentants d'organisations, de collectivités locales ou de services de l'État (villes de Paris et Marseille, conseil général du Val-de-Marne, DGCS, MILDT, OFDT, association Aurore et FNARS) de découvrir les politiques publiques italiennes en matière d'insertion par l'emploi, de rencontrer des partenaires italiens investis de longue date dans des actions d'insertion de publics toxico-dépendants, Solcoroma et la Villa Maraini, et de connaître leur engagement dans le cadre de la coopération sociale.

Un stage de sensibilisation a regroupé, sur deux journées en septembre 2010, une dizaine de professionnels d'Île-de-France et de la région Centre, autour des techniques de récit de vie pour le repérage de compétences dans la construction d'un projet professionnel (telles que mises en œuvre par l'association Lire la Ville, en région PACA).

Un groupe d'échange de pratiques, également programmé sur deux journées en octobre 2010, a réuni une vingtaine de professionnels du champ du soin et de l'insertion, engagés dans des actions d'insertion par l'emploi de publics usagers de drogues.

Un stage a regroupé, durant quatre journées en novembre 2010, des usagers suivis par des structures de soins d'Île-de-France. À partir de techniques d'improvisation théâtrale, leurs besoins en matière d'insertion par l'emploi ont pu être explorés. Leurs propos ont été débattus en présence des professionnels et ont ainsi contribué à l'élaboration des recommandations. Un film a été réalisé au cours du stage, présenté aux stagiaires en fin de session ainsi qu'au séminaire de restitution en décembre.

La MILDT souhaite tenir compte des résultats de cette démarche pour l'élaboration du prochain plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, en donnant toute sa place à la question de l'accès à l'emploi et de la participation sociale des usagers de drogues. Pour rappel, le plan actuel 2008-2011 a été l'un des premiers à présenter explicitement une mesure d'amélioration de l'insertion (cf. fiche 3-10). Alors qu'il y a encore deux ans il était communément admis que les acteurs engagés dans cette voie de l'insertion par l'emploi des usagers de drogues étaient probablement peu nombreux, les travaux réalisés au cours de l'année 2010, pourtant loin d'être exhaustifs en matière de couverture territoriale, ont permis d'en identifier 180 issus de 140 organisations différentes (dispositifs de prise en charge et d'accompagnement, collectivités territoriales, services de l'État, etc.).

Si d'importants changements sont observés lors de l'accompagnement d'usagers dans une démarche d'insertion professionnelle, les acteurs n'ont parlé de cet impact que lorsque la question leur était clairement posée. Ce phénomène est à re-situer dans un contexte où sont observés :

- un manque d'évaluation et de travaux de capitalisation des expériences innovantes conduites très discrètement et de manière souvent isolée ;
- un long silence des politiques publiques françaises sur les réponses à construire face aux besoins d'insertion des usagers de drogues, les décideurs étant eux-mêmes sans remontées des acteurs du terrain ;
- le peu de recours aux programmations et aux financements du Fonds social européen, contrairement, là aussi, aux pratiques habituelles de la plupart de nos voisins européens et tout particulièrement des partenaires italiens.

Ces constats appellent à ouvrir de nouveaux chantiers. Il serait ainsi intéressant de disposer d'indicateurs afin de mieux objectiver cette dimension de l'insertion dans le parcours des usagers de drogues, où il s'agirait à la fois :

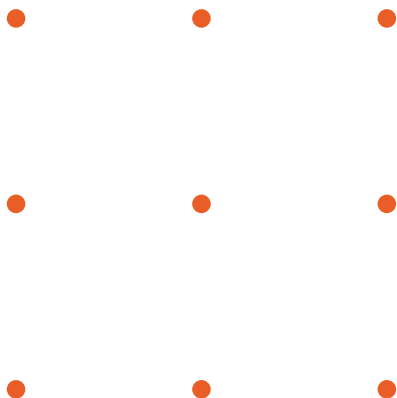
- pour les dispositifs d'insertion, d'avoir d'autres indicateurs de parcours d'insertion que les seules « sorties positives » ou « sorties dynamiques » des dispositifs d'insertion,
- pour les centres de soin, d'avoir de nouveaux indicateurs dans le parcours de soins qui intégreraient la dimension de l'insertion ; ce travail est en cours de réalisation dans le cadre de la fiche 3-10 du plan gouvernemental.

Cela aiderait à repérer les changements et les évolutions (en termes de soins, de participation sociale, de qualité de vie, etc.) au-delà du seul accès à l'emploi ou à la formation et de la stabilisation dans le traitement.

Un petit exercice...

Pourriez-vous relier les neuf points de la figure ci-dessous par quatre lignes droites (pas une de plus), sans relever votre stylo et sans revenir sur vos pas.

Allez-y et chronométrez le temps qu'il vous faut pour y parvenir, réponse page 38.



Quelques clés de compréhension

Avant d'aborder les modalités pratiques d'accompagnement et de partenariat pour favoriser l'insertion par l'emploi des personnes usagères ou ex-usagères de drogues, il apparaît essentiel de clarifier les cadres de référence qui sous-tendent les recommandations de ce guide. À cet égard, deux dimensions méritent un éclairage particulier.

Décoder les conduites addictives

Toute consommation de substances psychoactives (« drogue » au sens large) agit sur les plans psychique, physique et social et produit un triple impact sur la personne : elle modifie à la fois le rapport à soi, le rapport aux autres et le rapport à l'environnement. Tenant compte de ces effets, les conduites addictives désignent l'ensemble des différents usages et consommations de substances psychoactives. Quatre catégories d'usage sont communément utilisées par les professionnels et les chercheurs, qui permettent d'ajuster au cas par cas, en fonction de la place et du rôle singuliers que jouent de tels usages dans la trajectoire de vie de la personne, les stratégies d'accompagnement en matière de soin et d'insertion.

- L'**usage simple** permet d'identifier ou de situer un usage comme n'entraînant pas, apparemment, de conséquences dommageables sur les plans physique, psychique et social. Il est le plus souvent expérimental ou occasionnel. Les risques associés à cet usage sont globalement acceptables pour le consommateur et la satisfaction obtenue est ressentie comme supérieure à la souffrance et aux effets dommageables.
- L'**usage à risque** se distingue par les complications potentielles sur les plans physique, psychique et social, même si elles ne sont pas encore apparues. La nuance avec l'usage simple est fine et tient compte du contexte ou du moment de l'usage, des pratiques de consommation (boire, ingérer, fumer, sniffer, injecter, inhaler), mais aussi des motivations de la personne ou de ses prédispositions.
- L'**usage nocif** est une catégorie qui concerne des personnes qui peuvent avoir besoin de recourir à un dispositif d'accompagnement personnalisé. Sans que l'individu ne soit dépendant, ce comportement d'usage est dangereux du point de vue de la santé, entraînant des conséquences dommageables sur les plans physique, psychique et social. Le repérage de cet usage s'appuie sur des critères de régularité, de répétition, d'intensité de l'usage et de difficulté à se passer du produit pendant plusieurs jours. Ces critères peuvent révéler une aggravation des difficultés ou des incapacités à remplir ses obligations (familiales, professionnelles, socio-économiques, etc.).

- La **dépendance** est un mode d'usage où la substance psychoactive occupe une place centrale dans l'organisation de vie de la personne, régulant le rapport à soi, le rapport aux autres et le rapport à son environnement direct. Selon la nature de cette substance et de ses modalités de consommation, la dépendance peut être cliniquement définie par des critères mesurant les symptômes de tolérance (augmentation du dosage pour un même effet) et de manque (tensions internes qui rendent l'usage impérieux).

Certains auteurs ajoutent une cinquième catégorie, celle du **non-usage**. C'est une notion intéressante pour garder à l'esprit que de nombreuses personnes peuvent être concernées par une conduite addictive ; soit que, ayant connu par le passé une période d'usage, elles peuvent encore en observer l'impact dans leur parcours de vie, notamment lorsque cet usage a été problématique ; soit encore que, n'ayant jamais rien consommé, elles peuvent être amenées à entrer à un moment donné dans un usage.

Si la prescription d'un traitement de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine) est une réponse pharmacologique à une situation de dépendance à l'héroïne, de nombreux facteurs psychosociaux, incluant notamment l'accès et le maintien dans l'emploi, contribuent aussi à l'évolution des comportements d'usage.

Il est donc important de pouvoir aborder la question des consommations avec l'usager afin de mieux comprendre son contexte et de pouvoir envisager des réponses adaptées. Des freins à la discussion peuvent cependant apparaître. Ces difficultés à parler des consommations sont vécues à la fois par les professionnels et les usagers.

Du côté des professionnels

- Aborder la consommation peut mettre en difficulté les professionnels, garants du cadre et des décisions à prendre conformément au règlement intérieur ou aux contrats signés entre la structure et le bénéficiaire.
- La consommation est le plus souvent abordée quand les choses vont mal, c'est-à-dire à l'occasion d'un événement ou lorsque les équipes notent un changement qu'ils attribuent à une reprise éventuelle de consommation.
- Le doute et la suspicion quant à une consommation mettent mal à l'aise les équipes qui ne savent pas comment intervenir, comment en parler.
- Les consommations provoquent des attitudes allant de la dramatisation au silence et au malaise, entre la peur d'avoir à prendre une décision et le « pas vu pas pris ».
- Une attitude trop bienveillante, voire tolérante, du professionnel ou au contraire la crainte d'être intrusif peuvent aussi empêcher la communication...

Du côté des usagers

- Ils peuvent être dans le déni de leur usage et ne pas reconnaître qu'ils sont dans une consommation problématique.
- À l'inverse, ils peuvent « donner à voir » leurs consommations, manifestant ainsi le souhait que cette question soit abordée.
- Dans un groupe, les usagers peuvent aussi attendre des professionnels une réponse sur le fait que l'un d'entre eux consomme, sans être en capacité de l'exprimer par crainte de mettre en péril leur place auprès de leurs pairs.

Cette difficulté de dialogue peut se poser tout particulièrement en structure résidentielle, du fait que toute consommation tend à fragiliser un groupe, voire conduire à une exclusion.

La communication entre un professionnel et une personne usagère de drogues peut permettre de lever ces freins lorsqu'elle vise à :

- dédramatiser sans renvoyer systématiquement ou immédiatement vers le champ spécialisé des addictions ;
- ne pas figer la personne dans sa consommation ou dans le fait qu'elle est avant tout usagère de drogues ;
- appréhender les éventuelles reprises de consommation comme des étapes dans le parcours de soin ;
- éviter d'en faire une question centrale au risque de passer à côté d'autres difficultés, alors que l'accompagnement s'intéresse à la globalité des parcours ;
- distinguer une consommation ponctuelle du retour à un usage nocif ou de dépendance (la « rechute ») ;
- orienter vers le soin si la personne est en difficulté dans ses consommations ou dans le souci de prévenir ces difficultés.

De plus, soulignons que, au-delà de la relation en face à face, le collectif est également un puissant levier en termes de soutien et de réponses face aux consommations. En effet, vivre l'expérience du groupe permet à la fois de modifier le regard sur soi et sur l'autre et, avec l'aide du groupe, de mieux réguler les comportements et les situations à risques.

Se décentrer pour mieux accompagner

L'accompagnement de publics rencontrant des difficultés multiples nécessite que les professionnels puissent se décentrer de leurs pratiques et de leur mission institutionnelle, et ne limitent pas leur réponse à la seule demande exprimée par l'usager. Entendre une demande dans sa globalité et sa complexité implique pour le professionnel de ne pas rester seul dans l'accompagnement, mais de pouvoir se situer dans un ensemble de réponses pluridisciplinaires.

Ce « décentrement » permet ainsi de déconstruire les représentations que chaque professionnel a des métiers ou des champs d'intervention qui ne le concernent pas directement, mais avec lesquels il est en lien. Par exemple, le psychologue d'un centre de soins doit être conscient qu'il peut être perçu par d'autres comme doté d'une légitimité et d'un savoir sur les addictions pouvant empêcher un encadrant de chantier d'insertion d'exprimer son point de vue sur la consommation d'un usager.

Au-delà de l'évaluation des compétences et des aptitudes personnelles d'un usager dans un projet d'insertion, au-delà des contraintes de son environnement, un professionnel peut, en se décentrant, repérer et soutenir les dynamiques positives exprimées à travers le désir de l'usager ; même si ce désir peut sembler irréaliste au premier abord.

Deux apports nous permettent d'approfondir cette recherche de décentrement :

- **S'intéresser aux apprentissages informels.** Les travaux d'Hélène Bézille⁵ apportent un éclairage intéressant. Les apprentissages qu'elle qualifie d'« *informels* » se démarquent des contraintes liées aux apprentissages programmés dans le cadre de dispositifs institutionnels (Éducation nationale, formation professionnelle et formation continue). Ils relèvent d'une dynamique d'une autre nature, liée aux nécessités de l'existence. Ils sont constitutifs du rapport le plus élémentaire de chacun à l'apprentissage et ont une fonction décisive tout au long de la vie. Selon elle, « *ces apprentissages sont particulièrement mobilisés dans des situations qui sont en rupture avec le cours ordinaire de la vie. Ainsi, ils constituent une ressource quand nous nous trouvons contraints d'inventer des solutions inédites à un problème particulier : par exemple inventer des solutions de survie* ».
- **Soutenir la ré-affiliation ou la participation sociale : aider à reconstruire le sentiment d'appartenance.** La désaffiliation n'est pas un destin fatal. Elle peut donner lieu à des logiques de reconfiguration des formes d'appartenance en envisageant les processus de désaffiliation dans les situations de précarité comme des processus complexes et réversibles. Comme le souligne Robert Castel⁶, « *parler de désaffiliation, ce n'est pas entériner une rupture mais retracer un parcours* ». C'est l'idée que le devenir du sujet s'inscrit dans un destin aléatoire, non programmé, qui peut se réorienter. Les aléas ouvrent sur des opportunités dont le sujet peut se saisir. Son devenir se joue aussi dans le tâtonnement, l'expérimentation de soi, de nouvelles configurations relationnelles et de nouvelles activités.

5 Hélène Bézille, sociologue et professeure à l'université Paris-Est Créteil, laboratoire REV (Reconnaissance Expérience Valorisation), « Formation du sujet, apprentissages et dynamique des affiliations », article paru dans la revue ACELF, printemps 2010.

6 Robert Castel, « De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation », Paris, Éd. Esprit, 1991.

Recommandations

Repérer les savoir-faire et les compétences des usagers de drogues

QUESTION 1 18
Il n'a pas de CV et cela fait longtemps qu'il ne travaille plus...

QUESTION 2 20
Son projet est irréaliste...

Faire face aux consommations

QUESTION 3 23
Il n'est pas stabilisé dans son traitement ; il pense déjà à travailler...

QUESTION 4 26
L'échéance du travail le fragilise...

Partager des informations

QUESTION 5 28
Je suis tenu au secret professionnel. Un travailleur social me demande des informations sur un bénéficiaire...

QUESTION 6 31
Je suis tenu au secret professionnel. L'entreprise me demande des informations sur un usager...

Recourir à un tiers 34

Repérer les savoir-faire et les compétences des usagers de drogues

QUESTION 1

Il n'a pas de CV et cela fait longtemps qu'il ne travaille plus...

Les dispositifs de soin et d'insertion se focalisent souvent sur des critères de comportement au travail (ponctualité, assiduité, capacité d'intégration dans une équipe, implication), alors même que la mesure des compétences n'est pas encore prise en compte. Le risque peut être alors de différer l'accompagnement vers l'emploi parce que ne sont considérées, dans un premier temps, que les exigences du milieu du travail et le degré d'adaptation de la personne à ces exigences. L'approche traditionnelle du CV consiste généralement à enlever, à masquer tout ce qui n'est pas attendu, à lisser le parcours au point qu'il est séparé et déconnecté de l'histoire personnelle. Alors que toute personne ne cesse d'accumuler des savoirs et des compétences dans tous les domaines de la vie, les CV ne s'intéressent le plus souvent qu'aux diplômes, aux formations et aux expériences professionnelles. Pour ces publics, de tels savoirs et compétences ne peuvent se vérifier qu'en situation réelle de travail. L'expérience contribue en effet à forger la compétence, constituant ainsi une ressource sur laquelle s'appuyer.

Ce travail de repérage et de reconnaissance, à l'aide des différentes méthodes disponibles, renforce la confiance et l'estime de soi, notamment pour des personnes qui ont rencontré au cours de leurs histoires personnelles des échecs successifs, que ce soit dans leur vie professionnelle ou affective. Les techniques de repérages des compétences et savoir-faire sont nombreuses. Sur une échelle d'intervention large, deux méthodes illustrent la diversité des choix.

Accompagner par le récit de vie

Le récit de vie, ou narration autobiographique, s'intéresse à la chronologie des parcours allant de la naissance à aujourd'hui, de manière descriptive et factuelle⁷. Cette méthode est particulièrement appropriée pour les personnes ayant connu des parcours de vie difficile. Les apprentissages acquis peuvent être occultés par la honte ou la culpabilité. Parler de soi est alors difficile. Un tiers peut aider à dépasser cette difficulté en prenant en charge la rédaction du récit de vie, par une prise de note fidèle, puis en organisant le tri et la mise en ordre des informations, sans aucune interprétation ni contrôle de la « véracité » des faits. Ce qui est recherché ce sont les savoir-faire acquis plus que le cadre dans lequel ils ont été révélés.

Le « consultant » recherche ce qui est particulier et spécifique au travers de l'expérience de la personne, pour le traduire en compétences et aptitudes. Ce temps de repérage n'est

pas orienté vers un type d'emploi en particulier, mais constitue le préalable à un « travail intuitif » permettant d'envisager toutes les combinaisons possibles, à partir de toutes les informations collectées, dans la perspective d'un projet professionnel. Une fois ce projet élaboré, un CV « sur-mesure », sur le fond et dans la forme, est rédigé.

Chantal Deckmyn, directrice de Lire la Ville, décrit cette démarche : « À partir de la masse importante de matériaux rassemblés dans la première phase, nous procédons par réductions, retraits et synthèses pour mettre en forme différents "produits dérivés" : des portraits, une chronologie "épurée", un repérage des étapes et des caractéristiques de la construction du savoir d'une personne, etc. Ces manipulations permettent de continuer à travailler à la fois l'orientation, les candidatures, et différentes formes de présentation "parlantes", parmi lesquelles un Curriculum Vitae ni conformiste, ni anticonformiste, à la fois proche de la personne et intéressant pour les destinataires. Une fois réalisé, ce CV est testé auprès de professionnels des domaines concernés. »

Mettre en situation de travail (méthode IOD)

Cette méthode (Intervention sur l'Offre et la Demande, association TRANSFER, Bordeaux) rompt avec des pratiques plus traditionnelles car elle s'intéresse en priorité à la capacité à occuper et à se maintenir dans l'emploi plus qu'aux compétences et aux diplômes obtenus. Le postulat de la démarche IOD est de considérer que toute personne qui souhaite travailler en a les capacités et que nul n'est inemployable.

L'exclusion amène souvent le bénéficiaire à croire qu'il n'a ni les compétences ni les capacités à aller ou à revenir dans le monde de l'emploi. Ce déficit de confiance en soi peut s'atténuer ou disparaître par une mise en situation de réalité professionnelle.

L'intervention sur l'offre et la demande permet de « contourner la file d'attente », de mettre la personne en situation directe de travail et de révéler ainsi ses aptitudes.

Pour chaque embauche, un plan d'intégration est proposé avec un accompagnement dans l'entreprise afin de prévenir une rupture de contrat et permettre ainsi au nouveau salarié la réussite de son intégration.

Parallèlement, le chargé de mission ouvre des marges de négociation (aménagement et ajustement des postes) afin de faire évoluer les pratiques de l'entreprise pour favoriser le maintien dans l'emploi.

À RETENIR

Une personne qui ne sait rien ça n'existe pas.
Tout parcours est jalonné d'expériences porteuses d'apprentissages et de compétences.

⁷ Cette méthode est celle de l'association Lire la Ville à Marseille (voir fiche action, p. 52).

QUESTION 2

Son projet est irréaliste...

Des compétences peuvent être méconnues ou négligées par les professionnels. Dès lors, des usagers s'engagent seuls dans la recherche d'une formation ou d'un travail car l'équipe de professionnels suppose qu'ils ne sont pas prêts ou que les choix formulés ne sont pas réalistes. Certains peuvent revenir par la suite vers les professionnels pour leur montrer qu'ils ont réussi là où on pensait qu'ils échoueraient, ou encore à un moment où le projet était suffisamment engagé pour que les professionnels s'y investissent de nouveau. « *Des fois, les professionnels ne sont pas à l'écoute de ce qu'on veut faire, tu dis que tu veux faire ça, ils te disent que ce n'est pas fait pour toi. Il faut laisser aux gens la possibilité de tenter leur chance* » (un usager).

Cosmonaute, apiculteur, éducateur... autant de projets souvent qualifiés d'« irréalistes » lorsqu'ils sont formulés par les usagers, comme le souligne ce propos : « *Quand tu es précaire, l'utopie n'a pas de place. Elle est mal vue* ». Cette qualification recouvre pourtant des réalités bien différentes.

Il peut effectivement exister des limites objectives à la réalisation d'un projet, et le professionnel a la responsabilité d'en faire état (c'est l'exemple du cosmonaute). Mais au-delà des contraintes et exigences tangibles, le professionnel peut être renvoyé à certaines difficultés du fait de sa méconnaissance du champ dans lequel ce projet serait à mettre en œuvre. Dès lors, la « réponse » (sans préjuger de ce qu'elle sera) ne passe pas seulement par un questionnement des capacités de l'utilisateur mais aussi par le renforcement des ressources du professionnel en termes de réseau d'orientation, de possibilités d'apprentissage, etc. (c'est l'exemple de l'apiculteur). Un autre cas de figure s'avère plus complexe à analyser lorsqu'un usager envisage une activité dans un champ proche de celui du professionnel, à savoir le travail social ou l'aide aux personnes. Cette situation peut renvoyer à différents questionnements, notamment sur ce qui motive le choix du projet : n'est-il pas trop tôt ? N'en serait-il pas fragilisé ? Ne cherche-t-il pas une « réparation » à son histoire ? Un certain malaise apparaît aussi lorsque l'utilisateur vient poser sa propre légitimité face à celle du professionnel (c'est l'exemple de l'éducateur).

Face à l'expression d'un projet « irréaliste », il apparaît important de ne pas être dans une position d'indifférence ni de laisser croire à l'autre que tout est possible. Il s'agit ici d'insister sur la nécessité d'aller au-delà du projet *stricto sensu* et de considérer en quoi il peut être le prétexte à l'expression d'autres besoins de l'utilisateur, en lien avec sa trajectoire de vie et son désir d'insertion : se « prouver quelque chose », sortir de la figure de l'assisté social, répondre à un besoin pécuniaire immédiat... La dimension irréaliste, voire utopique, d'un projet peut donc recouvrir d'autres significations, comme celle de renforcer une inscription sociale, de donner un autre sens à sa vie, de maintenir une bonne estime de soi, ou bien d'autres enjeux, comme celui de ne pas se sentir prêt à s'engager mais tout en s'y sentant obligé.

Prendre en compte cette dimension implique pour le professionnel un positionnement qui s'inscrit dans la durée plutôt que dans la réponse immédiate au souhait exprimé. Il s'agit plus précisément d'entendre avec discernement et empathie, au-delà du projet d'insertion professionnelle *stricto sensu*, ce que recouvre cette demande et de la re-situer dans la dynamique globale engagée avec le bénéficiaire.

L'utopie peut aussi signifier une forme de refus à occuper la place attribuée par les habitudes et les codes en vigueur en matière d'insertion, comme étant l'une des seules possibles. Entendre ce qui est dit nécessite donc, là aussi, de se décentrer de son cadre habituel ; les obstacles auxquels peut se heurter le professionnel ne sont pas uniquement dus à des contraintes administratives ou institutionnelles mais aussi au poids du corpus de références professionnelles. Dans cette perspective, il semble important que le professionnel puisse tout simplement entendre la demande plutôt que de ne rappeler que l'espace des possibles. Que signifie « entendre la demande » ? Tout d'abord, offrir un espace de dialogue et signifier à l'utilisateur qu'il est entendu dans ce qu'il est et dans ce qu'il veut faire, ce qui a pu ne pas toujours être le cas, notamment lorsqu'il est identifié comme « usager de drogues » ou comme « ex-toxicomane ». La discussion sur ce projet « irréaliste » peut alors constituer un levier intéressant pour travailler sur d'autres choses que l'insertion par l'emploi, au sens strict du terme. Il est ensuite possible d'évaluer plus objectivement, avec l'utilisateur (qui peut avoir lui-même réajusté ses objectifs) la faisabilité du projet et la capacité des uns et des autres (utilisateur, professionnel et partenaires) à s'engager et à en accompagner la réalisation ; l'utilisateur en restant le principal acteur...

L'impact des politiques publiques d'insertion

Trente années de politiques publiques de lutte contre l'exclusion, requalifiées récemment en politiques de cohésion sociale, ont eu un impact important sur la nature des actions d'insertion par l'emploi proposées aux publics éloignés du monde du travail. Les mots et sigles parlent d'ailleurs d'eux-mêmes : TUC (Travaux d'Utilité Collective), contrats aidés, stages d'insertion, chantiers d'insertion... constituent autant de réponses concrètes conçues dans le cadre de ces politiques publiques et qui sont venues, progressivement, instiller dans les esprits que l'espace des possibles, en matière d'insertion par l'emploi pour ces publics, était circonscrit aux activités que recouvraient ces termes, à savoir : espaces verts, propreté des lieux publics ou toute autre activité manuelle ne nécessitant aucune qualification technique ou intellectuelle. Il ne s'agit pas ici de dénoncer une orientation de ces politiques publiques mais d'en constater une de leurs conséquences. Lorsqu'un usager exprime un souhait qui se situe en dehors de cet espace, sa demande est souvent perçue comme « irréaliste » car ne correspondant pas aux métiers ou activités professionnelles habituellement proposés dans ces actions d'insertion. Ce phénomène s'est renforcé ces dernières années avec la situation objective de crise économique qui réduit, pour tous, l'accès au travail, et qui relève, pour les plus exclus, les seuils d'accès aux dispositifs d'insertion. Dès lors, un usager de drogues qui verbalise un projet personnel dont l'horizon dépasse les espaces verts aura de grandes difficultés à être entendu...

Par conséquent, il est préférable d'accompagner des utopies plutôt que de « casser » des possibles. Accompagner un projet utopiste ou irréaliste, en vérifier la faisabilité, nécessite à la fois une grande adaptabilité du cadre institutionnel et une logique de collaboration interne et externe. Le collectif de professionnels et l'interdisciplinarité permettent en effet de garantir une plus grande objectivité partagée. C'est en ce sens que le projet irréaliste peut marquer la rupture avec les miroirs de la précarité où se retrouvent souvent les usagers. Il convient toutefois d'être vigilant à ne pas renvoyer systématiquement la décision d'accompagner ou pas le projet à quelqu'un d'autre, notamment vers le centre de soins, perçu comme seul légitime pour analyser la « viabilité » du projet professionnel.

Enfin, il reste à souligner que la faisabilité du « projet utopique » peut sous-entendre la question des limites de l'accompagnement du projet : un professionnel peut-il répondre jusqu'au point de sortir de son cadre habituel ? Se pose ici la question de la prise de risque aussi bien pour l'utilisateur lui-même (« *Que va-t-il se passer s'il se heurte à un mur ?* ») que pour le professionnel (« *Ma responsabilité est-elle en cause en cas d'échec ou de difficulté ?* »), ou pour sa propre structure (« *Ne va-t-on pas « griller » son réseau de partenaires en accompagnant un tel projet ?* »). Le professionnel peut être ainsi pris dans des tensions ou des dilemmes, entre raisonner en termes de risques ou raisonner en termes d'opportunités, quitte parfois à se préoccuper beaucoup plus du volet « risques » que de celui des « opportunités ».

À RETENIR

Entendre l'utilisateur quel que soit son projet,
sans lui laisser croire pour autant que tout est possible.
Accompagner l'utilisateur dans sa capacité à effectuer
de possibles et réussis ajustements.

Faire face aux consommations

QUESTION 3

Il n'est pas stabilisé dans son traitement, il pense déjà à travailler...

L'insertion peut constituer une ressource pour le soin au même titre que le soin peut constituer une ressource pour l'insertion. Les propos de deux usagers en traitement réunis lors d'un groupe de travail, illustrent ces deux possibilités ; quand l'un déclarait : « *Moi j'ai besoin de me soigner et de trouver un travail après. J'ai besoin d'être encadré, d'apprendre à lâcher le produit pendant une semaine, un mois, pour voir si mon corps peut résister* », l'autre affirmait : « *moi j'ai besoin de travailler. Si je travaille, ce sera plus facile* ».

- Pour certains professionnels, la stabilisation du traitement est synonyme d'abstinence, et constitue un préalable incontournable à l'accès à un emploi puis à son maintien (voir fiche *Action sur l'expérience de l'association Ligne de Vie*, p.62). Dans cette perspective, aucune consommation occasionnelle n'est tolérée. Les dimensions de remobilisation, de valorisation des compétences et de participation sociale ne sont pas ici appréhendées comme de possibles leviers favorisant la stabilisation d'un traitement. Si les réponses relevant de cette approche peuvent être adaptées aux pratiques de nombreux professionnels et à la situation d'un certain nombre d'utilisateurs, elles n'appréhendent pas les difficultés et les priorités exprimées par d'autres personnes usagères de drogues.
- Ainsi, à l'inverse, une proposition de meilleure participation sociale, notamment par l'engagement d'un projet professionnel, permet de redonner du sens à un parcours de vie et contribue à renforcer un projet de soin. C'est par cette dynamique sociale que l'utilisateur peut s'inscrire dans une autre identité que celle d'« usager de drogues », de « malade » ou de « demandeur » de soins. Plus encore, l'engagement d'une démarche d'insertion peut conduire à une entrée dans le soin. Il peut donc être pertinent de répondre à des demandes d'accès à un emploi sans attendre la stabilisation du traitement. La mise en situation de travail peut, par exemple, permettre à l'utilisateur de reconsidérer son besoin de soin ou de meilleure observance. En ce sens, une coopération renforcée entre centres de soin et structures d'insertion par l'activité économique est un atout.

Des expériences provenant d'autres champs que les addictions illustrent et renforcent ce propos. C'est particulièrement le cas dans la prise en charge du VIH, où les intervenants (professionnels de santé et associations de lutte contre le sida) et les chercheurs (comme dans le cas de l'enquête VESPA, soutenue par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales) soulignent qu'une distance avec l'emploi est plus fréquemment rencontrée chez les personnes malades ; il est d'ailleurs fait l'hypothèse que la situation économique et sociale de ces patients constitue un des facteurs d'observance des traitements antirétroviraux. Ce constat conduit certains intervenants dans la lutte contre le sida à intégrer la dimension insertion par l'emploi dans le projet de soin (voir encadré, p. 24).

Observance des traitements chez les patients vivant avec le VIH

Un réseau ville-hôpital de la région Centre a mis en place un programme expérimental d'accompagnement vers l'emploi. Ce programme a pour objectif de favoriser l'insertion et d'améliorer l'estime de soi. Le travail engagé permet une évaluation globale de la situation personnelle, l'identification des compétences, la recherche d'un métier, avec des temps de travail individuel et collectif. L'équipe est composée d'une chargée d'intégration professionnelle, de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues, travaillant en lien avec des associations locales, Pôle emploi et Cap Emploi, pour un public en traitement VIH/VHC. Le projet est né du constat suivant : les patients en traitement, cumulant un certain nombre de difficultés, notamment l'absence d'un travail, avaient une moins bonne observance dans leur traitement que les autres patients ayant une activité professionnelle. L'expérience a montré que les patients engagés dans un projet d'insertion et accompagnés sur une durée de 6 mois avaient, dans le temps, une meilleure observance et inscription dans le soin.

Au croisement des deux approches professionnelles mentionnées précédemment, qui, répétons-le, correspondent à des demandes différentes chez les usagers, est posée la question de la stabilisation. Inciter les professionnels à attendre ou ne pas attendre la « stabilisation en traitement » pour enclencher un projet d'insertion nécessite de clarifier cette notion. Tout d'abord, il n'existe pas de critères précis pour définir de façon univoque la stabilisation (que ce soit en termes de durée de non consommation de substances illicites, de posologie de traitement de substitution, de durée de psychothérapie, etc.). La stabilisation devrait être appréhendée davantage comme un processus dynamique et moins comme un état ou une situation, processus qui s'inscrit dans une modalité et un temps spécifiques à chaque individu, en lien à son parcours personnel (ancienneté de la consommation, contexte de vie, état de santé, etc.).

En matière d'addiction, l'engagement dans un processus de soin n'est donc pas linéaire : comme pour toute affection chronique ou de longue durée, il peut fluctuer en fonction des situations et des événements rencontrés. Il existe donc un éventail de positionnements sur une échelle de la stabilisation. Poser l'abstinence, c'est-à-dire une des extrémités de cette échelle, comme un préalable, conduirait à écarter une grande partie des publics d'un parcours d'insertion, au risque de les éloigner également du soin. Or, comme le souligne Massimo Barra, président de la Fondation Villa Maraini, « il est tout aussi important de s'occuper de ceux qui croient qu'ils ne pourront pas vivre sans drogues ; il s'agit de leur donner une raison d'arrêter ». Seule la qualité du dialogue engagé entre l'utilisateur et le professionnel peut permettre d'appréhender le positionnement de chacun sur cette échelle. Marc-Henry Soulet, professeur de sociologie, titulaire de la chaire « travail social et politiques sociales » à l'université de Fribourg, propose d'intégrer, dans certaines stratégies d'accompagnement, la possibilité de prendre plus en compte la gestion des consommations (voir encadré, p. 25).

La gestion des consommations

La réalité à laquelle sont le plus souvent confrontés les acteurs du soin et de l'insertion est plus complexe que la stricte alternative « soin préalable à l'insertion » versus « insertion levier ou porte d'entrée dans le soin ». Car, en raison même de la définition à géométrie variable de la stabilisation, la question des consommations parallèles à un traitement ne peut pas être ignorée.

« Une partie non négligeable, mais difficilement chiffrable, des personnes traitées à la méthadone continue à consommer régulièrement des produits tels que l'héroïne, la cocaïne, les benzodiazépines et l'alcool. Ces poursuites de consommation ne mettent cependant pas en question la satisfaction quasi-unanime à l'égard de ces traitements de substitution : meilleure santé, diminution des délits, inscription dans un cadre structurant... D'une certaine façon, malgré une forte tentation d'y voir des formes de rechute, force est de constater que ces pratiques ne semblent pas nécessairement problématiques, ni socialement, ni individuellement, et qu'elles semblent régulées par les consommateurs eux-mêmes ». Au-delà des traitements de substitution, « la gestion de la consommation n'est pas synonyme d'immobilisme. Le soutien repose ici sur une politique des petits pas et des cheminement graduels [...]. Il ne s'applique pas sur une logique de l'escalier qui scande des périodes prédéfinies à gravir, mais sur celles de transitions discrètes et singulières qu'il s'agit justement de reconnaître et de soutenir ».

Reconnaitre le concept de gestion de la consommation, c'est ainsi raisonner en termes de dynamique et non en termes de résultats ou d'échecs et de mettre à disposition des ressources et des réponses visant à consolider une meilleure régulation des consommations, tendant à une diminution voire à l'abstinence.

À RETENIR

L'engagement d'un projet d'insertion peut consolider un parcours de soin.

Les étapes ou les préalables au projet d'insertion doivent être évalués au cas par cas.

QUESTION 4

L'échéance du travail le fragilise...

Nous avons vu comment la mise en situation d'emploi ou un projet d'insertion pouvaient favoriser une meilleure inscription et une stabilisation dans le traitement ainsi que l'émergence d'une demande de soins (voir question n° 3). Toutefois, un projet d'insertion peut, à l'inverse être source d'inquiétude et d'angoisse pour l'usager face à ce qui constitue un véritable défi personnel et de nouvelles contraintes, ou à la peur de ne pas y arriver. Dans une telle situation, le bénéficiaire risque d'avoir recours, de manière ponctuelle, à une consommation pour atténuer ces tensions.

Avant toute réponse systématique, il convient de s'interroger sur le sens et la place de telles consommations au début ou pendant le parcours d'insertion. En effet, les épisodes de consommation peuvent être dus à des événements ou à des situations liés à ce parcours. Ainsi des problèmes peuvent survenir au cours de la période d'insertion, que ce soit en situation d'emploi ou de préparation à l'emploi : des retards répétés, des absences, des difficultés à gérer les relations sociales avec les collègues, la hiérarchie, le formateur, etc. Ces difficultés peuvent être des « indices » laissant supposer une consommation. De plus, accéder à un emploi passe par des étapes souvent incontournables : la rédaction d'une lettre de motivation et d'un CV, l'entretien d'embauche, les premiers moments dans le poste, etc. Ces moments constituent une situation nouvelle particulièrement anxiogène et sont susceptibles, pour des personnes éloignées de l'emploi, de générer une angoisse que la consommation de produits psychoactifs pourra apaiser ou aider à surmonter. Soulignons toutefois que la prise de substances psychoactives dans des situations de travail n'est pas spécifique aux usagers de drogues : de nombreux salariés se font prescrire des médicaments psychotropes pour les aider à supporter des tensions, de la pression et de la frustration au travail. Edouard Zarifian⁸ et Alain Ehrenberg⁹, ont bien décrit ce phénomène.

Appréhender et reconnaître ces situations de vulnérabilité, en amont de l'emploi ou en situation de travail, permettent aux professionnels d'objectiver la place et le sens des consommations, qui doivent être avant tout considérées comme des opportunités de discussion et ne pas conduire uniquement à des sanctions.

En outre, dans une dynamique positive, où le professionnel constate que la personne commence à aller mieux, que quelque chose de nouveau s'enclenche, l'emploi et le maintien dans l'emploi peuvent être analysés et pris en compte comme des leviers d'intervention sur ces possibles consommations. Il est en cela essentiel d'installer les conditions favorables à un dialogue entre l'usager et le professionnel de manière à différencier, sans cloisonner, les enjeux et la situation globale.

⁸ Edouard Zarifian, Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Étude du CREDES, ministère de la Santé, Paris, 1996.

⁹ Alain Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

En l'occurrence, lorsqu'un épisode de consommation survient en situation d'activité professionnelle, (que ce soit dans le cadre d'une structure d'insertion par l'activité économique, d'une évaluation en milieu de travail ou bien d'un contrat salarié chez un employeur), il s'agit de considérer le cadre et les conditions de l'activité professionnelle : contraintes liées aux postes de travail (dont la manipulation d'engins ou d'outils dangereux), relation avec l'équipe, horaires, etc. Un aménagement de l'une ou l'autre de ces dimensions peut contribuer à mieux gérer cette situation de consommation.

L'aménagement d'horaires, l'ajustement du poste de travail, ainsi que l'intervention d'un tiers peuvent alors s'avérer nécessaires pour faire baisser les tensions et permettre le maintien dans l'emploi. Lors de la consultation médicale, le médecin peut aussi réévaluer la posologie du médicament de substitution et repérer d'éventuelles comorbidités somatiques ou psychiatriques en lien à un épisode de re-consommation. Dans un souci de protection, un arrêt-maladie peut s'avérer nécessaire.

Au-delà de la stricte application des dispositions légales et réglementaires, la consommation de drogues en milieu de travail doit faire l'objet d'une concertation à la fois entre les professionnels du soin et de l'insertion, et les employeurs, afin d'apporter des réponses au plus près des besoins et de soutenir les employeurs qui peuvent se sentir démunis.

Dans le cadre de cette concertation, les acteurs du soin et de l'insertion devraient pouvoir solliciter les services de santé au travail, dont les missions et l'organisation ont été récemment précisées. La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 offre en effet, sur cette question, un appui certain : elle prévoit, sous la responsabilité du médecin du travail, le renforcement du caractère pluridisciplinaire des services de santé au travail. Dès lors, le cadre légal de la médecine du travail non seulement autorise, mais incite à ce que les professionnels du soin puissent être sollicités dans le cadre de leur mission générale de veille sur la santé des salariés et d'intervention sur la sécurité et les conditions de travail. Cette incitation est d'autant plus forte que la mission des services de santé en entreprise (« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », article L. 4622-2 du Code du travail) inclut la prévention de la consommation de drogues et d'alcool sur les lieux de travail.

À RETENIR

**La réussite d'un parcours d'insertion peut paradoxalement conduire à un épisode de consommation.
Des aménagements sont possibles sans attendre des situations problématiques afin de ne pas mettre en échec le projet.**

Partager des informations

QUESTION 5

Je suis tenu au secret professionnel.
Un travailleur social me demande des informations
sur un bénéficiaire...

Les professionnels du soin sont parfois confrontés à des demandes concernant leurs patients et face auxquelles ils éprouvent gêne ou difficulté à répondre ; ils sont plus embarrassés encore lorsque la demande d'un interlocuteur non connu du service attend une réponse immédiate. Comment faire face à une question pressentie comme pouvant être intrusive ? Un premier conseil serait de ne pas répondre d'emblée car :

- On ne peut savoir comment cette information sera utilisée par le travailleur social.
- Le bénéficiaire aurait pu choisir de ne pas répondre, ce qui pourrait mettre en péril la relation de confiance établie avec le centre de soins.
- La réponse pourrait mettre en échec ou être jugée comme incompatible avec le projet engagé par l'usager auprès de ce travailleur social.

Une fois cette précaution prise, il convient d'analyser l'interrogation elle-même. Si elle relève d'une simple curiosité, aucune information ne doit être délivrée sur le patient. Si, en revanche, l'interrogation est légitime (compte tenu des décisions à prendre dans l'intérêt du patient) et « recevable », les dimensions suivantes peuvent être successivement explorées :

- **Entendre** le professionnel dans son inquiétude : est-elle liée à un événement particulier, à un changement de comportements, etc. ?
- **Proposer** en premier lieu d'en référer à l'équipe et d'en discuter avec l'usager concerné. Si celui-ci en est d'accord, organiser un second entretien téléphonique ou une rencontre.
- **Répondre** alors à la question initiale posée par le travailleur social, pour contribuer à faciliter le projet d'insertion du bénéficiaire.
- **Organiser** une réunion avec les parties en présence, inviter le travailleur social ou l'équipe du centre d'insertion à visiter du centre de soins pour mieux appréhender le partage des rôles, et favoriser ainsi de futures collaborations.

Afin de ne pas être confronté de façon récurrente à ce type de situation, il peut être intéressant de réfléchir à une formalisation des modes de collaboration permettant d'échanger en toute confiance des informations ?

Enfin, il convient de garder à l'esprit que tout échange d'information entre professionnels n'est légitime que si les informations partagées permettent à l'autre professionnel de mieux comprendre la situation de la personne et ainsi d'avoir un effet sur son intervention. De même, un professionnel n'a pas à demander des informations dont il ne fera rien pour adapter son action.

Une information sur les consommations doit donc pouvoir être partagée entre les professionnels de l'addiction et ceux de l'insertion, sans pour autant réduire la communication autour du projet d'insertion à ce seul paramètre, et sous réserve qu'un cadre soit préalablement défini et accepté par tous. Pour cela, le partage d'informations nécessite l'existence d'un lien de confiance entre les professionnels. La confiance ne se décrétant pas, se construisant au fil du temps, il est nécessaire pour les professionnels de créer des « espaces protégés de collaboration », ayant pour objectifs de :

- **Offrir un cadre confidentiel de communication sur les suivis communs.** Ce cadre permet d'avoir un regard et une analyse de la situation plus à distance et aide à décloisonner les approches propres à chaque champ, afin d'ajuster les réponses et de repositionner les propositions d'accompagnement de manière collective et complémentaire.
- **Construire un langage commun et une culture partagée.** Cela permet à chacun de comprendre et de maîtriser les pratiques professionnelles et le vocabulaire de chacun des champs professionnels, clé indispensable à la construction d'une collaboration.

Ces espaces peuvent prendre une multiplicité de formes. Du plus informel au plus formalisé, ils répondent à un objectif d'actions nouvelles renforçant à la fois les pratiques et les réseaux de collaboration. Tout en différenciant les rôles et fonctions des acteurs, ils facilitent la diffusion des connaissances sur les usages de drogues et font évoluer les représentations professionnelles dans un souci de culture partagée. À travers ces processus de rapprochement, les professionnels trouvent en ce sens des modalités de réponses ajustées aux réalités de terrain, tant du côté du soin que de l'insertion. Ces espaces partagés de collaboration permettent ainsi :

- aux acteurs de l'insertion de mieux appréhender les difficultés rencontrées avec les usagers de drogues,
- aux acteurs du soin d'envisager plus aisément des perspectives en termes d'emploi, face aux besoins de leurs publics,
- et de mettre en cohérence les logiques de réseaux entre des champs professionnels différents.

Deux illustrations

L'objet des partenariats engagés entre le CSAPA Drogues et Société et différentes entreprises d'insertion ne concerne pas uniquement le partage d'informations liées à d'éventuelles consommations parmi les publics recrutés sur des postes de travail, mais bien davantage l'échange d'observations quant à l'ensemble des évolutions constatées en termes d'acquisition de compétences sociales et professionnelles, de renforcement du projet thérapeutique, de stabilisation des comportements et de résolution de difficultés sociales. L'étayage global ainsi mis en place dans le cadre de collaborations étroites permet bien souvent de prévenir les comportements à risques ou l'aggravation de difficultés passagères (voir fiche action p. 56).

L'Interface Prévention Santé Insertion (IPSI), mise en place dans le Var, à l'initiative de La Mutualité Française et du conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur propose différentes actions en direction de professionnels de l'insertion. Vingt-cinq structures (missions

Locales et organismes de formation) se sont constituées en réseau, désignant un référent santé dans chacune de leurs équipes. Le profil professionnel de ces référents est, pour la plupart d'entre eux, celui d'éducateur, de formateur ou d'accompagnateur socioprofessionnel. Un plan de formation est proposé à ces référents, dont les contenus concernent à la fois le système de santé et le concept de santé. Au-delà de ces temps de formation, des réunions de réseau sont organisées autour d'échanges sur les pratiques et de mutualisation des ressources et réponses existantes. Des professionnels de santé sont invités, lors d'autres temps de rencontre, à présenter leurs structures, leurs pratiques. Ces rencontres s'avèrent également riches pour les professionnels de santé et permettent une meilleure compréhension mutuelle (voir fiche action p. 50).

Mais l'existence d'un espace protégé de collaboration n'est pas suffisante pour aborder au mieux la question de l'insertion par l'emploi des usagers de drogues. Les missions des CSAPA intègrent l'insertion et la réinsertion sans plus de précisions quant à l'insertion par l'emploi. Ainsi, il n'existe pas de profil clair pour les professionnels en charge de ce type d'activités, que ce soit en termes de formation initiale, de statut professionnel, de description de poste ou encore de compétences attendues. Des centres de soins ont cependant fait le choix de redéployer une partie de leurs moyens afin de disposer d'un professionnel chargé d'insertion professionnelle, d'un « accompagnateur socioprofessionnel » ou d'un travailleur social (éducateur, assistant de service social) référent de l'action d'insertion, faisant le lien avec les entreprises et avec le secteur de l'insertion socioprofessionnelle.

À RETENIR

La communication autour du projet d'insertion ne doit pas se réduire au seul paramètre d'éventuelles consommations.
Un espace confidentiel de collaboration entre professionnels du soin et de l'insertion doit être construit.

QUESTION 6

Je suis tenu au secret professionnel.
L'entreprise me demande des informations sur un usager...

Autre cas de figure où la question de l'information se pose : lorsqu'un professionnel investi dans un projet d'insertion (qu'il travaille dans un centre de soins ou dans une structure d'insertion) est confronté à une demande de l'employeur ; ou bien lorsqu'un bénéficiaire d'un projet d'insertion en situation d'emploi témoigne de difficultés vécues sur son lieu de travail. ASUD Journal a ainsi publié, durant l'été 2008 (n° 37, page 22), le témoignage d'une femme qui avait obtenu un emploi après 8 années sans travail : un de ses collègues fait des recherches sur Internet après avoir trouvé sur le sol un comprimé de Subutex qu'elle avait perdu ; comprenant qu'il s'agit d'un traitement pour les usagers de drogues, il fait le lien avec elle et informe les autres collègues : « *J'avais peur des réactions, de me faire virer [...]. Le lendemain, j'y suis allée à reculons, mais j'y suis allée en me disant qu'après tout mon nom n'était pas inscrit dessus. J'ai été convoquée sur le champ par le chef qui m'a demandé si le médicament était à moi. J'avais deux solutions : mentir ou dire la vérité. J'ai opté pour la deuxième et depuis, ma vie est devenue un enfer.* »

Partage d'information et secret professionnel

De prime abord, le secret professionnel apparaît comme assez simple à définir : il s'agit de l'obligation légale, liée à l'exercice de certaines professions ou de certaines fonctions, de ne pas divulguer à autrui des informations d'ordre privé sur une personne, sauf situation dûment prévue par la loi ; le médecin est soumis au secret médical. Mais en dehors de ces situations professionnelles très clairement définies, le périmètre que recouvre la notion de secret professionnel est difficile à définir. La tentative d'introduire la notion de « secret partagé », pour tenter de suppléer à cette faiblesse, a finalement été rejetée par le législateur lors de la refonte du Code pénal en 1992. C'est pourquoi, plus que la stricte approche légale, c'est celle en termes de pratiques qui nous intéresse dans ce propos sur l'insertion.

Transmettre des informations sur certains aspects de la vie privée d'une personne à un partenaire qui intervient parallèlement sur d'autres aspects de la vie de cette même personne requiert de clarifier les critères et les modalités de choix des informations transmises. En effet, entre tout dire et ne rien dire du tout, entre le mythe de la « toute transparence » et le « culte du secret », se pose à chacun le souci de ne jamais trahir la confiance de la personne suivie, sans pour autant cloisonner l'accompagnement ; le risque étant qu'une telle « étanchéité » entre les pratiques entrave son parcours de soin ou d'insertion. Être dépositaire (et non propriétaire) d'informations d'ordre privé rappelle, donc que le professionnel doit modérer ses communications selon un critère d'utilité défini au bénéfice de l'usager, et toujours avec son accord.

Comme pour la question précédente, il n'existe pas là non plus de réponse unique. Les pratiques à l'œuvre se déclinent sur un large éventail oscillant entre deux pôles : soit le professionnel « joue cartes sur table » et aborde directement la question des consommations ; soit il l'occulte pour éviter l'étiquette de « toxicomane ». Le positionnement sur cet

Au-delà de l'aveu et du soupçon

Le soignant peut aider l'usager à mieux assumer ce qu'il a été ou ce qu'il a fait, dans la perspective d'anticiper une situation où la question de son passé se poserait, mais également de « mieux vivre avec » sa propre histoire. Il n'est point besoin de multiplier les exemples pour comprendre que le poids d'une remarque faite par un employeur est différent selon que ce dernier déclare « on m'a dit que tu étais diabétique » ou « on m'a dit que tu étais toxico... ». Livrer des éléments de son parcours de vie, c'est parfois courir le risque d'éveiller certaines représentations stigmatisantes et d'enfermer la personne dans un statut de malade, de victime ou de coupable. Ce risque est particulièrement prégnant dans le contexte social pesant sur les drogues.

L'aveu. Il ne devrait donc pas exister d'incitation à tout dire, à tout révéler, à tout « avouer ». À contre-pied de cette attitude, assumer un parcours difficile, c'est aussi « donner à voir » le travail fait sur soi, la distance prise avec une histoire passée ou sur le point de l'être ; alors que l'« aveu » renvoie à la culpabilité et au repentir, fragilisant ainsi les capacités de transformation personnelle.

Le soupçon. « Son comportement a changé », « Il n'a pas payé son loyer », « L'employeur m'a dit que... ». Ces propos traduisent souvent une attitude de soupçon quant à une fragilité liée à des consommations. Tout comme il ne s'agit pas de recourir à l'« aveu », les professionnels ne doivent pas non plus s'engager d'emblée dans la recherche de « preuves » et d'« indices ».

Une première recommandation pourrait être d'éviter l'utilisation d'un vocabulaire de type « policier », afin de sortir de ce « cercle vicieux » où professionnels et usagers jouent au chat et à la souris. La seconde serait de mettre à distance, sans pour autant l'évacuer, une information considérée comme primordiale : le bénéficiaire de l'action d'insertion a eu une histoire personnelle avec les drogues. Le « soupçon », chez le professionnel et l'« aveu » attendu de l'usager constituent les deux dimensions d'une même attitude, qui consiste à focaliser le projet d'accompagnement au regard de la consommation de produit. Cette attitude restreint la vision des professionnels et la capacité des bénéficiaires à se projeter. C'est une des principales approches dont il convient de se décentrer, d'autant que l'usager est déjà souvent confronté dans ses relations personnelles (sa famille et son environnement proche) à la double contrainte de l'aveu et du soupçon. Il ne s'agit pas de nier les consommations éventuelles, mais bien de les resituer à leur juste place dans le cadre d'un projet d'insertion.

Par ailleurs, une attitude uniquement fondée sur cette logique de « soupçon » peut aussi s'avérer contre-productive dans un souci de prise en charge médicale : en l'absence d'« indices », le professionnel ne verra pas – et donc ne pourra pas prendre en compte – des situations où la consommation est bien présente.

éventail dépend beaucoup du professionnel lui-même ou de l'inscription de sa structure dans le bassin d'emploi local. Ainsi, certains professionnels chargés d'insertion sont issus du monde de l'entreprise privée ; leur bonne connaissance des codes de l'entreprise et leur inscription dans les réseaux locaux leur permettent d'affronter plus concrètement les difficultés rencontrées par l'employeur (usage de drogues, effets secondaires d'un traitement ou tout autre problème en lien avec un parcours dans les drogues). Dans la même logique, des employeurs formuleront plus aisément des demandes auprès d'un pôle d'insertion identifié dans le bassin local d'emploi comme une structure accueillant des personnes toxicodépendantes.

Il est essentiel de rassurer l'usager sur le fait qu'aucune information ne pourra être transmise ou partagée avec des employeurs sans son consentement. En outre, répondre à une demande d'information ne relève pas uniquement de considérations techniques (le contenu de la réponse) mais bien aussi d'un certain nombre de préalables éthiques face auxquels il s'agit d'être vigilant (voir encarts « le secret professionnel » et « l'aveu et le soupçon »).

À l'instar de la dynamique à l'œuvre pour la construction d'espaces protégés de collaboration entre professionnels du soin et de l'insertion, un climat de confiance ne se décrète pas mais se tisse au fil du temps et des expériences. C'est pourquoi il est pertinent, pour une structure de soin, de programmer des temps d'information et de sensibilisation en direction des employeurs locaux, voire des donneurs d'ordre lorsqu'il s'agit de chantiers d'insertion (collectivités locales, établissements publics, etc.). Il s'agit toutefois de ne pas réduire ces temps aux seules interventions des professionnels du soin, à partir du seul angle clinique, le risque étant de renforcer le recours systématique aux seuls « spécialistes ».

Enfin, dans sa relation avec l'employeur, le bénéficiaire d'un dispositif de soin ou d'insertion devient l'acteur de son propre projet professionnel. De ce point de vue, et en prolongement de certaines des réflexions abordées lors de la question 4, il serait intéressant de préparer les usagers à faire face à des situations inattendues, en utilisant par exemple les techniques de mises en situation ou de jeux de rôle. Comme le montre l'illustration précédente, un employeur ou des collègues peuvent être amenés à avoir connaissance d'une information concernant le bénéficiaire et « révélant » ou « signant » une trajectoire personnelle dans la consommation de drogues. Quand elles se présentent, ces situations sont évidemment très difficiles et déstabilisantes : Que dire ? À qui le dire ? Comment en parler ? etc.

À RETENIR

Les informations partagées doivent apporter un bénéfice pour les usagers.
Préparer les usagers à faire face à des situations inattendues.

Recourir à un tiers

Pour chacune des trois thématiques abordées dans ce guide (repérer les savoir-faire et les compétences des usagers de drogues, faire face aux consommations, partager des informations), les recommandations formulées invitent à bousculer certaines habitudes professionnelles forgées par la formation et l'expérience. La perspective de l'insertion par l'emploi des usagers de drogues reste en effet assez peu explorée aujourd'hui et n'est pas encore explicitement inscrite dans les missions des CSAPA. Pour cette raison, son impact sur la qualité de vie, l'état de santé et la participation sociale des usagers n'est pas assez valorisé. Il serait donc vain de proposer conseils et pistes d'action sans se préoccuper de leur traduction opérationnelle dans les centres de prise en charge des addictions et dans les dispositifs d'insertion.

Tous les modes d'intervention évoqués ci-après sont fondés sur l'apport de ressources humaines ou matérielles qui peuvent apparaître, au premier abord, à la marge, ou extérieures au cœur de métier et aux habitudes des centres de soins et/ou des dispositifs d'insertion. C'est cette dimension d'extériorité qui peut être qualifiée de « tiers ». Elle apporte un éclairage à la lumière duquel les équipes peuvent reconsidérer leurs pratiques, ce qui a été qualifié de décentrement (voir *Quelques clés de compréhension*, p. 13). Ce tiers est entendu comme un vecteur d'apport d'expériences et de nouvelles pratiques, permettant de revisiter les savoirs existants, et aidant à mieux décoder à la fois les besoins des usagers et les difficultés auxquelles peuvent se heurter les professionnels.

Outre sa position d'extériorité à l'équipe et à l'institution, l'intervention d'un tiers implique que différentes conditions soient prises en compte. La direction du centre qui sollicite le tiers doit informer clairement l'équipe, puis les usagers, de la nature et des objectifs de l'intervention, à des fins d'ajustement et d'adhésion. C'est la condition *sine qua non* pour que puisse s'établir une relation de confiance levant les craintes potentiellement générées par une intervention perçue comme pouvant remettre en cause la légitimité des professionnels.

Intégrer un tiers dans ces actions d'insertion par l'emploi des usagers de drogues présente un intérêt supplémentaire non négligeable : cela ne nécessite pas une réorganisation profonde des services ou des ressources humaines, qui auraient des implications administratives et financières conséquentes sur les structures.

Des passerelles entre les champs de l'addiction et de l'insertion

« Faut-il créer des services spécifiques d'insertion par l'emploi dans le dispositif spécialisé en addiction ou bien développer des programmes ciblant spécifiquement les usagers de drogues dans les dispositifs d'insertion ? ». Que la réponse à cette question penche d'un côté ou de l'autre, elle aura des conséquences importantes pour les structures en termes de réorganisation, de recherche de financements ou d'obtention d'agrèments. Il existe une alternative : créer des portes d'entrée ou des passerelles entre les services et les métiers, par la mise à disposition de personnels. Il est en effet souhaitable de favoriser les partenariats souples plutôt que de penser des dispositifs lourds, dans une approche de type « coût-efficacité » plus adaptée au cadre contraint des ressources publiques.

Plusieurs CSAPA ont ainsi noué un partenariat avec des associations d'insertion sur ce principe de mise à disposition, au travers de permanences de chargés d'insertion. Ces permanences, généralement hebdomadaires, amènent à repérer des changements dans les comportements des usagers que les équipes soignantes, centrées sur leur projet de soin, ne percevaient pas toujours. En ce sens, ces mises à disposition offrent ainsi aux équipes une aide concrète pour se décentrer de leurs pratiques habituelles.

L'apport d'autres champs

Des intervenants extérieurs au secteur médico-social et à celui de l'insertion peuvent également offrir aux professionnels et aux usagers l'opportunité d'un autre regard. Par exemple, des artistes utilisant leurs propres supports et techniques d'expression peuvent proposer des espaces de travail alternatifs. Ces espaces permettent à chacun de repenser les modes de la relation soignant/soigné ou celle de prestataire/bénéficiaire ; ils aident usagers et professionnels à travailler sur leurs représentations réciproques ; enfin, ils favorisent pour les usagers l'expression et la valorisation d'aptitudes et de compétences susceptibles de renforcer leur projet d'insertion.

Le propos d'un photographe travaillant en collaboration avec des CSAPA et des CAARUD exprime clairement le sens et l'intérêt de cette démarche : « *L'image donne à voir des personnes toxicomanes sous un jour inhabituel, celui de la normalité, allant parfois jusqu'à la banalité... à partir de laquelle l'expression individuelle [...] pourrait être réhabilitée aux yeux du public pour susciter une émotion autre que la peur ou le jugement. [...] Il ne s'agit pas de banaliser une pratique aux risques multiples mais plutôt d'introduire une nouvelle donnée : la citoyenneté de l'usager de drogues* »¹⁰. Dans une perspective similaire, un metteur en scène anime régulièrement des ateliers théâtre associant professionnels et usagers autour d'improvisations sur la thématique « usage de drogues et emploi »¹¹.

L'approche collective

Dans un environnement institutionnel où le vocabulaire, traduisant la relation soignant/soigné ou celle de prestataire/bénéficiaire, utilise les expressions de « face-à-face » ou de « colloque singulier », l'approche collective éveille réticences et résistances. Et pourtant, plus particulièrement dans un centre de soins, il existe des espaces collectifs, souvent fortement investis : la salle d'attente, la machine à café... Pour les professionnels,, ces lieux peuvent sembler à risque, notamment de consommation et de petits trafics ; il est donc légitime de chercher à contrôler ce qui s'y passe et de rappeler le règlement intérieur. Et pourtant, ils offrent une parenthèse dans la relation institutionnelle où les usagers peuvent échanger librement sur leurs attentes, leurs difficultés, les réponses qu'ils attendent du centre, et ce parfois sur un mode très critique. C'est en quelque sorte un espace intermédiaire qui autorise une parole qu'ils ne livreraient sans doute pas autrement.

¹⁰ Maxime Couturier, projet « humain d'abord, (se) photographe pour donner de l'importance », www.humaindabord-media.com

¹¹ Amélie Armao, Théâtre de l'Imprévu, www.theatredelimprevu.com

Il s'agit donc, pour les professionnels, de s'y intéresser en considérant également ce qui est à l'œuvre en termes de ressources tant pour la reconstruction de liens sociaux que pour l'insertion. Prendre en compte, appréhender et faire vivre cette dimension collective, qui existe de fait, constitue déjà une première étape. Dans un second temps, si l'environnement institutionnel s'y prête, il peut être intéressant d'aller vers une formalisation de groupes associant les usagers dans une logique d'entraide et d'auto-support. C'est ainsi que les usagers peuvent devenir non seulement acteurs de leur projet mais également participer à la construction de réponses en direction de leurs pairs.

L'analyse des pratiques

Les professionnels peuvent être confrontés à de fortes inquiétudes dans la relation en face-à-face quant aux situations vécues par les usagers. Ces inquiétudes peuvent conduire à des attitudes se traduisant par de « bons sentiments », voire un sur-investissement affectif ou bien encore un sentiment d'impuissance ou la peur de l'échec. L'intervention d'une personne extérieure à l'équipe (psychologue, psychanalyste, psychosociologue) contribue, communément dans le champ médicosocial, à animer des espaces d'échange réunissant les professionnels autour de cas pratiques. Ces espaces permettent de relire, de réajuster voire de repenser les modalités de prise en charge. C'est ce qu'on appelle l'analyse des pratiques, qui peut, selon le profil de l'intervenant, s'inscrire dans une approche plus ou moins clinique ; dans ce dernier cas, on parle alors de supervision.

Analyse de pratique et supervision peuvent apporter un éclairage clinique sur ce qui est en jeu dans la relation de face-à-face, l'intervention n'ayant alors pas vocation à conduire les professionnels à faire un travail thérapeutique, mais plutôt à leur donner des points de repères. Cela permet de travailler la distance et de réduire les risques d'instrumentalisation, tant du côté du professionnel que de l'utilisateur, ou bien d'éviter une trop forte implication affective. Au-delà, l'analyse de pratiques permet de renforcer la pratique professionnelle et la cohésion de l'équipe, préoccupation particulièrement importante lorsque l'accompagnement concerne des publics toxicodépendants extrêmement éloignés de l'emploi. Cette approche mériterait d'être davantage développée dans le champ de l'insertion, où elle est beaucoup moins fréquente que dans le champ médicosocial.

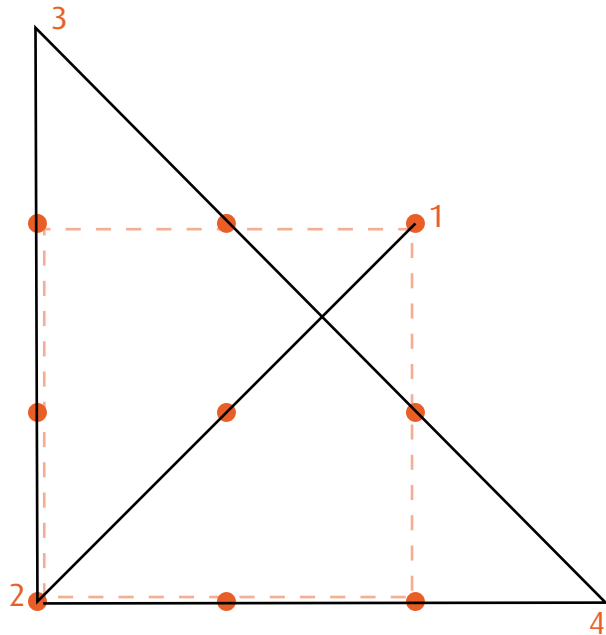
La formation

Parce que l'insertion par l'emploi de personnes usagères de drogues reste un territoire largement inexploré, la formation des équipes constitue certainement une intervention majeure pour favoriser ces actions. Cette intervention est d'autant plus importante que les logiques à l'œuvre dans le champ de l'action médico-sociale et de l'insertion tendent naturellement au cloisonnement et à la spécialisation, tendance qui rend plus difficile la collaboration entre les professionnels issus de deux champs différents. Pourtant, identifier des compétences en dehors des catégories habituelles qu'encadrent les diplômes et l'expérience professionnelle, faire face à un épisode de consommation de drogues chez un bénéficiaire d'un projet d'insertion, répondre à une demande pressante d'un employeur sont autant de situations qui nécessitent un apport autre que les seuls savoirs et pratiques existant dans chaque spécialité (addiction, insertion).

La formation doit aider à réduire les cloisonnements et à questionner la hiérarchie présupposée des savoirs. Cette préoccupation est particulièrement importante au regard d'une propension à considérer que toute question liée aux drogues relèverait automatiquement de la compétence d'un spécialiste des addictions. La formation présente un autre intérêt, fondamental : elle ouvre à une perspective de mise en réseau afin de promouvoir la cohérence et la complémentarité des ressources sur un territoire (y compris avec les employeurs).

Solution de l'exercice

Pour réussir à relier les neuf points avec quatre lignes droites, il faut sortir de l'espace carré formé par les points, là est l'astuce : ne pas se sentir auto-bloqué par le cadre ! Rappelons que la consigne ne précisait pas qu'il fallait rester dans cet espace...



En introduction de son livre *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paul Watzlavick¹², chef de file de l'École de Palo Alto¹³, a invité ses lecteurs à effectuer cet exercice.

¹² « Changements : paradoxes et psychothérapie », 1974, Norton, trad. Seuil, 1975.

¹³ L'École de Palo Alto est un courant de pensée et de recherche ayant pris le nom de la ville de Palo Alto en Californie, à partir du début des années cinquante. On le cite en psychologie et en psychologie sociale ainsi qu'en sciences de l'information et de la communication. Ce courant est notamment à l'origine de la thérapie familiale et de la thérapie brève.

Pistes pour l'action

Ressources et nouveaux besoins d'évaluation

Les recommandations proposées tout au long de ce document ont pour objectif de susciter l'engagement des professionnels du soin et de l'insertion dans des actions d'insertion par l'emploi de publics usagers de drogues. Toutefois, ces recommandations ne sont pas suffisantes pour permettre, à elles seules, la mise en œuvre *effective* de telles actions : il convient aussi de se préoccuper à la fois des ressources humaines et financières ainsi que des critères d'évaluation sur lesquels s'appuyer. Ces ressources et critères sont d'autant plus importants que les actions d'insertion par l'emploi ne font pas partie, aujourd'hui, des services proposés par les établissements médicosociaux. En effet, leurs financements de fonctionnement relèvent essentiellement de l'Assurance maladie et sont conditionnés à des indicateurs d'activités, répondant à une logique d'objectifs ; cette logique rend difficile la qualification des actions d'insertion des CSAPA et des CAARUD, et donc leur financement.

Critères d'évaluation

Les pratiques mises en œuvre dans les actions d'insertion par l'emploi doivent être valorisées dans les bilans d'activité des structures et des services. Il convient de réfléchir à la construction de cadres de référence à partir desquels des actions d'accompagnement et de mise en réseaux seront analysées et reconnues. Afin que ces « actes » ne restent pas invisibles, entraînant alors une perte en termes de capitalisation et un surcoût financier, les nomenclatures doivent être revues et adaptées de la manière la plus fine possible, ce qui permettra d'en garantir le financement.

Au regard de ces nouvelles orientations professionnelles, il importe donc de définir de nouveaux critères d'évaluation en termes de sortie positive des dispositifs d'insertion et de soins (qualité de vie, régulation des comportements, meilleure observance des traitements, socialisation, etc.).

Donner à voir l'évolution des pratiques et les transformations organisationnelles constitue donc un enjeu majeur dans la mise en œuvre effective des politiques publiques qui concernent à la fois le soin en addictologie et l'insertion.

Les ressources professionnelles

La question des ressources professionnelles semble se poser particulièrement pour les centres de soins. Si la dimension médicale est clairement identifiée dans le cadre d'un CSAPA, celle de l'aide à l'insertion professionnelle des patients ne l'est que très rarement. Il n'existe généralement pas, au sein des équipes de soins, de poste dédié à cette fonction,

encore moins de profil professionnel en termes de formation initiale, de statut, de description des missions ou encore de compétences attendues. Pourtant, certaines expériences ouvrent des voies pour la construction de ces profils. Une première approche consiste à intégrer un professionnel de l'insertion dans les centres de soins ; c'est l'exemple du chargé d'insertion professionnelle (CIP) qui vient étoffer l'équipe, que ce soit par une mise à disposition ou sur recrutement. Dans cette situation, les ressources et compétences existantes dans le champ de l'insertion sont mobilisées, sans création d'un profil de poste particulier au sein de la structure. Une seconde approche consiste à redéployer des moyens existants en interne afin de créer des postes aux profils souvent non conventionnels, traduisant par là-même une volonté d'adaptation aux besoins rencontrés : « accompagnateur socioprofessionnel », « prospecteur », « médiateur », etc. Ces mêmes professionnels pouvant d'ailleurs occuper une double fonction (par exemple, éducateur ou assistant-social).

Les compétences, aptitudes et capacités d'adaptation de ces professionnels mériteraient d'être davantage explorées, qu'il s'agisse d'un CIP intégrant une structure de soins et devant adapter en conséquence sa professionnalité, ou d'un travailleur social impliqué dans des missions d'accompagnement vers l'emploi, élargissant ainsi son domaine d'intervention, parfois bien au-delà de sa formation initiale. Il serait donc opportun de mieux comprendre comment se construisent ces nouveaux profils professionnels afin d'en dégager de nouveaux référentiels métiers.

Les ressources financières

Différents bailleurs peuvent être sollicités dans le cadre de projets spécifiques d'insertion par l'emploi.

L'État

Les financements sont aujourd'hui gérés de façon déconcentrée par les ARS, MILDT, DDCS, CUCS¹⁴. Les contraintes budgétaires conduisent à privilégier les montages financiers permettant d'optimiser les aides et de soutenir une complémentarité des interventions territorialisées

Les collectivités territoriales

Elles offrent probablement des opportunités concrètes dans le cadre des Programmes Départementaux d'Insertion (PDI) et de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA, ainsi que dans celui des Plans locaux pour l'insertion et l'emploi, conduits sur le territoire des villes. L'échelon local facilite, en outre, le travail en réseau entre différentes structures et le renforcement de liens entre acteurs et décideurs.

Le Fonds Social Européen (FSE)

D'importantes programmations concernent l'accès à l'emploi de publics discriminés. Les usagers de drogues sont fréquemment ciblés par les projets déposés par un grand nombre de nos voisins européens, contrairement à ce que l'on peut observer en France. Cette source de financement n'est pourtant pas à négliger, bien qu'elle implique certaines contraintes. Elle impose aux porteurs de projets de disposer de partenariats européens et de justifier d'un cofinancement national à hauteur de 50 % des fonds nécessaires à l'action.

¹⁴ ARS : Agence Régionale de Santé ; MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie ; DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale ; CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

Impliquer les élus locaux

L'implication des élus locaux en charge de l'insertion offre une voie particulièrement intéressante pour créer un environnement territorial favorable à l'impulsion et à la mise en œuvre de programmes d'insertion par l'emploi des usagers de drogues. Au premier chef, nous pensons ici aux conseillers généraux qui président les commissions départementales d'insertion. D'autres élus se mobilisent également dans leurs villes sur cette question de l'insertion par l'emploi. Il apparaît essentiel d'intégrer la thématique addiction dans les pactes locaux d'insertion. Alors que les lois de décentralisation agissent pleinement sur la conception et la coordination des politiques d'action sociale, il conviendrait de renforcer cette implication des élus en :

- continuant d'identifier les expériences de coopération entre acteurs professionnels et décideurs,
- mutualisant les expériences et compétences acquises au fil de ces coopérations, menant un plaidoyer en direction de l'ensemble des élus.

De ce point de vue, il conviendrait de solliciter directement les organisations réunissant ces élus. Il serait ainsi intéressant d'envisager un séminaire de travail avec les présidents des commissions départementales d'insertion, les représentants des collectivités locales (Association des Maires de France, Assemblée des Départements de France, Association des Régions de France), mais aussi avec des groupements plus directement impliqués sur la thématique des addictions et des drogues, tels que l'association « Elus, Santé Publique et Territoires » ou la plateforme de villes réunies par le Forum Français de Sécurité Urbaine. Les risques encourus par les villes, en termes de réduction de crédits affectés par l'État à la politique de la Ville et à la reconduction d'actions menées en prévention des addictions, pourraient ouvrir de nouvelles opportunités. L'activation et la mise en réseau de ressources locales pour l'insertion par l'emploi de publics usagers de drogues, dans une perspective de prévention de leur exclusion, d'aide à la régulation de leurs consommations et d'accès au soin, pourraient constituer un formidable défi à relever pour les élus.

Des réserves de trésorerie sont par ailleurs indispensables, du fait de versements généralement tardifs des fonds octroyés. Enfin, le financement par le FSE implique le respect de procédures très strictes quant au suivi et à la justification des dépenses.

En savoir plus sur d'autres réalités européennes

L'élaboration de ce guide a été étayée de nombreux apports relatifs à d'autres réalités européennes, dont celles de la Grèce, de l'Italie, du Portugal et de la Lituanie ; ces apports ont déjà fait l'objet d'une publication¹⁵. Deux pistes d'action peuvent ainsi faire écho aux préoccupations françaises :

- la décision prise par différents États (en l'occurrence ici, l'Italie et le Portugal) de mettre en œuvre des politiques publiques spécifiques pour l'emploi des usagers de drogues doit

¹⁵ Olivier Maguet, Christine Caldéron, « Insertion et accès à l'emploi de publics toxicodépendants, Analyse d'un programme transnational », Drogues & Société, Equal 2008.

pouvoir interpeller professionnels et décideurs français quant à leurs propres choix de recours au seul droit commun,

- de nouveaux critères d'évaluation des besoins et réponses apportées, en termes d'insertion des usagers de drogues, ont été définis dans une perspective d'évolution des pratiques des centres de soins portugais.

La mise en œuvre de politiques publiques spécifiques pour l'insertion par l'emploi de publics usagers et ex-usagers de drogues

La coopération sociale italienne

Les coopératives sociales¹⁶ sont nées en Italie, dans les années soixante-dix avec pour objectifs la lutte contre les inégalités sociales liées au chômage et l'insertion sociale et professionnelle de populations désavantagées. Ces coopératives ont connu un développement très important, faisant aujourd'hui travailler des dizaines de milliers de salariés. En 2004, on estimait que 7 100 coopératives sociales employaient 267 000 personnes, dont environ 24 000 travailleurs défavorisés suivant un parcours d'insertion professionnelle. Le chiffre d'affaires de la coopération sociale est évalué à environ 5 milliards d'euros.

Ce n'est que vingt ans après leur naissance, et après de nombreux débats, qu'a été votée la loi 381 du 8 novembre 1991, légitimant et légalisant le mouvement des coopératives sociales.

Les coopératives de type A travaillent dans le champ du service social et sanitaire et de l'aide aux personnes. Elles peuvent ainsi gérer des communautés thérapeutiques, des services d'assistance à domicile, des maisons de repos, des crèches.

Les coopératives de type B travaillent sur l'insertion par l'économique. Elles doivent comprendre 30 % de leurs salariés issus de catégories désavantagées telles qu'elles sont définies par la loi : toxicomanes, alcooliques, ex-détenus, handicapés, malades psychiatriques etc. C'est à cette condition qu'elles peuvent déroger aux normes en termes de marché public et bénéficier d'exonérations de cotisations sociales. Ces coopératives sont organisées en réseaux, reliant des dynamiques locales, opérant entre elles des transferts de ressources, à partir de consortiums provinciaux ou régionaux, affiliés à des consortiums nationaux. Elles reposent sur trois défis :

- poursuivre des objectifs sociaux au travers d'un système économique non fondé sur le seul objectif de profit,
- se constituer en outils d'éducation et de développement social,
- organiser une démarche économique au travers de règles démocratiques et participatives.

Ces coopératives développent leur activité dans différents secteurs : l'agriculture, l'entretien des espaces verts, les services de nettoyage et d'assainissement de l'environnement, la blanchisserie, l'informatique, la reliure et la typographie, la restauration, la menuiserie, etc.. Elles fonctionnent comme des entreprises classiques, ayant différents clients (municipalités, particuliers, milieu associatif, petites entreprises, etc.)

Le Programme Vie Emploi portugais

L'Institut portugais des Drogues et des Toxicodépendances (IDT) est en charge de quatre

¹⁶ Un dernier voyage d'étude a été organisé en juin 2010 permettant ainsi de mobiliser l'intérêt des représentants d'organisations, de collectivités locales et de services de l'Etat sur la mise en œuvre de politiques publiques spécifiques pour l'insertion par l'emploi de publics usagers de drogues.

missions : la prévention, le soin, la réduction des risques et la réinsertion. Le projet « VIDA » (Vie, Intelligence, Drogues, Abstinence) – acronyme signifiant « vie » en portugais – impliquant l'ensemble des ministères concernés, a permis l'organisation du soin et de la prévention sur le territoire national. Dès 1987, ce projet inclut un volet réinsertion sociale. Cette approche est complétée depuis 1998 par le programme « Vie Emploi », mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre l'IDT et le ministère du Travail, et posant la réinsertion sociale et professionnelle comme partie intégrante du traitement. Ce programme repose sur cinq mesures concrètes :

- médiation entre structures de soin et entreprises, avec création de postes de médiateurs, pour l'accompagnement et l'emploi des usagers de drogues,
- proposition de stages d'insertion socioprofessionnelle en entreprise (d'une durée de 9 mois),
- exonération partielle de cotisations sociales, lors de contrats d'embauche au salaire minimum et pour une durée d'un an,
- subventions à la création d'entreprises,
- avec la création d'un réseau d'artisans, afin de faciliter l'interface entre expérience pratique et formation professionnelle.

La construction de critères d'évaluation, l'exemple du Portugal

En 2008, une évaluation a été conduite par l'IDT quant aux besoins constatés et réponses apportées en termes d'insertion, dans le cadre de l'activité des Centres de Réponses Intégrées (CRI)¹⁷. Cette évaluation a ainsi permis de poser un diagnostic précis des besoins des usagers de drogues : logement, éducation, formation professionnelle, emploi, etc. Mais elle a aussi permis d'analyser la nature, la pertinence et l'efficacité de des réponses apportées directement par les CRI ou au travers des orientations proposées.

Quelques résultats

4338 usagers ont exprimé des besoins en termes d'emploi ; parmi eux, 39 % ont pu accéder à des réponses, majoritairement dans le champ de l'emploi protégé (59 %), dont le Programme Vie Emploi. En revanche, sur la dimension de la formation professionnelle, les résultats sont beaucoup moins probants : 77 % des usagers n'ont pas pu accéder à la réalisation de leur projet de formation professionnelle.

Face à ce constat, l'IDT a souligné la nécessité d'une meilleure articulation, tant au plan national que local, entre ses services et ceux de l'Institut du Travail et de la Formation Professionnelle (IEFP). Le rapport évoque également les efforts à accomplir face à la résistance des organismes de formation à accueillir ces publics.

Une autre dimension est appréhendée par l'évaluation portugaise, celle de la gestion des temps libres, révélant l'aptitude ou les difficultés à « l'acquisition de compétences sociales ». Seuls 27 % des usagers ayant exprimé ce type de besoins ont obtenu des réponses. Le rapport évoque qu'ils ont pu être considérés comme secondaires face à d'autres besoins plus prégnants aux yeux des professionnels des CRI, et en conséquence être moins investis par les équipes. Mais cette dimension mérite d'être davantage prise en considération et pourrait constituer une piste d'évolution souhaitable.

¹⁷ Les CRI ont été créés en 2007 dans une perspective de réorganisation de l'offre de soins et de prévention relative aux addictions.

En conclusion

Quelques constats, se dégageant de l'expérience de nos partenaires européens, confirment certains propos de ce guide.

L'un de ces constats est unanimement partagé : l'insertion par l'emploi de publics usagers de drogues doit pouvoir être adaptée et graduelle, car il s'agit souvent de personnes ayant rompu précocement tout rapport à l'école ou au travail. En conséquence, la quasi-totalité des parcours aboutissant à une véritable insertion dans l'emploi sont ceux s'inscrivant dans le cadre d'accompagnements de longue durée, intégrant formation et tutorat.

Un autre, généralement partagé, est que les usagers de drogues sont en capacité de travailler et en ressentent la nécessité tant économique que pour donner un sens à leur parcours de vie ; sens qui leur permet de maintenir (ou parfois d'engager) une distance avec les risques de re-consommation.

La question de l'évaluation se pose tout autant dans d'autres États européens. Si, au Portugal, ce sont les indicateurs des structures de soins qui ont dû être reconstruits, l'impact de la crise économique implique, en Italie, que puissent être reconsidérés et élargis les critères de « sortie positive » dans le champ de l'emploi aidé, afin de ne pas en exclure les publics les plus fragilisés. Certaines réponses mises en œuvre au-delà de nos frontières pourraient éventuellement guider les choix des acteurs et décideurs français.

Le fait que les usagers et ex-usagers de drogues constituent, dans plusieurs États, une population inscrite parmi les catégories sociales désavantagées leur permet de bénéficier de mesures spécifiques favorisant leur retour à l'emploi. Cette inscription pourrait aider à sortir clairement du long silence des politiques publiques françaises sur les réponses à construire face aux besoins d'insertion des usagers de drogues, les décideurs ayant été eux-mêmes, jusqu'à aujourd'hui, sans réelles remontées de la part des acteurs du terrain dans ce domaine.

Les partenariats établis entre les champs du soin et de l'insertion pourraient également associer, comme c'est le cas en Italie, les collectivités locales, elles-mêmes en charge de réaliser des appels d'offres dans le cadre de marchés publics.

L'inscription dans les politiques publiques de réponses aux besoins d'insertion par l'emploi des usagers de drogues, ainsi que la promotion d'une approche territorialisée et partenariale des actions conduites faciliteraient probablement un meilleur recours aux programmations financées par le Fonds Social Européen.

La démarche portugaise d'évaluation des besoins d'insertion pourrait aussi offrir un exemple intéressant en comparaison de certaines faiblesses constatées dans le dispositif médicosocial français ; l'analyse des rapports annuels d'activité constituant la seule source de données

disponible pour tenter d'évaluer les réponses apportées par les centres de soins. Il serait intéressant que ces rapports fassent plus précisément état des besoins, et ce pour deux raisons :

- d'une part, susciter plus de vigilance chez les équipes pour engager des initiatives spécifiques d'insertion par l'emploi ou de formation professionnelle, seules ou en partenariat avec les acteurs de l'insertion ;
- d'autre part, favoriser l'interpellation des tutelles pour impulser et soutenir ces actions d'insertion ;
- sans oublier de renseigner les réponses auxquelles les bénéficiaires auront pu accéder.

La question de la gestion des temps libres mériterait également d'être davantage investiguée, quant aux perspectives qu'elle pourrait ouvrir en termes d'estime de soi, de confiance en soi, d'accès à la culture, de citoyenneté et de participation sociale des usagers de drogues, tous supports évidents d'une démarche d'insertion sociale et professionnelle. Enfin, les compétences, aptitudes et capacités d'adaptation de professionnels engagés dans des actions d'insertion par l'emploi mériteraient d'être davantage explorées, afin de permettre la formalisation de nouveaux référentiels métiers et la création de nouveaux profils professionnels, à l'instar de la création de postes de médiateurs dans le programme portugais Vie Emploi.

C'est sur cet ensemble de perspectives que la démarche engagée doit être poursuivie. Elle le sera grâce à l'implication des nombreux acteurs concernés, au renforcement des réseaux qu'ils sauront constituer et au soutien des décideurs qui s'y associeront.

Fiches action

Espace Insertion CMSEA, Metz	48
IPSI, Interface Prévention Santé Insertion	50
Association Lire La Ville	52
Association Parcours	54
Drogues et Société	56
CEID / Les ateliers d'insertion de la communauté thérapeutique du Fleuve	58
FIRST / Ateliers bas seuil	60
Association Ligne De Vie	62
Association Espace	64

ESPACE INSERTION CMSEA, MONTIGNY-LES-METZ

Faciliter l'insertion professionnelle par une approche progressive du monde du travail au sein d'ateliers de production

Historique

Le Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et des Adultes (CMSEA) a été créé au début des années 50 et reconnu d'utilité publique en 1996. Cette association regroupe en Moselle, avec environ 1100 salariés, différents dispositifs et associations de prévention spécialisée, d'insertion, de formation, de santé mentale et d'addictologie. Le Centre « Les WADS » gère un service de prévention des addictions et d'accueil précoce, un CAARUD, un CSAPA à Metz (disposant d'une antenne à Forbach), un centre de postcure (à Foville), un réseau d'accueil en familles (près de Cahors) et des appartements thérapeutiques (à Metz et Forbach).

Opérateur

L'Espace Insertion qui constitue avec l'APEF (Association Promotion Emploi Formation), la structure d'insertion du CMSEA.

Publics ciblés

Personnes « cumulant des difficultés nécessitant une approche de spécialistes », parmi lesquelles des usagers de drogues (représentant environ 20 % à 40 % des publics accueillis), suivis notamment par le centre « Les WADS », mais également des publics présentant d'autres difficultés socioprofessionnelles et orientés par le SPIP, les CHRS, les Missions Locales et Pôle Emploi. 132 personnes ont été accueillies en 2010, sur 57 places avec entrées et sorties permanentes. Les publics féminins

représentent environ 34 % de la file active.

Objectifs

Faciliter l'insertion professionnelle de ces publics, par une approche progressive du monde du travail au sein d'ateliers de production.

Méthode, contenus et propositions

L'accueil des publics est possible sous deux statuts différents :

- En Adaptation à la Vie Active (AVA)¹⁸ pour ceux qui sont très éloignés de l'emploi. Les bénéficiaires sont rémunérés par un pécule qui peut être perçu en complément du RSA ou de l'AAH.
- En Ateliers et Chantiers d'Insertion, pour ceux qui ont déjà une expérience de travail. Les contrats proposés peuvent être d'une durée d'un an.

La structure propose une mise au travail (à temps partiel pour les statuts AVA, mais sur des journées entières, afin de favoriser une véritable appréhension du monde du travail) dans différents ateliers, accueillant chacun environ 7 bénéficiaires : mécanique automobile, menuiserie, espaces verts, entretien des locaux/lingerie, restaurant et standard. Chacun de ces ateliers est encadré par des éducateurs techniques (ayant pour la plupart une formation de travailleur social). Un conseiller d'insertion professionnelle assure le suivi de l'ensemble des bénéficiaires, en lien avec les structures qui ont fait l'orientation. Des temps de régulation collective ou des entretiens individuels peuvent être organisés, en présence du conseiller d'insertion professionnelle.

¹⁸ Les CHRS ont été à l'origine, dans les années 70, des centres d'adaptation à la vie active, qui exécutent, sur contrat, des chantiers en secteur non concurrentiel et font l'objet d'une convention spécifique avec le ministère de la Santé. À la différence des SIAE, ce ne sont pas des structures régies par le droit du travail et les personnes qui participent à ces ateliers reçoivent une rémunération qui est à ce jour fixée à 30 % du Smic.

Une autre association du CMSEA, l'APEF accueille l'ensemble des bénéficiaires une journée par semaine, durant les quatre derniers mois de leur contrat dans le cadre de modules de formation (techniques de recherche d'emploi, validation d'un projet professionnel, etc.).

En ce qui concerne les usagers de drogues, les critères d'accueil ont été définis par les soignants et sont liés à la stabilité dans le traitement et à la capacité à exercer un travail manuel. Pour des usagers orientés par d'autres services, il n'y a pas d'exigences en termes de soins. En cas de problème grave, un recours immédiat peut être fait auprès du CSAPA. Des réunions régulières sont organisées. Par ailleurs des réunions peuvent regrouper le salarié concerné, le CSAPA et le conseiller d'insertion professionnelle. Pour les personnes dont les problèmes addictifs se révèlent après recrutement, le Conseiller d'Insertion Professionnelle peut inciter à un recours au soin, tout aussi bien que les encadrants d'ateliers.

Partenaires

Un important réseau de partenaires locaux est constitué avec les missions locales, des organismes de formation, le SPIP, des CHRS, des centres de soins et tous les travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs, etc.).

Évaluation

Les critères de sortie positive posent problème. Sur l'ensemble des personnes accueillies en 2010, une dizaine seulement a obtenu, à ce jour, un emploi stable. Tous pourraient être considérés comme « ayant gravi une marche », si d'autres critères existaient en termes de savoir-être, de mieux-être et de compétences sociales.

Financements

DDCS, DIRECCTE, Conseil Général de Moselle et Ville de Metz. Les ateliers ne sont

autofinancés par leur propre production qu'à hauteur de 25 %.

Actualités

Deux ateliers viennent d'être fermés, du fait d'une réduction importante de budget de fonctionnement et l'atelier lingerie n'a plus d'encadrant technique. Le poste de directeur a été supprimé et la fonction de direction est confiée au directeur du Centre « Les WADS ».

À retenir

- La mixité des publics, perçue comme un atout pour tous : pas plus de deux usagers de drogues ne sont recrutés ; en même temps, sur chacun des ateliers.
- Le constat fait par les encadrants techniques sont d'importantes motivations et compétences parmi les usagers de drogues, au regard d'autres publics.
- Une proposition de formation en addictologie de huit jours pour tous les encadrants techniques.
- La fonction de régulation des relations avec les habitants du quartier, d'aide à l'évolution des représentations et à une meilleure socialisation du phénomène drogues : si l'ensemble des ateliers se trouvent sur un même site, le restaurant est installé au sein du Centre « les WADS », en plein centre-ville.

Contact

Olivier Romain, Directeur
Espace Insertion, 80 C rue de St-Quentin
57950 Montigny-Les-Metz
Tél. : 03 87 66 25 14
Email : espaceinsertion@espaceinsertion.fr
Le restaurant pédagogique - Rest'Art
26 rue du Wad Billy – 57000 Metz
Tél. : 03 87 36 41 82

IPSI, INTERFACE PRÉVENTION SANTÉ INSERTION

Faciliter l'accès à la santé pour limiter les ruptures de parcours d'insertion

Historique

Le projet est né dans le cadre du Comité Territorial Education Formation Emplois (COTEFÉ). Le groupe intervenant sur le territoire a travaillé sur les causes de rupture de parcours d'insertion et plus spécifiquement sur les ruptures liées aux problèmes de santé. *Une mauvaise santé, un capital-santé négligé, une estime de soi dégradée, des soins non réalisés par manque d'information, de volonté, de moyens etc. conduisent à une marginalisation du public et donc à une insertion sociale et professionnelle difficile.* Ont été listées les carences en termes de formation, de technicité, de moyens humains et de coordination. Un projet global de prévention et de promotion de la santé a été élaboré afin de promouvoir la santé auprès des différents publics jeunes et adultes, en situation d'insertion sur le territoire. L'action a été engagée en 2009.

Opérateur

La Mutualité Française PACA délégation Var a été missionnée pour porter ce projet, en lien avec le comité de pilotage du COTEFÉ.

Publics ciblés

Les professionnels de structures d'insertion pour la formation : missions locales, chantiers d'insertion, ateliers d'insertion, organismes de formation porteurs ETAPS (Espaces Territoriaux d'Accès aux Premiers Savoirs), Centres de Formation d'Apprentis (CFA). Les bénéficiaires de ces structures pour les apports sur la santé : interventions, forums et référents santé investis à leurs côtés.

Objectifs

Coordonner et développer des actions d'éducation à la santé afin de favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé. Ce programme est destiné aux publics en situation d'insertion sociale et professionnelle afin d'optimiser leurs parcours d'insertion. Affiner le regard des accompagnateurs sociaux-professionnels pour mieux appréhender les problématiques santé, dont celles liées aux addictions, que rencontrent leurs bénéficiaires.

Méthode, contenus et propositions

Le dispositif est coordonné par un animateur de prévention à mi-temps et repose sur un réseau de 27 structures d'insertion ayant, chacune, désigné un référent santé dans leurs équipes. Il s'agit, pour la plupart, d'éducateurs, de formateurs ou d'accompagnateurs socioprofessionnels. 37 personnes sont ainsi impliquées à différents niveaux. Sont proposés :

Un plan de formation

Les contenus (développés sur dix-huit journées) concernent l'accompagnement au changement (évolution des représentations, meilleure compréhension du cadre de chacun, discussions sur les limites, etc.) et quatre thématiques (sexualité, hygiène de vie, équilibre alimentaire et addictions).

Une réunion de réseau bimestrielle

Cette réunion permet des échanges sur les pratiques et la mutualisation de réponses existantes et de ressources. Le réseau fait ainsi fonction de pôle-ressource. Il a également un rôle de veille sur les différents colloques ou formations susceptibles de répondre aux besoins des participants. Un site web a été créé où sont accessibles les rapports de réunions.

Un atelier santé bimestriel

Cet atelier est organisé en alternance sur

chacun des sites permettant à l'ensemble des référents santé de mieux connaître chacune des structures du réseau et, aux équipes, de rencontrer les référents santé. L'enjeu de ces ateliers est l'adaptation des réponses de santé existant localement. Des professionnels de santé y sont donc invités à présenter leurs structures et leurs pratiques, mais également à entendre les difficultés rencontrées dans le champ de l'insertion.

Un Forum santé

Ce Forum est organisé à partir d'une collaboration entre les professionnels de santé et les professionnels de l'insertion (référents santé). Il est ouvert aux publics en insertion suivis par les structures du réseau. Des ateliers sont proposés sur des thématiques sportives (initiation à l'escalade, au taekwondo, etc.) et sur des thématiques de santé (addictions, hygiène, tatouage, piercing, souffrance psychique, estime de soi, sophrologie, etc.).

Partenaires

Associations intervenant dans le champ de la formation, de l'insertion, de la prévention et du soin.

Évaluation

Les critères sont : ressources et moyens mobilisés, nombre et qualité des structures d'insertion conventionnées, nombre et qualité des actions mises en œuvre, connaissances acquises par les professionnels de l'insertion, nombre de ruptures de parcours évitées.

Financements

Le poste de coordination à mi-temps est financé depuis avril 2009 par le Conseil Régional PACA. Le dispositif bénéficie des infrastructures de la Mutualité (locaux et mise à disposition de matériel) et d'un temps de travail redéployé. Le montage

financier du plan de formation a été réalisé avec les différents OCPA, pour un coût de 1 000 euros par stagiaire, soit une prestation rémunérée à 700 euros par jour pour les formateurs.

Actualités

Des problèmes de territorialisation des missions de la Mutualité se posent pour l'adhésion de nouvelles structures qui ne seraient pas inscrites sur ce même territoire.

Un nouveau plan de formation est en préparation pour 2011, avec une priorité sur la question des addictions.

Enfin, le financement d'un poste à temps plein est recherché actuellement.

À retenir

- Une démarche de formation participative, intégrant les addictions parmi d'autres problématiques.
- La construction d'une culture partagée autour du lien entre soin et insertion à l'échelle d'un territoire et la recherche collective d'adaptation des réponses existantes.
- Une implication commune et concrète des acteurs du soin et de l'insertion dans l'écoute des difficultés rencontrées par les publics jeunes et adultes en insertion.
- L'engagement d'une Union de Mutuelles, pour la construction de réponses favorisant l'insertion, l'accès à la formation et à l'emploi de publics éloignés du soin.

Contact

Cyril AMIC, responsable du programme IPSI et du service Prévention et Promotion de la Santé

Tél. : 04 94 91 95 97

Courriel : cyril.amic@pacamutualite.fr

Laurent Frappa, coordinateur dispositif IPSI

Tél. : 04 94 91 95 96

Courriel : laurent.frappa@pacamutualite.fr

www.83.ipsipaca.fr

ASSOCIATION LIRE LA VILLE

Accompagnement individuel dans la recherche d'une activité à partir du récit de vie

Historique

L'association se crée en 1997. À cette époque, l'utilisation des trithérapies et des traitements de substitution permet à une partie de la population touchée par le VIH, le VHC et/ou une addiction, d'envisager une activité professionnelle. Mais les personnes cumulant d'autres difficultés (précarité, vulnérabilité sociale et/ou psychique, manque de qualification, longue période d'inactivité) se heurtent toujours à de nombreux freins et obstacles lorsqu'elles souhaitent (re)trouver un travail. En 1998, c'est en réponse à la demande d'un accompagnement de ces personnes, alors formulée par la DDASS 13 et la Mission Sida Toxicomanie de la Ville de Marseille, rejointes en 2000 par l'AGEFIPH PACA, que Lire La Ville propose sa méthode de repérage des compétences.

Opérateur

Lire La Ville – Marseille

Publics ciblés

Allocataire du RSA confronté à un problème de santé, personne reconnue travailleur handicapé (RQTH), allocataire d'une AAH, d'une pension d'invalidité, personne sous main de justice, personnes usagères de drogues.

Objectifs

Aider les personnes à reconnaître leurs propres savoirs au travers du récit de leur vie, pour travailler ensuite à la construction d'un projet professionnel au plus près de ce qui les caractérise. L'association Lire La

Ville vient ici élargir une offre de service en matière d'orientation et d'accompagnement vers l'emploi.

Méthode, contenus et propositions

La méthode de travail repose sur quatre principes : la dichotomie travail/loisir, entre *pensum* professionnel et *réalisation* personnelle, n'est ni économe ni durable ; un individu ne cesse, tout au long de sa vie, d'accumuler des savoirs et des connaissances ; pour déterminer les compétences et l'orientation d'une personne, il est plus rationnel de se focaliser sur ce qu'elle a en propre que sur ce qui lui manque, sur ses façons de faire et ses fonctionnements propres que sur ses dysfonctionnements ; un individu est à la fois le seul à être au courant des expériences et connaissances qui sont les siennes, et le plus mal placé pour les apprécier ou les discerner. Ainsi, l'exercice de repérage des compétences demande le concours d'un autre, un référent qui l'accompagnera tout au long de la démarche. Le recueil de l'ensemble des informations se fait au travers d'un récit chronologique, factuel et, dans la mesure du possible, exhaustif de sa vie depuis sa naissance.

Le récit n'est en aucun cas une thérapie et ne fait l'objet d'aucune interprétation, jugement ou conseil. Les informations sont strictement confidentielles et ne sont partagées avec aucune autre institution.

La durée du programme est de 12 mois, mais peut se prolonger bien au-delà. Les rendez-vous ont lieu une fois par semaine. Lorsque la personne peut venir régulièrement, la phase d'orientation (les deux premières étapes) dure environ 4 mois.

Le travail comporte trois étapes successives :

- Rédaction du récit à partir d'une interview (6 à 7 séances), avec repérage des compétences et orientation.

- Réalisation de différentes productions à partir du récit (chronologie, curriculum vitae, portraits, dossiers de candidature ou de formation, lettres).

- Recherche de poste ou de formation, entrée en activité.

À l'issue de ce travail, Lire La Ville peut maintenir un lien et répondre aux sollicitations des personnes lorsque leur situation évolue ou qu'elles s'inscrivent dans une recherche de travail après une période d'études ou de formation, etc.

Partenaires

- Partenaires institutionnels (financeurs) : Ville de Marseille, FSE, AGEFIPH, ARS, DIRECCTE, MILDT régionale, Conseil Général, Conseil Régional.

- Organismes publics : Pôle Emploi, Cap-Emploi, MDPH, PLIE, Missions Locales, SPIP, etc.

- Partenaires associatifs intervenant dans le champ de la précarité, de l'accompagnement social, du logement, etc. ainsi que des associations privées de type fondation.

- Organismes de formation (AFPA, Chambre de Commerce, GRETA, IRTS, etc.) ainsi que le secteur des entreprises.

Financements

Ville de Marseille (Direction de la Santé Publique), AGEFIPH PACA, FSE, MILDT

(convention d'objectif Santé/Justice), DDTEFP, Conseil Général 13 (Direction de l'Insertion), Sidaction.

À retenir

Toute personne qui le souhaite et qui est éligible en termes administratifs est inscrite : il n'y a pas de sélection. Chaque année environ 80 % des personnes ayant terminé la phase d'orientation ont retrouvé un emploi, créé leur activité ou suivent une formation.

La démarche est particulièrement exigeante puisqu'elle ne se focalise pas exclusivement sur les opportunités du marché de l'emploi, mais s'intéresse avant tout à construire un projet au plus près des personnes, de leur personnalité, de leur expérience et de leur histoire. C'est grâce à ce travail intuitif de recherche, où toutes les informations et toutes les combinaisons sont regardées, que se construisent les projets.

Contact

Directrice : Chantal Deckmyn
Lire La Ville - 10, rue Colbert

13001 Marseille

Tél. : 04 91 91 40 61

lire.la.ville@free.fr

www.reseaufing.org/pg/profile/LireLaVille

ASSOCIATION PARCOURS

Accompagnement vers l'emploi des personnes usagères de drogues

Historique

Le projet est né de la fermeture de l'association Abbaye et de son unité d'insertion – expérimentation pilote qui bénéficiait du soutien commun des ministères de la Santé, de l'Emploi et de l'Éducation nationale.

Les personnes reçues à Parcours sont dans une situation de forte vulnérabilité sociale et psychique, ont connu de nombreuses difficultés et échecs dans leur parcours. Les critères d'accès à l'emploi et à la formation devenant de plus en plus exigeants et sélectifs, l'association, au fil des années, a mobilisé et créé de nouvelles ressources et moyens afin d'accompagner au plus près les personnes qui s'engagent dans un parcours professionnel, sans jamais dissocier la question du soin à celle de l'insertion, leur permettant ainsi de passer d'un statut de malade à un statut de citoyen.

Opérateur

Association PARCOURS, structure à caractère social, créée en 1988.

Publics visés

Usagers de drogues (actifs ou en TSO). Les personnes sont orientées par les centres de soin, les centres d'hébergement, Narcotiques Anonymes et les services instructeurs du RSA.

Objectifs

L'association propose un accompagnement personnalisé autour de la définition ou de la mise en place d'un projet ou d'un parcours d'insertion socioprofessionnelle. Des entretiens et contacts téléphoniques sont

effectués régulièrement afin de soutenir les démarches en vue d'un retour à l'emploi, l'accès à un stage ou à une formation qualifiante. L'accent est mis sur le cheminement – son rythme, ses modalités – dans lequel la personne s'engage pour atteindre ses objectifs.

Méthode, contenus et propositions

Chaque personne est suivie par un référent qui les reçoit en entretien et assure des contacts réguliers afin de soutenir les démarches effectuées à l'extérieur ou dans le cadre des ateliers. Les personnes disposent d'un espace de parole où elles viennent travailler leur projet et aspirations professionnelles mais également identifier les freins auxquels elles sont confrontées, notamment par rapport à leur parcours d'usagers de drogues. L'un des outils de base est la méthode québécoise ADVP.

Il n'existe pas de durée de prise en charge préétablie ni de calendrier type de suivi. Les personnes avancent à leur rythme.

Afin de mieux répondre aux besoins, deux stages sont proposés. Le premier est un stage de redynamisation qui permet aux personnes de reprendre un rythme de vie régulier, de renforcer la confiance en soi et l'ouverture aux autres. Des séquences sont organisées sur la représentation du travail, l'image de soi, la préparation aux entretiens d'embauche et aux techniques de recherche d'emploi. Le stage se déroule à temps partiel sur deux semaines.

Le second stage est consacré à l'informatique où, au-delà de l'acquisition de certaines notions, sont travaillées les difficultés de concentration, de mémorisation ou de structuration spatio-temporelle.

Partenaires

CSAPA associatifs et hospitaliers, Réseaux de santé, Espace d'insertion RSA, Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CAS-

VP), structures d'hébergement, Pôle Emploi, Insertion par l'Activité Economique (IAE), etc.

Financements

DDASS de Paris, Groupe Régional de Santé Publique Île-de-France (GRSP).

Actualités

Les difficultés semblent plus importantes lorsque les personnes sont orientées par les structures d'hébergement ou par Pôle Emploi, où le niveau d'exigence, le rythme de travail et de productivité sont élevés et peuvent parfois conduire à un risque de rechute et mettre en péril le projet professionnel. L'association Parcours privilégie l'orientation vers les associations intermédiaires qui offrent des réponses plus adaptées, des missions plus courtes, un travail à temps partiel, avec des adaptations possibles au regard des parcours et des situations personnelles.

À retenir

Une attention particulière est portée sur le sens de la rechute tout au long de l'accompagnement des personnes. La

consommation est posée d'emblée avec les personnes permettant ainsi d'aborder, en cours de suivi, la survenue éventuelle d'un épisode de consommation. Ainsi reconsommer peut être regardé comme un processus où quelque chose s'enclenche et non pas comme l'annonce d'une rechute. Ces questions sont reprises en entretien individuel afin de repérer les événements ou situations qui ont pu conduire à une prise de produits et d'apporter des réponses tout en maintenant le suivi.

La situation sociale, familiale, sanitaire et juridique figure dans le dossier. Tous les changements opérés au cours de l'accompagnement, au-delà de l'obtention d'un emploi, d'un stage ou d'une formation, seront pris en compte dans les critères de sortie, comme par exemple la reprise de liens avec l'entourage, la garde d'un enfant, le remboursement de dettes, l'accès aux droits, etc.

Contact

Directeur : João Fatela
37 rue Vauvenargues - 75018 Paris
Tél. : 33 01 40 25 48 00
Courriel : assoparcours@club-internet.fr

DROGUES ET SOCIÉTÉ

Les étapes vers l'emploi

Historique

C'est avec le soutien du Programme Départemental d'Insertion et de la Communauté d'Agglomération Plaine Centrale du Val-de-Marne que le dispositif « Les étapes vers l'emploi » a été mis en place en 1996. Il s'agissait de faire face à la demande d'usagers de drogues fréquentant le CSAPA EPICE, géré par l'association Drogues et Société. Ce dispositif a beaucoup évolué au cours des années, en lien à l'évolution des bénéficiaires eux-mêmes (meilleure stabilisation des traitements de substitution aux opiacés), à la construction de partenariats avec le champ de l'insertion et à l'inscription de cette action dans une programmation européenne de lutte contre l'inégalité des chances face à l'emploi.

Opérateur

Association Drogues et Société

Publics ciblés

Usagers de drogues en traitement (prioritairement suivis par le CSAPA EPICE, mais également par d'autres CSAPA, les services instructeurs RSA ou le SPIP), bénéficiaires du RSA n'ayant pas accès au droit commun, souvent du fait de traitements mal stabilisés.

Objectifs

Articulation entre prise en charge médico-sociale, redynamisation, formation et insertion par l'emploi.

Méthode, contenus et propositions

- **Accompagnement individualisé** : définition des modalités d'inscription dans le dispositif, aide à l'élaboration du projet d'insertion, recherche de terrains de stage,

sensibilisation aux techniques de recherche d'emploi et accompagnement vers l'emploi (accompagnement réalisé par un conseiller d'insertion professionnelle détaché par convention de l'Association Aurore).

- **Modules et ateliers de sensibilisation et formation** : informatique, écriture, théâtre, estime de soi et expression personnelle, santé, groupe de parole (animation assurée par des intervenants extérieurs vacataires).

- **Stages en entreprise.**

- **Accompagnement de l'action par un comité de suivi** : constitué par le PDI, les services instructeurs RSA, le SPIP, le PLIE et des entreprises d'insertion pour la réalisation de bilans individualisés, concertation de modalités de collaboration, prescription de parcours d'insertion, réflexion pour une collaboration plus productive avec les entreprises d'insertion.

Partenaires

PDI, services instructeurs RSA, PLIE, Plaine Centrale, entreprises d'insertion (notamment Régie de quartier de Créteil et Ateliers Sans Frontière), Association Aurore.

Évaluation

Entretiens individuels, bilans collectifs avec les bénéficiaires, évaluation participative dans le cadre du comité de suivi.

Financements

PDI, Communauté d'Agglomération Plaine Centrale et CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale).

Actualités

L'approche collective a toujours été posée comme incontournable, à des fins de reconstruction de liens sociaux et de régulation des comportements à risques, pour des publics très éloignés de l'emploi. Les résultats très concrets observés en termes

d'insertion par l'emploi depuis quelques années ont récemment conduit à compléter cette approche par un accompagnement individualisé réalisé par une conseillère d'insertion professionnelle.

À retenir

- Les publics inscrits sur l'action perçoivent une allocation complémentaire au RSA, versée par le conseil général du Val-de-Marne à tous les bénéficiaires du RSA engageant un projet d'insertion.
- La régulation des consommations est posée comme l'un des objectifs de l'action, au même titre que le renforcement de

compétences sociales et l'élaboration d'un projet professionnel.

- Le comité de suivi constitue un espace d'« apprentissage collectif » permettant un travail sur les représentations, tant du côté du soin que de celui de l'insertion.

Contact

Directeur : Philippe Lagomanzini
Drogues et Société

42 rue Saint-Simon
94000 Créteil

Tél. : 01 48 99 65 26

philippe.lagomanzini@wanadoo.fr

CEID / LES ATELIERS D'INSERTION DE LA COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE DU FLEUVE

Historique

Le Centre d'Étude et d'Information sur la Drogue (CEID) est une organisation investie depuis les années soixante-dix dans le champ des addictions à Bordeaux et en Gironde. En octobre 2005, le CEID répond à l'appel d'offres de la MILDT concernant la création de communautés thérapeutiques (CT) en France. La CT est un centre de soins résidentiel de long séjour ouvert à des personnes toxicodépendantes. Dès la conception du projet, implanté dans la commune de Barsac et dénommé « Communauté thérapeutique du Fleuve », le CEID a souhaité inscrire la dimension de l'insertion socioprofessionnelle comme l'un des axes majeurs du projet thérapeutique. Pour ce faire, la CT a développé en son sein une branche insertion par l'activité économique, au travers de la mise en place de chantiers et d'ateliers d'insertion (ACI).

Opérateur

CEID

Publics ciblés

Les résidents de la CT, mais aussi des personnes extérieures orientées par les services d'insertion locaux.

Objectifs

Articulation entre prise en charge médico-sociale, redynamisation, formation et insertion par l'emploi. L'accompagnement est individualisé et répond à différents objectifs :

- redynamisation (hygiène, ponctualité, etc.),
- retour à l'emploi,
- accès à un logement,

- prise de conscience d'une problématique d'addiction et orientation vers les soins pour les publics non-résidents.

Méthode, contenus et propositions

Une équipe dédiée à l'activité ACI a été recrutée par la CT : 2 moniteurs éducateurs, 2 encadrants techniques, une accompagnatrice socioprofessionnelle à mi-temps, une assistante sociale à 20 %, un chef de service éducatif. Les autres professionnels de la CT (psychiatre, psychologue, éducateurs) peuvent être amenés à intervenir à la demande ou en fonction du projet individuel de la personne.

Chaque bénéficiaire se voit attribuer deux référents : un encadrant technique et un travailleur social. L'accompagnatrice socioprofessionnelle suit l'ensemble des bénéficiaires sur l'aspect formation et accompagnement vers l'emploi.

Un livret individuel de suivi formalise l'accompagnement et les objectifs fixés lors de chaque contrat sur les items suivants :

- capacités et aptitudes professionnelles (comportements en situation de travail : sécurité, ponctualité, politesse, etc. ; capacités techniques),
- soin (accès ou poursuite des soins),
- réponses sociales (santé, logement, budget, etc.),
- insertion professionnelle (évaluation en milieu de travail, formations, réinscription au Pôle Emploi, etc.).

Les objectifs sont fixés par le bénéficiaire, en accord avec les référents et le service orienteur.

Le salaire net des salariés des ACI (sous forme de contrat d'avenir ou de contrat d'accompagnement vers l'emploi) s'élève à 787,71 € /mois pour 113 h.

Partenaires

Services orienteurs, tels que Pôle Emploi, CCAS, etc., des secteurs de Bordeaux/

Bègles et Sud Gironde (Cadillac, Langon, Bazas, La Réole).

Clientèle constituée par les collectivités territoriales, les associations ou les bailleurs sociaux.

Financements

La CT fait l'objet d'un financement expérimental dans le cadre de l'appel d'offres de la MILDT. Le volet ACI relève des dispositions classiques de financement des structures d'insertion par l'activité économique, dont les ressources principales sont constituées du revenu de la vente des services proposés (petite maçonnerie, abattage et élagage dans les espaces verts, etc.).

À retenir

- Une expérience concrète d'intégration d'un service d'insertion au sein d'un centre de soins.

- La mixité entre publics en situation de soins et publics encore éloignés du soin ;
- L'expérience de la CT du Fleuve constitue une illustration exemplaire que l'entrée dans un dispositif d'insertion peut conduire à une démarche autour du soin des addictions (pour le public bénéficiaire non résident de la CT) ; la présence de professionnels du soin facilite le repérage et la prise en charge.

Contact

Directeur : Lysbert Rouillon,
Communauté Thérapeutique du Fleuve
10-18 place Franck Chassaingne
33720 Barsac
Tél. : 05 56 76 39 20
Courriel : ceid.barsac@orange.fr

FIRST / ATELIERS BAS SEUIL

Historique

L'association FIRST gère un CAARUD à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis). En 2004, elle a décidé de mettre en œuvre une activité hors du cadre réglementaire propre aux CAARUD comme à tout autre dispositif de droit commun. Des « ateliers bas seuil » sont ouverts à toute personne volontaire, quels que soient le niveau de formation ou l'état de santé. L'accès n'est soumis à aucune condition d'inscription dans un projet d'insertion professionnelle.

Opérateur

Association FIRST

Publics ciblés

Usagers de drogues suivis par le CAARUD (en traitements de substitution ou non).

Objectifs

Il s'agit de pouvoir répondre à des « besoins immédiats » formulés par l'utilisateur : occuper une activité ou tout simplement bénéficier de ressources complémentaires. Pour être véritablement accessible, le travail doit être à la portée de tous et pouvoir s'effectuer au moment où l'utilisateur en fait la demande, au rythme qui lui convient.

Méthode, contenus et propositions

L'atelier peut accueillir trois à quatre personnes. Les activités choisies ne requièrent aucune qualification : elles consistent à de simples manipulations ne présentant aucun risque (nettoyage de jetons de Stéribox®, confection de kits de RDR, mise sous plis de courriers et de journaux, etc.).

Il existe deux modes de rémunération : à l'heure (sur la base du SMIC horaire) ou à la pièce (au nombre de kits conditionnés). La rémunération (d'un faible montant) est immédiate et versée en espèces afin

que ces ressources complémentaires ne remettent pas en cause l'éligibilité aux minima sociaux.

Le fonctionnement de l'atelier offre une très grande souplesse :

- possibilité pour les bénéficiaires de venir quand ils le souhaitent en fonction de l'activité de l'atelier,
- choix de la durée du temps travaillé,
- choix des tâches en fonction des capacités de chacun.

Partenaires

L'essentiel de l'activité est aujourd'hui réalisé pour le compte des associations Safe et ASUD.

Financements

Cette activité est autofinancée par la vente des services fournis.

Actualités

Pour que soit institué un cadre légal à une activité susceptible de répondre à de nombreux besoins, les services du ministère de la Cohésion sociale ont été saisis.

À retenir

Un concept adapté pour des publics fréquentant les CAARUD, souvent très précarisés, pas encore engagés dans un parcours d'insertion, et toujours consommateurs pour certains d'entre eux.

La nécessaire réflexion quant à une étape intermédiaire entre une absence totale d'activité et l'insertion par le travail.

Le besoin d'un cadre permettant de formaliser ce mode d'intervention ; un amendement adopté, lors du vote de la loi sur le RSA en décembre 2008, a certes permis de donner un cadre à l'utilisation de rémunérations sous forme de pécule, pour des organismes ayant vocation à proposer un accueil communautaire et des activités solidaires (OACAS) ; l'agrément requis

pour bénéficier de cette disposition reste encore à négocier pour les établissements médico-sociaux de type CSAPA ou CAARUD.

Contact

Directeur : Jean-Louis Bara,
FIRST

39, rue de Toulouse

93600 Aulnay-Sous-Bois

Tél. : 01 48 19 60 13

Courriel : assfirst@club-internet.fr

ASSOCIATION LIGNE DE VIE

Accompagnement et maintien dans l'emploi des publics usagers de drogues

Historique

L'association Ligne de Vie est créée en 2004 à l'initiative de Michel Platini, après la dissolution de sa Fondation pour la réinsertion professionnelle de personnes toxicomanes.

La Fondation Michel Platini a mobilisé, de 1987 à 2004, un important réseau d'entreprises, de personnalités, de médecins et de travailleurs sociaux, qui a permis à plus de 800 patients toxicomanes, sevrés ou stabilisés par un traitement de substitution, de s'insérer ou se réinsérer dans le monde du travail.

Le centre hospitalier Sainte-Anne et la Mairie de Paris sont les partenaires historiques de cette action reprise et développée par Ligne de Vie.

Opérateur

Créée en mai 2004, Ligne de Vie est opérationnelle en septembre 2005, à partir de son installation dans le service d'addictologie du Dr Laqueille, au centre hospitalier de Sainte-Anne.

Publics visés

Personnes toxicomanes sevrées ou stabilisées par un traitement de substitution, recommandées par un médecin, un travailleur social ou un ancien usager de drogues connu de l'association.

Objectifs

L'objectif est de proposer un emploi, associé à un suivi médico-social, à un public toxicomane en rémission, souvent contaminé par le VIH-Sida et le VHC, cumulant

des handicaps sociaux, médicaux et psychologiques.

Méthode, contenus et propositions

L'association a mis en place une procédure de recrutement en deux étapes. La première est une évaluation médico-psychologique dans le cadre d'une consultation avec le médecin addictologue de Ligne de Vie. Sont inéligibles, les personnes présentant des troubles graves de la personnalité ou des pathologies psychiatriques incompatibles avec une intégration en milieu professionnel, représentant moins de 10 % des candidats reçus chaque année. La seconde étape est la constitution du dossier de demande d'emploi. Ce travail est effectué par le candidat lui-même, en collaboration avec le coordinateur chargé de la réinsertion. Il permet de mesurer la motivation du postulant à s'engager dans un véritable projet professionnel. Le dossier de candidature sera déposé, seulement s'il est complet, aux services employeurs de la Mairie de Paris avec lesquels Ligne de Vie collabore de manière régulière.

L'emploi proposé tient compte de ses capacités, de son parcours scolaire et professionnel, d'éventuelles contre-indications médicales, de son temps de transport journalier, etc. Ses souhaits sont toujours pris en considération et il n'est pas tenu d'accepter un poste qui ne lui convient pas.

Le médecin psychiatre et directeur médical de l'association Ligne de Vie intervient dans les situations de crise, à la demande du service employeur ou du salarié lui-même : fatigabilité secondaire aux pathologies associées, souffrance physique ou psychologique liée à la reprise d'activité, rechute toxicomaniaque, attitude de repli ou d'abandon, difficultés relationnelles dans l'environnement de travail, décompensation d'une pathologie physique ou

psychiatrique, épisode dépressif ou délirant. Ces interventions se font en collaboration avec les référents médicaux et sociaux du patient.

Partenaires

Ligne de Vie travaille en réseau avec l'ensemble du dispositif francilien de prise en charge médico-sociale des personnes toxicomanes, qu'il soit hospitalier ou associatif, et les fraternités d'anciens dépendants.

Financeurs

L'association a été créée grâce à une donation de 100 000 euros accordée par Michel Platini.

Elle est aujourd'hui financée par :

- Mairie de Paris ;
- Préfecture de Paris ;
- Conseil Régional d'Ile-de-France ;
- Sidaction ;
- Fondation Entreprise Société Générale pour la Solidarité.

Actualités

Ligne de Vie a passé, en juillet 2011, la barre des 400 personnes réinsérées. L'as-

sociation doit impérativement se renforcer pour maintenir sa capacité de recrutement et assurer un suivi post-embauche de qualité.

À retenir

La démarche innovante de la Mairie de Paris, avec un engagement solide et durable sous la forme d'une convention emploi renouvelable par tacite reconduction, portant sur une centaine de postes par an (contrats aidés et vacataires).

Le travail efficace et rigoureux montre combien la réinsertion n'est pas à dissocier du soin, qu'un accompagnement pluridisciplinaire cohérent facilite l'intégration professionnelle et le maintien dans l'emploi.

Contact

Docteur Laqueille, chef du service d'addictologie
 Karim Zerrouki, coordinateur administratif
 Association Ligne de Vie
 Centre hospitalier Sainte-Anne
 1, rue Cabanis - 75014 Paris
 Tél. 06 59 46 94 74 - 01 45 65 80 64
 Lignedevie75@yahoo.com

ASSOCIATION ESPACE

Formation Insertion/Addictions

Historique

L'association ESPACE est une structure porteuse d'un service d'insertion et d'un établissement médicosocial spécialisé en addictologie. Elle y a intégré dès 1998 des mesures d'accompagnement social et professionnel pour répondre aux demandes non satisfaites des usagers de drogue, majoritairement considérés par les intervenants de l'action sociale comme « inemployables » ou « peu fiables » tant qu'ils n'étaient pas durablement inscrits dans une démarche de soin.

En 13 ans, elle a acquis une expertise réelle sur ce champ et obtient des résultats significatifs notamment en matière d'emploi. Pour autant, ESPACE n'a pas la capacité humaine et matérielle de répondre à l'ensemble des demandes des usagers du territoire sur lequel elle agit et beaucoup de consommateurs ne souhaitent pas transiter par un service identifié comme spécifique aux consommateurs de produits psychoactifs lorsqu'il est question d'insertion sociale ou professionnelle.

Il nous semblait donc nécessaire de favoriser leur inclusion en sensibilisant nos partenaires à cette problématique. Des rencontres organisées avec les acteurs du dispositif d'insertion et une enquête auprès des intervenants sociaux ont permis de mettre en avant 4 points centraux expliquant leurs difficultés à prendre en charge ce public :

1. Méconnaissance des addictions,
2. Difficulté à aborder les consommations avec l'utilisateur ou focalisation du suivi sur l'usage de produits,

3. Impression de ne pas avancer dans le suivi (dénis, rechutes, maintien des consommations, absences répétées, abandon des démarches),

4. Méconnaissance du dispositif spécialisé de prise en charge et manque de partenariat avec les acteurs du champ de la santé.

Ces éléments, joints à une volonté clairement exprimée par les partenaires d'améliorer leur prise en charge, ont permis de concevoir puis mettre en place deux actions de formation en 2009 et 2010.

Objectifs

Améliorer l'insertion et l'accès au soin des personnes ayant de conduites addictives par le renforcement des compétences des professionnels intervenant auprès d'eux.

Apporter aux intervenants une méthode de travail en accompagnement favorisant l'adhésion des usagers au suivi,

Créer sur un territoire un réseau d'acteurs partageant une culture et des pratiques professionnelles communes liant insertion et soin.

Opérateur

Association ESPACE, Montargis

Publics ciblés

Intervenants de l'action sociale, socioéducative et de l'insertion conduisant des entretiens individualisés dans le cadre de leurs missions.

Méthode, contenus et propositions

1. Action de formation de 55 heures conçue en deux modules :
Module 1 (30 heures sur une semaine).

Travail sur les représentations

- aspects socioculturels
- connaissances de base en addictologie
- pathologies associées à l'usage de produits psychoactifs

- dispositif spécialisé de prise en charge
- ressources territoriales.

Module 2 : (25 heures réparties en 7 interventions sur 6 mois).

- Cadres d'intervention et missions
- Méthodologie d'accompagnement
- Mise en pratique des outils proposés
- Suivi d'études de cas.

Évaluation

- Bilan oral en fin d'action – Évaluation écrite à l'issue de chaque module (congruence attentes/contenus – pertinence de la méthode utilisée et outils – qualité des interventions et conditions de travail, degré de satisfaction et d'utilité dans la pratique professionnelle)
- Évaluation à 6 mois et un an sous forme orale et écrite (évolution dans les pratiques professionnelles et dans la relation avec l'utilisateur, difficultés rencontrées, utilité des contenus sur le long terme, carences.

Mobilisation partenariale

Afin de maintenir à jour les compétences acquises et maintenir le lien entre les participants, les professionnels ayant suivi ces actions de formation sont systématiquement invités à participer aux actions de formation internes de l'association ESPACE lorsque celles-ci se rapportent à la prise en charge de personnes ayant des conduites addictives (4 en 2010, 4 en 2011)

Partenaires

- **Groupe de travail Insertion/Addiction :** Conseil général du Loiret : Unité Territoriale de Solidarité de Montargis, Pôle emploi, Ets d'insertion Pain contre la faim et APAGEH, centre de formation FAP
- **26 professionnels participants, provenant de :** PJJ, CCAS ville de Montargis, Entreprises d'insertion APAGEH, Pain Contre la Faim, ALPEJ, centre de formation

FAP, service jeunesse ville de Chalette sur Loing, EREA, Unité Territoriale de Solidarité (conseil général) des villes de Montargis et Pithiviers, CHRS Coquerive, SAO Montargis.

Financements

ARS du Centre, FSE, ACSE, CUCS de l'agglomération montargoise,

À retenir

L'évaluation finale (1 an écoulé pour le premier groupe formé et 6 mois pour le second) laisse apparaître 3 grandes évolutions : leurs représentations des usagers se sont transformées, leur compréhension du phénomène s'est notablement améliorée et leurs pratiques professionnelles ont changé.

Les deux premiers points s'illustrent dans une très nette amélioration de la relation avec l'utilisateur, de leur capacité à évoquer les consommations sans qu'elles deviennent le centre de l'accompagnement et de laisser à l'utilisateur le choix de ses objectifs d'insertion. Au niveau des pratiques professionnelles, la méthode d'accompagnement et les outils proposés leur ont permis de maintenir un cap régulier dans le suivi tout en tenant compte du rythme de l'utilisateur ; elle aide à mieux se positionner, se protéger et savoir faire appel aux partenaires spécialisés.

Contact

Valérie Dorso, chargée de projet :
 espace.valerie@wanadoo.fr
 Association ESPACE – 40 rue Périer
 45200 Montargis. Tél. : 02 38 28 77 80

Sont vivement remerciés les différents services, organisations et structures qui ont permis aux auteurs de rencontrer leurs équipes ou d'accéder à leurs réseaux,

La FNARS, AURORE, Fédération Addiction, AIDES, SOS-DI, la Mutualité Française du Var, l'AFR, L'OFDT, le CEID, le CIRDD de Bretagne, Pôle Emploi, Ateliers Sans Frontières, Régie de Quartier de Créteil, ARCIE, Espace Insertion, Lire La Ville, Ligne de Vie, Insermédia, Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation du Val-de-Marne, Mission Locale de Rennes, Sortir de la Rue, Hémeré, ADCAL (Association Drômoise Chantiers Animation Locale), Le Centre Pierre-Nicole, La Corde Raide, le Centre des Wads, Parcours, le service d'addictologie Moreau de Tours, L'Abri, l'AMPTA, FIRST, Espace, SAFE, PROSES, LE TIPI, ARIA, Le Pélican, l'Antenne toxicomanie de la prison de Lyon-Corbas, ACPM, Point-Virgule, Point Marseille, Envol, Association Rimbaud, Le SATO, la communauté thérapeutique du Fleuve, la communauté thérapeutique Lafitole, le Foyer Saint-François, La Corniche (SOS-DI), ACPM, Vinci Construction, L'Université Bordeaux 2 / Département de sociologie, Le Théâtre de l'Imprévu.

Les villes, départements, régions et services de l'État qui ont contribué, par leur soutien ou leur participation à la réalisation de ce guide, La Communauté d'Agglomération Plaine Centrale du Val-de-Marne, la ville de Paris, la ville de Marseille, le Conseil Général de Gironde, le Conseil Général du Val-de-Marne, le Conseil Général du Loiret, Le Conseil Régional Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Les délégations territoriales de l'Agence Régionale de Santé de Gironde et du Loiret, la direction territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les délégations MILDT de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et du Loiret.

Ainsi que les partenaires européens, dont les apports ont ouvert d'intéressantes perspectives :

L'Institut Portugais des Drogues et des Toxicodépendances, La Fondation Villa Maraini et la Coopérative sociale Villa Maraini, SOLCOROMA, la Cité des Métiers de Rome

ACHEVÉ D'IMPRIMER NOVEMBRE 2011
Maquette Olivier Caldéron
Impression Imprimerie Mouzet
Imprimé en France / Printed in France



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Premier ministre

MiLDT
www.drogues.gouv.fr

Mission interministérielle de lutte
contre la drogue et la toxicomanie



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA VILLE



l'Europe
s'engage
en France



UNION EUROPÉENNE
Fond social européen

DROGUES ET SOCIÉTÉ



CIRDD
CENTRE
D'INFORMATION
REGIONAL
SUR LES DROGUES
ET LES DÉPENDANCES

racine
Organisme intermédiaire