



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

CAFDES – 2002

IRTS – Nord/Pas-De-Calais

Option : Personnes en difficulté sociale

**Créer un Chantier Ecole dans un CSST : une structure passerelle
pour l'insertion socioprofessionnelle des toxicomanes**

Philippe DEKEIREL

Introduction	p1
<u>1^{ère} Partie</u>	p8
<u>I.Le Centre de Soins du Relais, une réponse globale cohérente mais insuffisante</u>	
<u>1.1Une association plus politique que pragmatique</u>	
1.1.1Fonctionnement de l'association	
1.1.2Un contexte institutionnel confus	
1.1.3Une stratégie de direction au service du projet thérapeutique	p9
1.1.4Le développement par le partenariat	p10
<u>1.2Le Centre conventionné de soins en ambulatoire, un outil de front insuffisant</u>	p11
1.2.1Le cadre réglementaire	
1.2.2Une prise en charge dite globale	p12
1.2.3 Quelles valeurs pour quel projet	p13
1.2.4Un accueil pluridisciplinaire pour gérer l'urgence des toxicomanes	p14
<u>1.3L'urgence de la situation sanitaire des usagers de drogues et la prise en compte des phénomènes d'exclusions sociales</u>	p14
1.3.1Des données sanitaires alarmantes	
1.3.2 L'ouverture vers les dispositifs de droits communs médicaux	p15
1.3.3Le travail en réseau, un changement systémique	p16
<u>II Lutter contre l'exclusion, un nouveau défi pour l'association</u>	p18
<u>2.1Le Centre méthadone : exemple d'un partenariat réussi</u>	
2.1.1Former les équipes au projet	
2.1.2Modalités de fonctionnement	p19
2.1.3Déléguer pour mieux gérer	p20
2.1.4Synergie de moyens conventionnée	
<u>2.2La Boutique d'accueil à bas seuil de demandes: Point-Fixe</u>	p21
2.2.1Une reconnaissance difficile dans la ville, effet des représentations négatives	
2.2.2Une réponse pragmatique de première ligne	p22
2.2.3De la réduction des risques infectieux à la lutte contre l'exclusion sociale	p23
2.2.4 Organigramme de l'association et des services	p24
<u>2.3Les caractéristiques socioprofessionnelles des toxicomanes roubaisiens révèlent un public en grande exclusion sociale et professionnelle</u>	p25
2.3.1 Les usagers du Relais : analyse et constats depuis six ans	
2.3.2L'évolution des demandes questionnent la prise en charge	p27
2.3.3Les limites de la prise en charge et la nécessité de nouvelles réponses concrètes	p28
Conclusion de la première partie	p29

2^{ème} PARTIE

<u>III L'échec de l'insertion des toxicomanes</u>	p30
<u>3.1 La toxicomanie en France: logique d'une spécialisation institutionnelle</u>	
3.1.1 Les effets d'une loi paradoxale et ambiguë	
3.1.2 Une nouvelle « race » d'institutions spécialisées	
3.1.3 Le paradigme psychologique, cause d'un système inégal	p31
3.1.4 Des conséquences lourdes en terme d'adaptation des institutions	p32
3.1.5 Critique du modèle d'insertion professionnelle des post-cures, en milieu rural	p33
<u>3.2 Des facteurs médicaux et psychologiques de l'exclusion des toxicomanes</u>	p34
3.2.1 Usager d'héroïne, un personnage dangereux	
3.2.2 Les toxicomanes substitués : une gestion difficile de leurs dépendances	p34
3.2.3 La poly-toxicomanie : un détournement socialisé de la substitution	p36
<u>3.3 Des facteurs sociaux et professionnels d'exclusion des toxicomanes roubaisiens</u>	p37
3.3.1 Des logiques de désaffiliation, communes à tous les exclus	
3.3.2 L'ethnicité comme symptôme d'échec, un contexte local aggravant	p38
3.3.3 Une image d'eux-mêmes dévalorisée dans leur rapport à l'emploi	p39
3.3.4 Les critères de rejet des opérateurs d'insertions locaux	p40
3.3.5 L'absence de qualification professionnelle	p41
<u>IV Toxicomanie : une priorité d'insertion sociale et professionnelle dans le dispositif de droit commun</u>	p42
<u>4.1 Le cadre d'ouverture des politiques de lutte contre la toxicomanie : des leviers pour l'insertion sociale et professionnelle</u>	
4.1.1 Une stratégie vers le droit commun	
4.1.2 Politique de la ville et contrat local de sécurité	
4.1.3 L'articulation des politiques de santé, de prévention : soigner pour réinsérer	p43
4.1.4 Le re-conventionnement du projet thérapeutique du CSST : une priorité d'ouverture vers les dispositifs de droit commun	p44
<u>4.2 Des outils existants pour l'insertion des toxicomanes</u>	p45
4.2.1 L'insertion : une notion complexe	
4.2.2 Le RMI et le contrat d'insertion	p45
4.2.3 Le cadre du chantier-école	
4.2.4 Le choix des contrats emploi-solidarité	p47
<u>4.3 La création du Centre d'activités de Jour: des modalités d'actions éducatives renforcées pour l'insertion sociale des toxicomanes au Relais</u>	p47
4.3.1 L'atelier d'art thérapie	p48
4.3.2 L'atelier informatique	
4.3.3 Les repas communautaires	p49
4.3.4 Conforter l'insertion sociale par une activité professionnelle : un objectif prioritaire pour l'association	
Conclusion de la deuxième partie	p50

3èmePartie

V La Création du chantier-école: un dispositif innovant, une structure passerelle **p51**

5.1 Un ancrage local et un développement partenarial cohérent

- 5.1.1 Un réponse inscrite dans le schéma de la ville
- 5.1.2 L'association GAGNER et le Plan roubaisien d'Insertion p52
- 5.1.3 Le conventionnement par le CDIAE p53
- 5.1.4 L'agrément des contrats de travail par l'ANPE et la DDTEFP

5.2 Un choix d'activité : utilité sociale et développement économique

- 5.2.1 Les jardins et les fleurs de l'insertion
- 5.2.2 La recherche de marchés porteurs, une contrainte économique
- 5.2.3 Les moyens d'investissement p55
- 5.2.4 L'évolution du budget de fonctionnement : une stratégie de pérennisation

5.3 Un recrutement inscrit dans des priorités du Relais

- 5.3.1 Profils du public: un double enjeu pour la structure p57
- 5.3.2 Une réponse possible d'alternative à l'incarcération, pour les toxicomanes sous-main de justice p56
- 5.3.3 L'orientation des personnes vers le chantier-école p58
- 5.3.4 Le recrutement des salariés en insertion
- 5.3.5 Le choix des contrats de travail p59

VI Un dispositif articulé entre soins spécialisés et insertion professionnelle **p59**

6.1 Organisation et fonctions: les cadres de l'intervention

- 6.1.1 L'élargissement de la fonction de direction p60
- 6.1.2 Stratégie de direction
- 6.1.3 L'équipe d'encadrement : fonctions et profils de postes p 61
- 6.1.4 Les référents sociaux p63
- 6.1.5 Les réunions : outils de communication entre les services
- 6.1.6 Les règlement intérieur: un outil pédagogique p64
- 6.1.7 Le groupe de parole des usagers p65

6.2 Une prise en charge spécifique

- 6.2.1 Des objectifs limités p65
- 6.2.2 Une reconstruction identitaire et personnelle p66
- 6.2.3 Une sensibilisation et une expérimentation au travail p67
- 6.2.4 Une gestion du rapport au produit négocié p68
- 6.2.5 Un parcours d'insertion et de formation

6.3 Des facteurs d'évaluation du projet pour un développement de qualité

- 6.3.1 l'impact sur l'image de l'association p69
- 6.3.2 Aspect socio-économique p70
- 6.3.3 Au plan médico-social p71
- 6.3.4 Perspectives d'évolution du projet pour une intégration citoyenne p72

Conclusion Générale **p73**

TABLE DES SIGLES

A.I :	Association Intermédiaire
A.N.I.T. :	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
A.N.P.E :	Agence Nationale Pour l'Emploi
A.R.A :	Autour des rythmes actuels
B.E.P	Brevet élémentaire professionnel
C.A.F.D.E.S :	Certificat d'Aptitude à la Fonction de Directeur d'Etablissement Médico-Sociale
C.A	Conseil d'administration
C.A.J:	Centre d'Activités de Jour
C.A.P	Certificat d'aptitude professionnelle
C.C.A.S :	Centre Communal d'Action Sociale
C.C.P.D :	Conseil Communal de Prévention de la Délinquance
C.D.D :	Contrat à Durée Déterminée
C.D.I.A.E :	Conseil Départemental d'Insertion par l'Activité Economique
C.E.C :	Contrat Emploi Consolidé
C.E.S :	Contrat Emploi Solidarité
C.G :	Conseil Général du nord
C.H.R.S :	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
C.I.E.	Contrat initiative emploi
C.L.I :	Commission Locale d'Insertion
C.L.S :	Contrat Local de Sécurité
C.M.U :	Couverture Médicale Universelle
C.P.A.M :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R :	Conseil Régional
C.S.S.T :	Centre Spécialisé de soins pour toxicomanes
D.A.S	Direction de l'action sociale
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.D.T.E.F.P :	Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
D.G.A.S	Direction générale de l'action sociale
E.I :	Entreprise d'Insertion

E.T.P	Equivalent Temps. Plein
F.A.S	Fonds d'Action Sociale pour les travailleurs immigrés
F.S.E	Fonds social européen
G.R.A.S.T :	Groupe de Réflexion et d'Accès aux Soins pour les Toxicomanes
M.I.L.D.T :	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
M.E.A :	Musique expression animation
O.F.D.T :	Office français des Drogues et Toxicomanies
P.L.I.E :	Plan Local d'Insertion par l'Economique
P.R.I :	Plan roubaisien d'Insertion
R.MI. :	Revenu Minimum d'Insertion
U.R.E.I	Union Régionale de l'Insertion par l'Activité Economique
S.I.D.A	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
S.P.I.P	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
S.T.A.R :	Soins aux Toxicomanes de l'Agglomération roubaisienne
V.H.C :	Virus de l'Hépatite C

INTRODUCTION

Depuis vingt ans l'exclusion sociale, la marginalisation, le régime d'exception dans lesquels vivent les usagers de drogue, ont rendu difficile leur accès aux soins et à une réinsertion sociale et professionnelle. Ces constats en France ont servi de socle pour promouvoir des changements importants, dans les différents rapports d'experts et propositions des politiques de santé publique, qui se sont succédées depuis 1995, pour améliorer la prise en charge des toxicomanes dans le dispositif spécialisé.

L'objectif actuel de ces politiques publiques et de tous les acteurs du champ de la toxicomanie est de lutter contre toutes les exclusions dont sont victimes les toxicomanes, en recherchant l'ouverture du dispositif de prise en charge spécialisé vers les dispositifs dits de droit commun (médicaux, psychologiques et sociaux).

Cette volonté politique d'ouverture du dispositif s'exprime dans le cadre du plan triennal 1999-2001¹, de lutte contre la drogue et de prévention des toxicomanies, ainsi que dans le rapport d'étape du 15 octobre 1998², intitulée :Propositions pour une politique interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

« Le dispositif français de soins, centré sur l'abstinence, comme résultante de la loi de 1970 a été trop fortement orienté vers une approche médico-psychologique en négligeant souvent l'accompagnement social et professionnel. Ces constats d'inadaptations et d'insuffisances de réponses, doivent se traduire dans le cadre actuel des re-conventionnements des centres de soins sans hébergement, les CSST, par des nouvelles orientations concrètes dans les modalités d'actions. Selon le même rapport, il existe en France 24 ateliers d'insertion rattachés à des centres de soins, ce qui est insuffisant, compte tenu des 70% des toxicomanes qui sont suivis dans le dispositif national, considérés comme inactifs ou érémites³.

Cette rapport d'étape⁴ précise également ,que si plusieurs centre de soins, au niveau national de type post-cures ont mis en place des ateliers d'insertion professionnelle afin de mieux prendre en compte la dimension sociale des problèmes, ils restent souvent coupés de la réalité et ne contribuent pas nécessairement à insérer les usagers dans la vie réelle.

¹ Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances :1999-2001 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie

²Note d'étape du 15octobre 1998 : « l'urgence de s'adapter aux nouveaux besoins »

³ Savoir Plus Risquer moins ;MILDT : le dispositif de soins français.2000

Partant de ces priorités gouvernementales, qui rejoignent nos observations locales à Roubaix, dans une ville déjà largement marquée par le chômage (25%), le conseil d'administration de l'association m'a demandé, par délégation, en tant que directeur du centre spécialisé de soins ambulatoire de créer une structure d'insertion professionnelle de type chantier-école pour favoriser leur intégration et ouvrir le centre spécialisé de soins vers les dispositifs de droits communs d'insertion professionnelle.

Je vais présenter en première partie l'association et le CSST⁵ en ambulatoire que je dirige depuis six ans, ainsi que les différents services que j'ai pu développer comme réponse à l'urgence posée par l'exclusion sanitaire des toxicomanes.

Partant de l'évolution des demandes des usagers, en termes d'insertion sociale et professionnelle depuis l'arrivée des traitements dits de substitution en 1996, je vais définir la problématique de ce travail, centrée sur le nombre important de toxicomanes encore exclus socialement.

Pour ce faire, je vais analyser en deuxième partie les raisons de l'échec de l'insertion sociale et professionnelle des toxicomanes, en France, depuis l'origine de l'institutionnalisation de la toxicomanie, à la réalité de l'expérience quotidienne des toxicomanes roubaisiens, aujourd'hui.

J'analyserai les critères de l'exclusion des usagers de drogue, des dispositifs institutionnels ainsi que la question spécifique de leur souffrance psychologique qui est liée à la gestion difficile de leurs consommations de drogues et de leurs dépendances.

Si ces éléments constituent des freins à leur insertion sociale et professionnelle, je présenterai, en troisième partie le projet de création du chantier-école et du centre d'activités de jour, que j'ai mis en place par délégation du conseil d'administration, comme réponse innovante au niveau local. L'inscription de ce projet dans un réseau partenarial ouvert vers le dispositif de droit commun d'insertion professionnelle de Roubaix, constitue une passerelle originale. En tant que directeur, je vais y définir la stratégie que j'ai mise en place. J'aborderai enfin l'évaluation de l'action sur une année et ses perspectives de développement, pour l'avenir.

Pour reprendre un extrait du plan triennal de la MILDT⁶: «Il ne s'agit pas de créer des dispositifs d'insertion spécifiques qui s'ajouteraient à ceux qui existent déjà mais de mieux utiliser les dispositifs existants, notamment ceux relatifs au RMI. Il faut créer des passerelles avec les dispositifs de droits communs, s'appuyant sur l'articulation du soins aux toxicomanes avec le travail et la formation. C'est ce que je montrerai pour illustrer le caractère innovant de ce projet.

⁴ ibid. p192

⁵ CSST : centre spécialisé de soins pour toxicomanes régi par le décret du 29 juin 1992, qui définit le cadre réglementaire, le fonctionnement en deux catégories : les structures ambulatoires, par opposition aux structures accueillant les toxicomanes dans des résidences thérapeutiques.

I ère PARTIE

I Une réponse globale cohérente, mais insuffisante

1.1 Le Relais, une association plus politique que pragmatique

1.1.1. Fonctionnement de l'association

L'association que je dirige depuis janvier 1995, est une association de la loi 1901. Elle a été créée en 1989, par le Dr GHYSEL, son président de l'époque, accompagné d'un groupe d'acteurs locaux de la santé et du monde éducatif de Roubaix.

L'association a pour objet l'accueil de toutes personnes confrontées aux problèmes de pharmacodépendance, son accompagnement thérapeutique et social, son orientation vers les personnes et structures compétentes pour le suivi médico-social. (Art2)

Le conseil d'administration est actuellement composé de 17 administrateurs. Il n'y a pas de bénévoles impliqués dans la prise en charge des toxicomanes, à l'exception de l'ex-secrétaire et actuelle présidente, qui en tant qu'infirmière en retraite, a effectué des soins de première ligne auprès des usagers.

Le fonctionnement de l'association s'organise autour de quatre conseils d'administration par an, de réunions de bureau mensuelles, et d'une assemblée générale annuelle, conformément aux statuts.

En tant que directeur, je suis invité à l'ensemble des réunions des différentes instances décisionnelles de l'association, afin de présenter les affaires courantes. C'est l'occasion de parler de l'activité thérapeutique et des différentes orientations de la prise en charge « médico-psycho-sociale », ainsi que les projets en cours, le calendrier des réunions de partenariat auxquelles doivent assister les administrateurs..

Les réunions de bureau parent aux actions courantes, à la tenue de la comptabilité et à la gestion financière.

1.1.2 Un contexte institutionnel confus

Je suis arrivé au Relais, en janvier 1995 dans une période de turbulences de l'équipe. Trois chefs de service, psychologues de formation faisant fonction de directeur, se sont succédés, en deux ans, dans la même difficulté à trouver leur place entre le conseil d'administration, représenté par son président, personnalité politique locale, et l'équipe thérapeutique dans l'attente d'un directeur qui puisse médiatiser, et asseoir le fonctionnement de l'équipe, en dehors de toute pression politique.

⁶ Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances : p 89

Cette situation particulière a généré des disfonctionnements au sein de l'équipe et dans le fonctionnement associatif centré autour du président, laissant peu de place à la démocratie associative.

Cela a nécessité de ma part de médiatiser les relations avec le cabinet parlementaire du président de l'association, en même temps député et vice-président du conseil général, mais aussi de clarifier avec le conseil d'administration mes délégations, et les prérogatives de ma fonction. J'ai analysé l'ensemble des enjeux et la marge de manoeuvre entre résistances au changement et des leviers pour l'ouverture de l'institution.

Facteurs de résistances au changement

- méfiance de l'équipe par rapport à la capacité du nouveau directeur
- méfiance des institutions partenaires vis à vis de l'association
- dérive dans les responsabilités au sein de l'équipe
- interaction négative du cabinet parlementaire sur le fonctionnement associatif, par le contrôle, et la manipulation des membres de l'équipe

Leviers de changement

- L'urgence sanitaire des toxicomanes, facteur de changement et de projets nouveaux
- Reconnaissance par les partenaires associatifs et institutionnelles, de mes compétences dans la prise en charge des toxicomanes, acquises dans différentes institutions depuis une dizaine d'années
- Attentes institutionnelles et associatives fortes pour développer des partenariats et une politique d'ouverture avec l'association

Ces éléments et l'analyse que j'en ai faite ont permis de définir ma stratégie de direction

1.1.3. Une stratégie de direction au service du projet thérapeutique

J'ai choisi d'opter pour un mode de management s'appuyant sur « une modélisation systémique⁷ en pensant les relations entre les personnes, comme des interactions complexes, où se mélangent des niveaux, politiques, économiques, psychologiques, sociaux, médicaux et affectifs »⁸.

Malgré des divergences politiques avec le président de l'association cette façon de penser la prise en charge, m'a permis d'établir avec lui et le conseil d'administration, un consensus sur l'action du

⁷ Systémique : courant théorique s'appuyant sur l'analyse des systèmes humains, et la cybernétique (auto-régulation)

⁸ DONNADIEU Gérard Manager avec le social. Editions Liaisons

Relais dans l'aide à apporter aux toxicomanes et s'entendre sur le sens des projets du centre de soins .

Tout en gardant un regard sur l'ensemble des interactions, j'ai structuré et établi des frontières, entre les différents niveaux organisationnels, équipe éducative et organisation administrative.

J'ai défini les rôles et les tâches de chacun, ce qui a entraîné notamment un recadrage du travail des secrétaires, autour desquelles apparaissaient des dérives.

En agissant pour la reconnaissance des compétences de l'équipe, à l'interne et l'externe j'ai cherché à qualifier le projet thérapeutique du centre .

L'évaluation que j'ai faite du travail de l'équipe éducative m'a donné confiance dans ses compétences pour réaliser un travail de qualité. En accord avec mon profil de poste défini par le conseil d'administration, j'ai occupé pendant une année une fonction partagée entre ma fonction de direction et la gestion de suivis à mi-temps, ce qui était une conséquence de la taille de l'équipe.

Cela a été l'occasion de renforcer la confiance de l'équipe , par mon implication concrète dans la prise en charge socio-éducative des usagers.

Mon expérience antérieure d'éducateur, de thérapeute familial et de chef de service éducatif ont conforté l'échange dans l'équipe autour du travail clinique et thérapeutique.

L'urgence de la situation sanitaire et sociale des toxicomanes, la nécessaire adaptation des réponses médico-psycho-sociales ont joué comme levier de résistances au changement , pour développer des projets et l'ouverture à de nouveaux partenariats.

1.1.4Le développement du partenariat

J'ai choisi de participer à l'ensemble des réunions de partenaires, sur la ville et dans les quartiers, afin de percevoir la réalité de la situation sociale décrite par les acteurs sociaux de "terrain" et communiquer sur le travail effectué et à faire par l'équipe du centre de soins. Tout ceci en synergie avec les partenaires associatifs et institutionnels.

L'organisation de journées de formation, en collaboration avec le GRAS⁹, réseau local d'acteurs sociaux et médicaux, a contribué à faire reconnaître le savoir-faire de l'équipe, en organisant des colloques à Roubaix et en participant à l'organisation à d'autres journées de formation au niveau national.

⁹ GRAS : groupe réflexion et d'accès aux soins des toxicomanes, piloté à l'époque par la ville de Roubaix
Ce groupe n'existe plus sous cette forme, il est remplacé par un réseau de professionnels de santé(STAR)
Philippe DEKEIREL - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

1.2 Le Centre conventionné de soins spécialisés , un outil de front insuffisant

1.2.1 Le cadre réglementaire

Lorsque je suis arrivé au Relais , l'association gérait uniquement le Centre de soins en ambulatoire, unique réponse à la ville , pour accueillir, orienter , écouter et soigner les toxicomanes. Le nombre de patients suivis par l'équipe était environ de 300 personnes par an.

La prise en charge pluridisciplinaire découle directement du décret du 29 juin 1992¹⁰, qui conventionne les associations avec l'état, pour une durée de cinq ans. Les structures financées par l'état sont désignées par le nom de centres spécialisés conventionnés de soins pour toxicomanes (CSCST), avec ou sans hébergement. Le Relais gère une structure dite ambulatoire par opposition aux structures d'hébergement thérapeutique. (Post-cures, appartements thérapeutiques, centre d'hébergement d'urgence..)

La mission du Relais, comme structure de soins ambulatoires est d'assurer conjointement une prise en charge médico-sociale et une prise en charge socio-éducative. Le statut de CSST labellise la prise en charge qui s'appuie sur l'interdisciplinarité .

-Aucune commission ne donne avis pour la création ou l'extension d'un centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

-Les centres de soins peuvent être gérés par des services de l'Etat, des établissements publics de santé, ou encore des associations.

-Chaque structure peut développer, en fonction des contextes géographiques, économiques, d'indicateurs de toxicomanie locaux, des projets qui au fil de l'évolution du phénomène s'adaptent aux besoins. (Lits de sevrage, post-cures en milieu rural ou urbain, appartements thérapeutiques, réseaux ville-hôpital, réseau de familles d'accueil, centre de crise ou d'urgence, boutiques ou dispensaire de vie..)

-Ces sections, précisées à l'article 2 du décret n°92-590 du 29 juin, visent à isoler au sens comptable et juridique du terme , certains modes de prise en charge spécifiques et d'autres part à éviter un éparpillement d'activités diverses, une accumulation au fil du temps d'actions sans cohérence au regard du projet thérapeutique initial.

Les centres qui appartiennent au dispositif peuvent bénéficier d'un financement sur le chapitre 47-15 article 12, du budget de l'état.

-Chaque centre doit fixer ses orientations en matière de prise en charge et les formaliser dans un document unique, dit projet thérapeutique (art 3)

-Chaque centre doit élaborer un rapport d'activités annuel(art4)

L'association a conventionné un partenariat avec l'hôpital de Roubaix pour la prise en charge médicale et l'orientation vers le sevrage physique de l'héroïne.

1.2.2 Une prise en charge dite globale

Conformément au décret du 29 juin 1992, le CSCST du Relais développe une prise en charge médicale, psychologique, et sociale, dans laquelle il n'y a pas prépondérance d'un acte sur un autre. Cela découle d'une approche dite « bio-psycho-sociale », définie par Stanton et Steele, reprise par le Pr Olievenstein¹¹, qui définit la toxicomanie, comme la résultante entre la rencontre d'un individu, avec un produit, à un moment socio-culturel donné.

Les réponses qui en découlent sont plurielles et complémentaires, ce qui légitime d'avoir une équipe pluridisciplinaire.

Pour ce travail, l'équipe est composée: d'un directeur, d'un éducateur spécialisé, d'une psychologue à ¾ de temps, d'une assistante sociale à temps plein, et d'un temps et demi de secrétariat comptable, pour une file active¹² de 300 personnes sur l'année.

Les actions actuelles du CSST définies dans le projet thérapeutique sont:

- l'accueil des toxicomanes et de leur famille
- l'évaluation de leur projet de rupture avec la drogue
- une évaluation médicale et une orientation rapide en fonction de leur état de santé
- un accompagnement lors de leurs sevrages ambulatoires
- l'aide et la résolution de leurs problèmes administratifs (logement, justice, emploi)
- le soutien psychologique et/ou familial
- une aide à la réinsertion sociale et professionnelle
- un soutien et accompagnement des personnes en détention

¹⁰ Décret n°92-250 du 29 juin 1992

¹¹ OLIEVENSTEIN Claude. La vie du toxicomane.

1.2.3 Quelles valeurs pour quel projet

Les valeurs expriment le «vouloir être» d'une équipe. Elles sont nécessaires pour donner un sens collectif à l'action. Sans elles, chaque acteur construit sa pratique à partir de ses propres valeurs avec le risque toujours présent de valeurs contradictoires. Plus une équipe se complexifie, plus la négociation sur des valeurs communes émerge comme une nécessité.

Les modalités d'action du projet, doivent être en cohérence avec les valeurs communes partagées par l'équipe et le Conseil d'administration¹³. Sans celles-ci en effet, l'incohérence guette une équipe indépendamment de la bonne volonté de chacun.

- L'équipe entend construire son action sur la base du respect et de la tolérance. Cela signifie une volonté d'accepter l'autre avec ses différences, dans un cadre d'écoute et d'attention. Notre regard visera donc à prendre en compte les valeurs de l'autre, dans leurs spécificités et leurs singularités.
- Les personnes sont inscrites dans un ensemble de relations complexes, dont il faut percevoir l'ensemble, plus que de réduire la compréhension de leur problématique au produit et à la dépendance. Cette valeur introduit la compréhension de l'aide à apporter, comme la résultante d'un système de compétences, qui englobe, l'individu et son environnement social et familial. De fait l'intervention thérapeutique doit tenir compte des changements qui pourront s'opérer pour la personne, mais aussi sa famille. L'être humain est un être social et relationnel.
- Toutes les personnes, indépendamment de leur histoire ont des capacités à changer dans le sens d'un mieux. Cela introduit le droit à l'erreur et une pédagogie de la sanction, comme réponse concrète dans la contractualisation du projet de soin. C'est la croyance en la perfectibilité des personnes qui nous sollicitent. «Face aux situations qu'il rencontre le praticien doit composer avec ses valeurs et le respect de la commande institutionnelle. L'action sociale est toujours un compromis »¹⁴.

¹² File active : ensemble des patients suivis par la structure

¹³ Extraits d'un travail collectif organisé cette année sur le projet thérapeutique et le projet associatif. Juin 2000

1.2.4 Un accueil pluridisciplinaire pour gérer l'urgence des toxicomanes

L'activité de l'équipe est partagée entre l'accueil au centre, dans le cadre de permanences, ou de rendez-vous, et l'accompagnement médical et social des personnes dans leurs démarches extérieures.

Si les anciens centres d'accueil ont perdu par le décret du 29 juin 1992, comme le Relais leur appellation au profit de celle de Centre spécialisé de soins conventionné, il n'en reste pas moins que l'accueil, détermine la qualité du projet qui va pouvoir se construire avec la personne toxicomane en demande d'aide.

La complexité de la demande des usagers, concomitamment sociale, médicale et psychologique, ne peut se traiter que dans la pluridisciplinarité. Cela nécessite d'avoir comme cadre de lecture, une vision interactionnelle du symptôme toxicomanie, et savoir hiérarchiser les priorités.

Lors du premier entretien, le référent présent à l'accueil, indépendamment de son champ de compétence, reçoit la personne, et élabore un projet de suivi contractualisé par les deux parties.

Même, s'il faut plusieurs entretiens, pour affiner la demande parfois contradictoire des toxicomanes, c'est dans la permanence du suivi et dans l'instauration d'une relation de confiance, que le travail plus thérapeutique va pouvoir émerger.

La prise en charge dans le cadre d'un CSST, comme le dit BERGERON¹⁵ est avant tout un travail sur le temps. Le toxicomane ne sortira de son état de détresse sociale, physique et psychologique qu'au bout de plusieurs années, pendant lesquelles il entrera probablement en contact avec les différentes institutions capables de lui porter secours ».

Lorsque le toxicomane est « accroché », après le premier accueil, il s'agit pour l'équipe de gérer la tension permanente née de la confrontation de l'état d'urgence sociale ou somatique de la personne et de l'objectif thérapeutique à long terme.

L'état d'urgence apparaît de façon récurrente tout au long du parcours du toxicomane. Le patient peut se trouver sans ressources à un moment donné, puis traverser une période où il va encore se voir confronté à des complications médicales.

La difficulté consiste pour l'équipe à gérer cette succession de périodes d'urgences et de calmes relatifs. La mise en place d'une thérapie sur le long terme n'étant envisageable que lorsque le toxicomane n'est pas totalement absorbé par des problèmes immédiats auxquels il est confronté

¹⁴ Extrait du dictionnaire critique de l'action sociale. les enjeux du travail social. p 295

¹⁵ BERGERON H. Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins entre idéologie et action L'Harmattan. p 35
Philippe DEKEIREL - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

Après cette phase d'accueil, un travail de présentation des nouvelles situations est effectué en équipe, chaque semaine. Nous déterminons en équipe le diagnostic et les orientations vers des partenaires associés à la prise en charge mais également des orientations au sein de l'équipe thérapeutique.

Un suivi médical ambulatoire, ou un travail plus spécifique avec tel ou tel intervenant peut être préconisé, en relation avec la demande mais aussi la connaissance que nous pouvons avoir des personnes.

1.3 L'urgence de la situation sanitaire des usagers de drogues et la prise en compte des phénomènes d'exclusions

1.3.1 Des données sanitaires alarmantes

Selon les sources de l'OFDT, en 1995, les toxicomanes qui s'adressent aux centres de soins au niveau national sont à 72% des hommes, âgés de 29ans en moyenne, de nationalité française à 89%, souvent en situation d'errance(39%), bénéficiant du RMI, sans travail ou inscrits au chômage(41%), ayant été incarcérés au moins une fois(53%), n'étant pas suivis médicalement quand ils sont contaminés par le VIH ou le VHC(47%)

.Les indicateurs sanitaires et sociaux des personnes qui s'adressent au Relais correspondent à ces données nationales

Au cours des années 1995 les orientations en matière de lutte contre la toxicomanie connaîtront des changements importants, qui se traduiront par l'adoption officielle de la politique de réduction des risques, le développement des programmes méthadone, l'ouverture de programmes d'échange de seringues et la création de « boutiques », comme lieu d'accueil à seuil adapté pour toxicomanes actifs.

1.3.2 Une ouverture nécessaire vers les dispositifs de droits communs médicaux

Le constat le plus important que fait le Pr Henrion¹⁶ dans son rapport de février 1995, est l'aggravation de la situation sanitaire des toxicomanes.

Il propose de réintégrer cette population « exclue et marginalisée » dans la société, notamment en ouvrant le système de droit commun à la prise en charge des usagers de drogue. Ceci va se traduire par la mise sur le marché des traitements de substitution et du développement des programmes d'échanges de seringues, mais aussi par la création des réseaux ville hôpital.

¹⁶ HENRION(R) ,Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, sous la Présidence de R HENRION , ministère des affaires sociales de la Santé et de la Ville, la Documentation Française, Paris 1995
Philippe DEKEIREL - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

Avec la mise sur le marché des traitements dits de substitution, c'est l'ère de la déspecialisation des CSST, et du développement de partenariats, de réseaux pluridisciplinaires de prise en charge, ainsi que de la coordination du dispositif pour l'ouverture vers les dispositifs de droit commun.

« Le toxicomane, ne doit plus appartenir à une seule institution, mais doit se trouver au centre d'un maillage de réponses plurielles, tournées vers la ville, hors des institutions »¹⁷.

L'objectif partagé par les professionnels, notamment l'ANIT est la sortie des toxicomanes de l'exception dans laquelle ils sont enfermés depuis une trentaine d'années¹⁸, et contourner l'obstacle du maintien de la pénalisation de l'usage. La réalité de ces données sanitaires a sérieusement contribué à ce que le Relais s'adapte malgré des résistances au changement dans la prise en charge. Ces résistances idéologiques se sont construites sur l'abstinence à toutes drogues et la domination sans partage des théories psycho-dynamiques de la personnalité.

1.3.3 Le travail en réseau, un changement systémique

La mise sur le marché des traitements de substitution, en mars 1995 pour la méthadone, et en février 1996, pour le SUBUTEX®, a constitué un challenge pour les centres de soins et pour les nouvelles directions à donner au projet thérapeutique de l'association.

Cela a représenté un changement de culture, et de conception du soin aux toxicomanes. L'augmentation de la file active étant le seul véritable argument favorable à l'augmentation des moyens financiers selon le décret du 29 Juin 1992, qui cadre réglementairement le secteur, certains centres ont profité de la mise sur le marché des traitements de substitutions, pour augmenter leur file active, en augmentant la prescription médicamenteuse par le médecin du centre. Ce qui correspondait à l'époque à une volonté « d'hyper-spécialiser » la prise en charge médicale dans les centres de soins.

Le choix que nous avons décidé en équipe et en accord avec le conseil d'administration a été de privilégier l'orientation des personnes pour les prescriptions de traitements de substitutions vers leur médecin de ville, afin de ne pas créer une file active artificielle de patients dans le CSST, et favoriser la formation des professionnels du réseau. C'est un choix volontaire, de déspecialiser la prise en charge, au sein du Relais.

J'ai choisi avec l'équipe de travailler à la formation des professionnels de santé, pharmaciens et médecins de ville, afin d'ouvrir le nombre de personnes en contact avec les usagers de drogue dans

¹⁷ Intervention de clôture de Bernard KOUCHNER, aux journées nationales des experts de Novembre 1997

¹⁸ ANIT : Colloque de Biarritz 2000

la ville de Roubaix, articulées avec l'hôpital de Roubaix , pour compléter le projet de création du centre méthadone.

« Le réseau est un co-partenariat d'une nature nouvelle, qui implique une formalisation et une transformation des pratiques. Il a pour objectif la création d'actions collectives dans le domaine médico-psychologique et socio-éducatif. C'est un outil local pour le développement d'un nouveau mode de travail avec l'ensemble des personnes impliquées dans la résolution du problème »¹⁹.

Cette stratégie interactionnelle a contribué à améliorer la place des usagers de drogue dans le système thérapeutique, plus ouvert sur l'extérieur de l'institution, et a favorisé la relation entre tous ces professionnels, (pharmaciens, médecins, travailleurs sociaux..) qui voyaient d'un mauvais œil, l'arrivée des traitements de substitution.

Cette ouverture de l'institution, vers la ville, dans un contexte de concurrence des structures entre elles, focalisées sur la file active ,est un pari qui illustre notre volonté de déspecialiser la prise en charge des toxicomanes, qui était jusque là l'apanage des CSST. Comme le dit Bergeron, il fallait sortir des logiques de remplissage alors qu'il s'agissait jusqu'alors dans ce secteur de " faire du chiffre pour se justifier"²⁰.

Le médecin du centre est devenu un animateur de réseau et de compétences, plus qu'un spécialiste détenteur d'un savoir particulier sur la toxicomanie.

La fréquence des réunions de réseau est mensuelle et permet l'échange entre les différents professionnels autour d'un patient. L'anonymat des personnes y est respecté.

Dans certains cas, afin de matérialiser le contrat de soins, la personne sous traitement est invitée à participer à la réunion, ainsi que le médecin prescripteur, le pharmacien , et les travailleurs sociaux .Cette façon de faire, renvoie plus, à la co-construction du système thérapeutique, qu'à la prédominance d'un savoir sur un autre.

¹⁹ MOREL A. La prévention des toxicomanies.

²⁰ BERGERON Henri. Soigner la toxicomanie. L'Harmattan. P239

II Lutter contre l'exclusion, par la politique de réduction des risques : un nouveau défi pour l'association

2.1 Le centre méthadone, exemple d'un partenariat réussi

2.1.1 Former les équipes au projet

En complément de ce dispositif de soins ambulatoires, le président de l'association m'a demandé de réfléchir à mettre en place un centre méthadone, en partenariat avec l'hôpital de Roubaix, et ce dès mon arrivée au Relais, en janvier 1995.

Si pour des professionnels rôtés au travail avec les toxicomanes, « ce changement de cap », dont parle l'ANIT²¹, était plus que nécessaire et urgent, un grand nombre de professionnels ont continué à nier l'intérêt médical de ces réponses pourtant pragmatiques.

En tant que directeur, c'était pour moi une occasion de réaliser un projet auquel je croyais depuis plusieurs années pour lutter contre l'exclusion sanitaire des toxicomanes des dispositifs de droits communs constitués par l'hôpital et la médecine de ville.

Pour que le changement s'opère dans les mentalités des équipes, il fallait prendre le temps de se former mutuellement et lever les représentations négatives entourant la prescription de traitements de substitution. Ce projet novateur est venu interroger les représentations des personnels de l'équipe du Relais et de l'hôpital, forgées sur la croyance en l'abstinence, et la méfiance dans les traitements dits de substitution.

C'est ce que nous avons fait, en allant voir d'autres expériences de centres méthadone français, afin de construire un projet collectivement accepté et se former à ce nouveau mode de prise en charge.

L'intérêt de ce projet est qu'il nous a obligé à travailler à la formation du réseau de professionnels de santé, (médecins, pharmaciens) avec lesquels la suite de la prise en charge des patients en ville devait se faire, selon la circulaire DGS/DH du 7 mars 1994 relative à la diversification de la prise en charge des toxicomanes, en milieu hospitalier et en réseau de ville.

Ce service accueille actuellement une file active de 50 personnes ouvert en Décembre 1995, dans le cadre de la circulaire DGS/DH n°29 du 31 mars 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.

L'objectif de ce centre méthadone, est de rentrer en contact avec un public toxicomane particulièrement marginalisé, ayant des difficultés à recourir aux réponses traditionnelles de sevrage et de départ en post-cure..

La création de ce centre méthadone s'est concrétisée après une année de travail et d'échanges avec l'équipe de l'hôpital, dirigée par le Dr Wémeau, qui est en même temps le vice-président, co-

fondateur de l'association. Cette proximité a grandement favorisé le partenariat et le conventionnement des moyens ainsi que le fonctionnement des deux services.

2.1.2 Modalités de fonctionnement

Le service de distribution de la méthadone est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30, dans les locaux du Pavillon 15, dans une aile adjacente au service de sevrage ambulatoire. L'accueil et la distribution se font dans un local aménagé à cet effet. Une personne de l'équipe du centre de soins est présente aux temps d'ouverture, en compagnie d'une infirmière et le médecin mis à disposition par l'hôpital.

Les objectifs du centre de traitements de substitution sont les suivants:

- faciliter l'accès aux soins des toxicomanes en répondant de façon précoce à leurs demandes (cure, substitution, suivi ambulatoire, aide aux projets de réinsertion sociaux et professionnels)
- réduire l'usage de l'héroïne, et par conséquent les risques de pénalisation entourant l'usage
- stabiliser la santé physique et psychologique des patients séropositifs
- permettre un suivi psychologique des problèmes liés à la toxicomanie, ou au traitement par produit de substitution.

Le programme s'adresse à des toxicomanes dont l'héroïnomanie et la toxicodépendance est avérée. L'indication d'un traitement méthadone doit être une réponse pour des personnes dont les tentatives de sevrage et d'abstinence ont échoué, mais où des indicateurs d'insertion sociale subsistent, qui leur permettent d'accéder aux contraintes de ce type de traitement. La prise en charge repose sur :

- Un bilan psychologique et social est effectué par l'équipe du Centre de soins, qui a précédemment suivi la personne, en amont de la demande de traitement, à partir de la première demande. Un projet personnalisé est élaboré
- un bilan toxicologique est effectué par le médecin du centre responsable de la prescription de méthadone
- un bilan médical permet d'affiner la prescription, le dosage et le suivi médical, pour les pathologies connexes au problème de dépendance aux opiacés.

Le Relais a vu ses financements renforcés pour cette nouvelle activité par une subvention pérenne de 200KF par an de la DDASS, afin de qualifier professionnellement la prise en charge.

²¹ ANIT :Changer de Cap.1994

J'ai choisi de répartir cette enveloppe supplémentaire en promulguant l'éducateur spécialisé au poste de chef de service éducatif; de faire passer le temps de psychologue d'un mi-temps à un $\frac{3}{4}$ de temps; et d'augmenter également la prestation du médecin du centre de 5 heures par mois, afin de coordonner les réunions de réseaux , ainsi que la formation des médecins et des pharmaciens de ville.

2.1.3 Déléguer pour mieux gérer

« Déléguer , c'est confier à autrui la réalisation d'objectifs précis et négociés, à l'intérieur d'un cadre défini »²².

Même si la taille de l'équipe ne l'obligeait pas, il m'a semblé stratégique à partir de la création de ce nouveau service, de positionner le chef de service dans l'organigramme fonctionnel , compte tenu de la configuration du projet, et en accord avec l'autorité de contrôle.

J'ai défini ainsi, en accord avec le conseil d'administration de nouvelles délégations, attachées à la bonne marche de ce nouveau service.(réunions inter-services, réunions d'admissions, élaboration des statistiques en vue du rapport annuel d'activités, suivi du projet et de la file active...) .

La gestion d'un service articulant une équipe psycho-éducative et une équipe médicale hospitalière, ainsi que le partenariat avec un réseau de professionnels de santé en ville, justifiait la valorisation et la qualification de cette nouvelle fonction.

Ce choix m'a permis de me dégager significativement du temps pour travailler sur le développement de réseaux de partenaires et la formation des acteurs locaux, du champ spécialisé et non-spécialisé. J'ai également pu ré-investir la fonction de gestionnaire administratif , financier, et mettre en place des procédures de contrôle.

A partir de délégations négociées, avec le chef de service et en accord avec le conseil d'administration, il rend compte de l'activité du service méthadone, par la rédaction d'un rapport d'activités annuel et des comptes-rendu des réunions auxquelles il participe.

2.1.4 Une mise en synergie de moyens conventionnés avec l'hôpital

Pour cette activité l'hôpital met à disposition un médecin, pour la prescription et le suivi médical, ainsi qu'une infirmière à mi-temps pour la gestion des stocks, la distribution, les contrôles et les soins (VIH, VHC...).Ceci fait l'objet d'une convention reconduite tacitement chaque année, pour la mise à disposition du personnel hospitalier, ainsi que les conditions de fonctionnement, entre l'association et l'hôpital.

- Une psychologue 8h/semaine
- Un chef de service éducatif 9h/semaine
- Une assistante sociale 8h/semaine



détachés du CSST, pour un volume de 25 heures /semaine à l'hôpital

- Un médecin assistant praticien hospitalier pour ¼ de temps
- Un médecin gastro-entérologue pour une vacation de 2h/ semaine
- Une infirmière à ½ temps détachée de l'unité de sevrage



mis à disposition par l'hôpital

Les admissions des personnes dans ce programme sont effectuées en équipe mixte, médecin de l'hôpital, infirmière, chef de service éducatif. Le nombre de places étant limitées, nous établissons une liste d'attente, après que les personnes ont rencontré un membre de chaque équipe

Le programme est également couplé avec la maternité de Roubaix, pour l'accueil prioritaire de femmes enceintes dépendantes des opiacés. La file active est passée de 10 personnes en 1995, à 50 personnes en 2000.

2.2 La boutique à bas seuil de demandes: Point-fixe

2.2.1 Une reconnaissance difficile dans la ville, effet de représentations négatives

Toujours dans le cadre prioritaire de la politique de réduction des risques infectieux et en complément du programme méthadone, pour les toxicomanes les plus exclus, j'ai travaillé à la demande de la DDASS, délégation SIDA, à la création en octobre 1998 d'un lieu d'accueil à bas seuil de demandes pour toxicomanes actifs à Roubaix. Le fonctionnement et le financement des boutiques est défini par la circulaire DGS.n° 4 du 11 Janvier 1995 relative aux orientations dans la prise en charge des toxicomanes.

Cette structure dont l'appellation varie, de boutique à dispensaire de vie, en passant par lieu d'accueil à seuil adapté s'appelle: Point-Fixe.

La création de ce type de structure dans une ville comme Roubaix, n'a pas été sans poser quelques problèmes de voisinage.

L'expérience que nous avons vécue, d'une pétition du comité de quartier appelant les habitants à s'opposer à l'installation de Point-Fixe dans leur quartier, nous a obligé, après avoir obtenu le

²² MIRAMON JM. Manager le changement dans l'action sociale .ENSP.p 67

financement de la DASS, à rapatrier la structure en proximité du nouveau centre de soins, et ce dans un temps très court.

Cet événement rappelle que l'exclusion des toxicomanes renvoie à des représentations violentes, qu'il faut savoir médiatiser et contourner, pour insérer ce type de projet à la limite du légal et de l'illégal dans l'environnement urbain.

Le choix que nous avons fait, avec le conseil d'administration, les élus et le comité de pilotage a été d'ouvrir la structure, sans communiquer sur le projet à l'extérieur de l'institution et de s'appuyer sur le « bouche à oreille », comme vecteur de communication entre les usagers et les futurs utilisateurs de la structure. Il faut comprendre qu'à l'époque pour l'ensemble des intervenants sociaux de la ville et nombre de familles des usagers, l'acte de donner des seringues et du matériel stérile pour l'injection des drogues à moindre risques, a été vécu comme du prosélytisme, générant des réactions parfois violentes de rejets.

2.2.2 Une réponse pragmatique de première ligne

Les programmes d'échange de seringues sont également des outils contribuant à la reconnaissance des usagers de drogue, comme acteurs de prévention des risques, notamment par le fait qu'ils ramènent leur matériel usagé, dans le service.

Cette structure, trouve sa complémentarité dans la ville, par la mise en place de bornes récupératrices de seringues usagées et d'un échangeur-distributeur .

Ce travail est le fruit d'un partenariat étroit avec Point-fixe, les pharmaciens et la ville, notamment sur le type de matériel de récupérations et sur la pertinence de leur lieu d'implantation.

L'équipe participe de façon régulière au comité de pilotage, coordonné par la ville, pour ce dispositif et à la formation des emplois-jeunes chargés sur la ville de faire de la médiation auprès des publics en difficultés, dans les différents quartiers de la ville.

Le dispositif de réduction des risques infectieux, est financé par la DDASS, sur la ligne 47-18 de la délégation SIDA. Il repose sur quelques principes généraux :

- La diversité des compétences professionnelles (éducateurs, infirmières, un partenariat étroit avec le service des urgences de l'hôpital de Roubaix)
- L'accueil sans préalable et sans jugement des usagers de drogue dans l'état où ils se présentent .

L'équipe est composée pour ce travail de :

- deux ½temps éducatifs
- deux ½temps infirmiers

Le service est ouvert toutes les après-midis du lundi au vendredi, de 14h à 18h et accueille quotidiennement une trentaine d'usagers actifs.

La file active est de 250 personnes par an dont 40% accèdent au centre de soins pour des aides complémentaires et un suivi médico-social. Le budget de la structure est de 800KF, dont 95% proviennent de l'Etat et 5% de la ville via le service santé de l'action sociale.(DGAS)

2.2.3 De la réduction des risques infectieux à lutte contre l'exclusion sociale

Les politiques de réduction des risques infectieux par l'ouverture de lieux d'accueil à bas seuil comme Point- Fixe ont largement contribué à améliorer l'état sanitaire des toxicomanes, en les aidant à modifier leur comportement par une information claire sur les risques sanitaires et un accueil de qualité.

Le nombre de décès par overdose, a diminué au niveau national de 500 personnes en 1995 à 80 personnes en 1999²³. La contamination par le VIH a également diminué de façon significative de 40% à 10% pour la population toxicomane, durant cette période.

La fidélisation du public à la « boutique » a également eu pour effet positif de les aider à modifier leurs comportements à risques dans la toxicomanie et dans la société .

La fréquentation de Point-fixe par les usagers a révélé des demandes qui dépassaient les seuls objectifs de la réduction des risques infectieux, définis par la convention qui nous lie avec la DDASS.

Toutes les structures de ce type au niveau national constatent, que l'offre d'un espace ouvert et convivial, amène les usagers à fidéliser leur passage, comme un moyen aussi de gérer leur temps et leur manque d'activité et leur ennui.

La configuration particulière de l'installation de la boutique Point-Fixe , à côté du centre de soins en ambulatoire, et l'interaction permanente dans les suivis entre les équipes, nous a fait percevoir l'intérêt qu'il y aurait à développer des réponses dans la prise en charge qui pourraient aider les usagers à réduire également leurs risques sociaux, notamment en les aidant à mieux gérer leur ennui.

Les boutiques-dispensaires de vie sont aussi des lieux de gestion de l'exclusion sociale des toxicomanes, qui se retrouvent dans cet espace entre eux. Ils y expriment très clairement le paradoxe de ce type de lieu, aux confins du légal et de la tolérance. Ils font régulièrement des demandes comme celle d'un travail, tout en continuant activement à vivre leurs dépendances aux drogues.

La difficulté est de nouveau pour l'équipe d'évaluer jusqu'à quel degré, il faut travailler à leur autonomisation ou à la gestion pour certains de l'assistanat dans lesquels ils vivent.

Malgré cet apport sanitaire indéniable il faut constater, à partir de l'analyse des statistiques du public fréquentant les différents services de l'association, que les indicateurs d'insertion sociale et professionnelle, les classent toujours malgré ce changement de cap et la prise en compte de leur situation sanitaire, dans la catégorie des « grands » exclus.

2.2.3 Organigramme de l'association et des services.

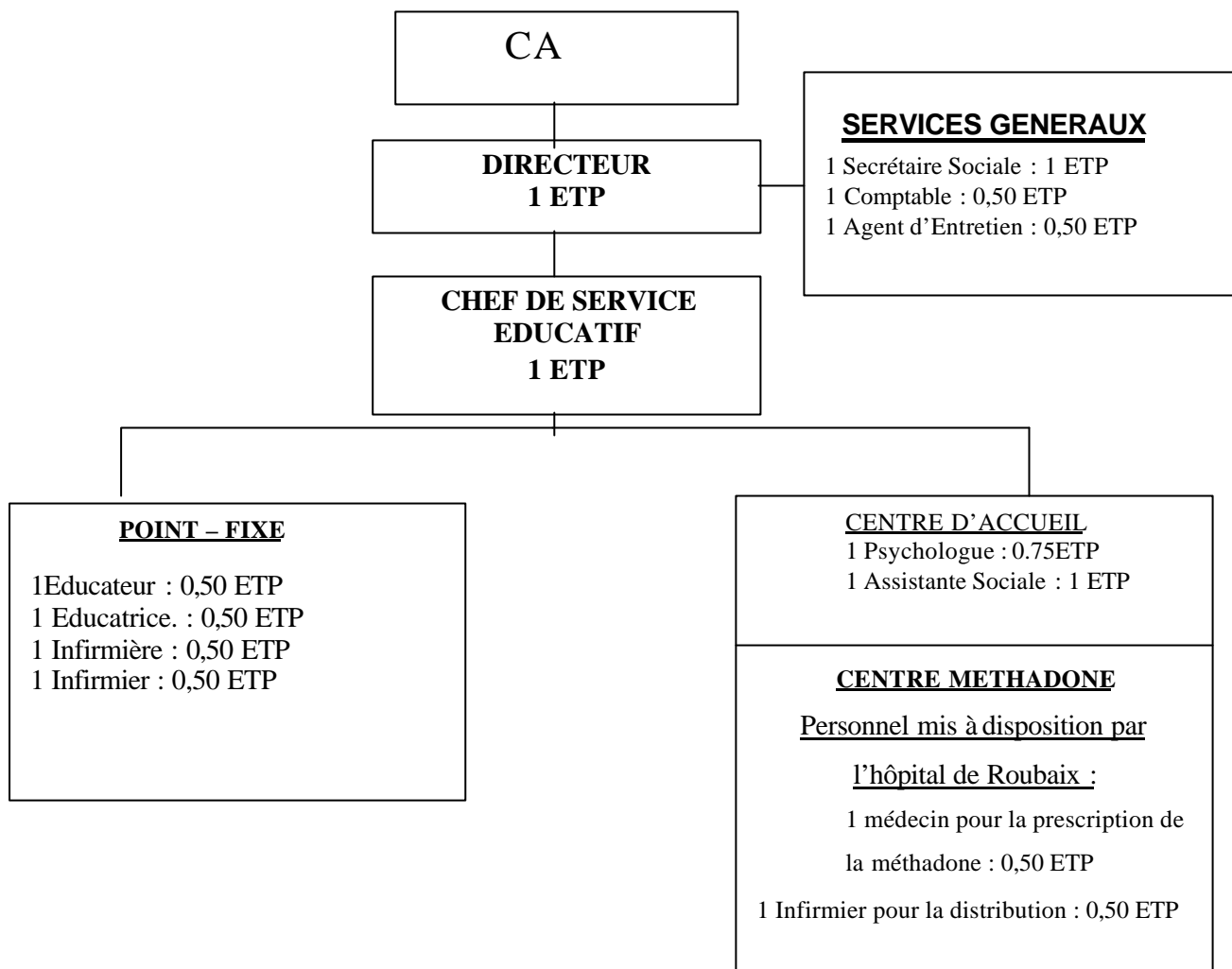
Après la création de ces deux services, l'organigramme de l'association a évolué en intégrant, une dimension fonctionnelle plus complexe et mieux structurée, entre le CA, le directeur et les différentes équipes.

Cet organigramme structure les relations fonctionnelles et hiérarchiques, entre le Conseil d'administration qui délègue au directeur la gestion administrative, financière et thérapeutique des services. La fonction de chef de service est devenue plus centrale, pour travailler à des délégations de remplacement du directeur en son absence.

Le suivi thérapeutique du projet est délégué au chef de service qui occupe de ce fait une position plus centrale, en adéquation avec la taille de l'équipe éducative et médicale qui n'est que de 4.75 ETP. Il anime toutes les réunions à caractère thérapeutique entre les deux services à l'interne et à l'externe. Il représente l'institution dans les relations avec l'hôpital, pour la coordination et l'évolution du centre méthadone.

Cette configuration institutionnelle fonctionne de cette manière depuis la création de la boutique en novembre 1998.

²³ OFDT sources 1999



2.3. Les caractéristiques sociales et professionnelles des toxicomanes Roubaisiens : un public exclu

2.3.1 Les usagers du Relais²⁴ : analyse et constat sur les six dernières années

Les données statistiques du public que nous accueillons cette année dans les différents services de l'association, montrent combien leurs situations professionnelles et sociales, témoignent d'une réelle difficulté d'insertion dans la société.

Ce groupe est principalement constitué de personnes de 25 à 35 ans. Cette situation de précarité est supérieure à la moyenne nationale selon les sources de l'OFDT de 1999.

²⁴ Données extraites des rapports d'activités du Relais 95.96.97.98.99.2000. Ces données sont recueillies chaque année dans une base de données statistiques. (voir annexe)

L'insertion professionnelle reste faible et ne s'améliore pas. Seuls 26% d'entre eux déclarent occuper un emploi qui est trois fois sur quatre à durée déterminée.

57% déclarent bénéficier du RMI, contre 22% il y a trois ans.

- la moyenne d'âge est de 30ans
- 85% sont d'origine maghrébine et conjuguent des difficultés identitaires intergénérationnelles ou conflictuelles
- 80% sont des hommes, dont 60% sont célibataires
- 50% vivent chez leurs parents
- pour 70% entre eux le revenu principal est constitué d'allocations ou de produits de la délinquance²⁵.

L'étude comparative sur les six dernières années, montre la non amélioration de la situation professionnelle des toxicomanes que nous suivons. L'augmentation constante des érémites, ainsi que des chômeurs nous questionne quant à leur devenir. Cette situation renvoie, comme nous le verrons dans la deuxième partie, à des logiques d'exclusion, qui ré-interrogent l'intervention sociale de l'association.

Tableau extrait du rapport d'activités, concernant leurs situations professionnelles
Sur une file active moyenne de 300 personnes suivies au CSST

Rapport d'activités N=300	2000	1999	1998	1997	1996	1995
à la charge d'un tiers	18	33	36			
Chômeur non indemnisé	98	28	34	53	46	44
Chômeur indemnisé	106	32	31	31	41	38
Emploi précaire	42	7	7	21	8	16
Emploi stable	28	10	7	12	20	10
Lycéen-étudiant	0	1	3	4	4	3
RMI	163	155	152	116	146	134
Formation	3	32	28	10	12	10
Sans formation		2	8			

²⁵ Rapport d'activités de l'année 2000, du Relais

Situation des personnes par rapport aux prestations sociales²⁶

Sans prestation sociale	211
Non inscrits à l'ANPE	127
Inscrit et suivi	140
Sans droits ouverts aux ASSEDICS	38
Allocations unique dégressive	26

2.3.2 Evolution des demandes et questionnement sur la prise en charge

DPC : nature de la demande de prise en charge dans les différents services de l'association sur une file active moyenne de 300 personnes

TPC : type de prise en charge, proposée par l'équipe du Relais

	2000	1999	1998	1997
	DPC	TPC	DPC	TPC
Sevrages hospitaliers	96	42	92	59
Hébergement thérapeutique	99	53	143	56
Aide psycho-sociologique	300	170	211	215
Réinsertion professionnelle	172	75	116	78
Prescrip subutex® extérieur	62	47	21	22
Métha extérieure au CSST	4	6	14	19
Initialisation méthadone Au CSST	27	27	28	25

A partir de ce tableau comparatif d'évolution des demandes des personnes suivies par le Relais sur les quatre dernières années, nous constatons une évolution des demandes d'aides psychologiques, d'aides également socio-éducatives ou de réinsertion professionnelle.

Ce qui apparaît également, c'est l'inadéquation des réponses apportées par l'institution par rapport aux demandes des usagers. Il y a une progression des demandes d'aides à la socialisation et à la réinsertion professionnelle.

Ces évolutions sont la résultante ou un effet de la politique mise en place avec les traitements de substitution. Le changement dans le rapport au temps des usagers avec le produit et la gestion du

²⁶ Données du rapport d'activités du Centre de soins en 2000

manque de drogue, est déterminant pour travailler à une normalisation de leurs comportements, et leur réinsertion professionnelle. Les données nationales sur l'insertion professionnelle, toujours selon les sources de l'OFDT de 1999, comptait 69% de personnes « inactives », catégories regroupant selon l'enquête, les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs.

2.3.3 Les limites de la prise en charge et la nécessité de développer des réponses concrètes

La mise sur le marché des traitements de substitution depuis mars 1995, pour la méthadone, et février 1996, pour le SUBUTEX ®²⁷ a modifié les demandes d'aides et de soins des usagers de drogue, comme nous le montre ces données. C'est un constat flagrant que nous faisons, depuis l'arrivée des traitements de substitutions. Le problème de dépendance, la consommation de substances psycho-actives, est de plus en plus souvent régulée, voire masquée par une solution de traitement de substitution, sans véritable suivi médico-psycho-sociale.

Nous gérons les demandes de toxicomanes agés dont le projet d'insertion professionnelle, ne peut se concevoir sans un travail d'accompagnement social et psychologique renforcé, préalable à une orientation vers des entreprises d'insertion. Il y donc une nécessité à créer des passerelles entre les structures, pour complexifier le maillage des réponses possibles. Le projet de soins doit se mêler de plus en plus à des considérations existentielles et doit passer par une amélioration de leur rapport au temps ainsi que leurs conditions de vie.

Ce constat est confirmé depuis l'ouverture en octobre 1998 de « Point-Fixe ». Ce lieu nous a permis d'entendre de la part des usagers d'autres demandes que celles liées à leurs usages et à la réduction des risques infectieux. La gestion de leurs temps libres qu'ils vivent le plus souvent comme de l'ennui est un risque de récurrence dans des consommations compulsives. La priorité donnée à la gestion de leurs temps inoccupés devient un moyen non plus simplement de la politique de réduction des risques infectieux, mais également des risques sociaux qu'ils peuvent prendre.

Cette nouvelle donne posée par une évolution très nette de la gestion de leur quotidien, interpelle le projet thérapeutique et éducatif et le directeur, dans le sens d'un renforcement de l'éducation à la vie sociale culturelle et professionnelle.

²⁷ SUBUTEX® : buprénorphine haute dose utilisée comme traitement substitutif pour le manque aux opiacés chez les héroïnomanes. Autorisation de mise sur le marché Février 1996.

Conclusion de la première partie

Le développement de l'association à partir de la création du centre méthadone et de la boutique, s'est fait concomitamment à l'évolution des directives gouvernementales et des politiques sociales depuis 1995 .

J'ai agi , dès mon arrivée en 1995 dans un contexte d'urgence sanitaire donnant la priorité, comme je l'ai présenté dans cette première partie, à des projets afin d' améliorer l'état de santé des toxicomanes et les aider à « moins mal » gérer leur dépendance.

J'avais comme stratégie de direction de proposer des projets se rapprochant au plus près des besoins de base des usagers enfermés dans la drogue. L'amélioration de l'accès aux soins est un facteur de lutte contre l'exclusion, par la reconnaissance de la dépendance comme une maladie qu'il faut soigner .En étant d'abord considéré comme des malades , les toxicomanes peuvent changer leur rapport au monde et à eux-même.

L'état de santé des toxicomanes que nous rencontrons s'améliore par l'accès facilité à des soins diversifiés . Le développement de réponses concrètes en vue d'améliorer les conditions sanitaires de gestion de la dépendance aux substances psycho-actives , ne doit pas nous faire oublier les énormes difficultés d'insertion des toxicomanes, même substitués .

Les années de vie dans la marge et dans des stratégies de misère ,ont renforcé leur exclusion sociale et professionnelle. Si avec les traitements de substitution , les toxicomanes ont pu de nouveau rentrer dans un cercle élargi de réponses apportées par les dispositifs de droits communs , pour la gestion de leur toxicomanie, la question du traitement de leur souffrance psychique, et de leur insertion professionnelle doit reposer encore sur les dispositifs spécialisés.

Cette situation interpelle ma fonction de directeur , l'équipe éducative et le projet thérapeutique du Relais. Le passage de la toxicomanie à une vie normale est éminemment complexe. Il s'appuie sur une adaptation des institutions et une volonté " collective" de sortir le toxicomane d'un traitement d'exception .

Après avoir constaté qu'une partie importante du public que nous accueillons" reste sur la touche" il s'agit maintenant d'analyser les constructions institutionnelles, sociales et psychologiques qui les maintiennent dans la spirale de l'échec .C'est ce que je vais aborder dans la deuxième partie .

II ème PARTIE

III L'échec de l'insertion sociale et professionnelle des toxicomanes

L'analyse de l'échec de l'insertion sociale et professionnelle des usagers de drogue, pour faire évoluer la notion de toxicomane , à celle d'usager de drogue, renvoie à plusieurs paramètres complexes, en interaction avec l'environnement dans lesquels , ils ont évolué. Ces constats qui sont institutionnels, psychologiques et sociaux, sont intriqués depuis trente ans, autour de la construction de l'objet drogue et de l'institutionnalisation du sujet toxicomane. C'est une spécificité française.

3.1 La toxicomanie en France :logique d'une spécialisation institutionnelle

3.1.1Les effets d'une loi paradoxale et ambiguë

La loi qui est votée par le Parlement le 31 décembre 1970, consacre la double face malade/délinquant du toxicomane et la confusion entre cure de désintoxication et guérison ²⁸.Elle renforce les sanctions contre les usagers et les trafiquants, et pénalise pour la première fois l'usage privé de substances illicites.Même si son application est sujette à des aménagements, notamment dans l'application d'une sanction réelle par rapport aux usages simples, cette loi organise aujourd'hui encore la politique française en matière de toxicomanie.

Nous rappellerons brièvement les objectifs de cette loi :

-réprimer sévèrement le trafic

-proposer le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, dans le cadre de l'injonction thérapeutique.(Art L.355-15)

-assurer la gratuité des soins et l'anonymat, pour les usagers qui souhaitent se faire traiter.(Art.L355-21).

La loi est le résultat d'un compromis entre les dispositions répressives et les mesures sanitaires : le consommateur est un délinquant et sa pratique est sévèrement punie, quel que soit le type de produits illicites ingérés.²⁹ « L'idée générale qui a présidé à l'élaboration de ce texte est que le toxicomane doit être avant tout considéré comme un malade et comme un sujet en péril, auquel il faut apporter une protection appropriée. ».

²⁸ MOREL A.HERVE.F. FONTAINE.B. Soigner les toxicomanes. DUNOD. P293

²⁹ EHRENBURG Alain. L'individu incertain. PLURIEL . P 101

La drogue a ainsi été érigée en faute contre soi-même et contre la société. Cette liaison a forgé le personnage devenu si familier depuis trente ans : la victime coupable, l'usager de drogues³⁰

3.1.2 Une nouvelle race d'institutions spécialisées

Le dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes est directement rattaché à la période marquée par les événements de mai 1968 et à la loi de 70.

Après le constat d'une insuffisance et d'une inadaptation du secteur psychiatrique, l'ouverture de structures spécialisées, s'est fait ressentir.

Les toxicomanes ne relèvent pas encore à cette époque de soins spécialisés. Les premiers lieux d'accueil qui leur sont proposés, sont des lieux informels sensés répondre aux inspirations libertaires ou mystiques, d'une jeunesse étudiante en contestation issue des classes favorisées.

Ces premières expériences ne résisteront pas aux tentatives de compréhension rationnelles du phénomène et aux propositions de soins ,qui en découlaient.

Les systèmes de soins traditionnels constitués des hôpitaux généraux et les services psychiatriques sont d'autant plus disqualifiés qu'ils sont eux-mêmes contestés, par une génération de soignants qui ne se reconnaissent pas dans un mandarinat bien pensant et une psychiatrie « camisolante ».

« La prise en charge des toxicomanes va donc se construire en dehors, voire contre les appareils institués et s'appuyer sur quelques personnes marginales récusant le système.

L'offre de soins va être la résultante d'un équilibre fragile entre les propositions des acteurs de terrain , les aléas de la loi de 1970 et l'évolution du contexte socio-économique, sur un fond d'absence de politique à long terme »³¹.

A la fin des années 1970, le dispositif émergent va passer de la phase pionnière, marquée par l'utopie communautaire, centrée sur l'accueil et la création d'une relation de confiance avec les usagers de drogues.

C'est l'émergence d'une prise en charge plus professionnalisée et de plus en plus structurée autour du traitement de type psychothérapeutique. Cette théorisation d'une clinique des toxicomanes découle du charisme d'un homme : le Pr Olievenstein qui en France dans les années 1970 sert d'expert auprès des pouvoirs publics et va contribuer à spécialiser la prise en charge . Cette volonté d'institutionnaliser la toxicomanie va avoir pour effet de créer une nouvelle race d'institutions et de professionnels : les intervenants en toxicomanie.

³⁰Ibid.P101

³¹ MOREL.HERVE.FONTAINE.Soigner les toxicomanes P 294

3.1.3 Le paradigme psychologique, cause d'un système inégal

Pour y comprendre quelque chose, au problème posé par ce nouveau phénomène, les intervenants durent se demander comment les individus étaient impliqués dans leur toxicomanie et se tournèrent historiquement vers les théories psycho-dynamiques de la personnalité.

Ces théories marquent en tout cas l'ouverture à une approche individuelle des toxicomanies.

« Ce n'est pas le produit qui fait le toxicomane, mais le toxicomane qui fait la drogue ». ³²

Pour BERGERET Jean ³³, qui aborde cette question dans plusieurs ouvrages, il démontre néanmoins qu'il n'y a pas de structure psychopathologique spécifique, et que le toxicomane se retrouve dans différents types de personnalité, que ce soit de type névrotique, psychotique, perverse ou dépressive.

Le constat que fait Jean-claude Grünbaum ³⁴ en 1985, lors des journées d'Antibes, est qu'il y a un abus à « pathologiser » ou à « cliniciser » un phénomène de masse. Les professionnels et les médecins ont joué à cette époque selon lui une part importante à leur insu, dans le processus de disqualification des drogués d'abord et dans la disqualification des pratiques de drogue.

Ensuite ils se sont faits objectivement les instruments de la disqualification voulue, par les politiques, soit par congruence objective et consciente de leurs propres intérêts, soit par fascination personnelle. Quoiqu'il en soit, ils ont prêté leur formidable équipement sémantique à l'explication du problème et le résultat est qu'ils ont le plus légitimement à des degrés divers fourni aux politiques un ou des systèmes d'explication dont le dénominateur commun était de n'appréhender le phénomène que de façon clinique, somatique ou psychologique. Ce qui a fait le jeu des partenaires politiques et fourni à l'opinion des réassurances rapides.

3.1.4 Des conséquences lourdes, en terme d'adaptation des institutions

Les conséquences de cette construction historique du dispositif ont été que durant vingt cinq ans, des années 70 aux années 95, « les gens de notre espèce, c'est à dire les intervenants en toxicomanie étaient les seuls, avec les policiers spécialisés à fréquenter les toxicomanes ».

Nous nous sentions les uniques dépositaires de quelques arguments tirés de la pratique qui nous autorisaient à ne pas partager les idées dominantes ou l'incompréhension totale de la population à propos de la toxicomanie. Nous avions plus ou moins confusément, le sentiment que nous étions

³²FREDA Hugo (formule proposée)

³³ BERGERET J. La personnalité du toxicomane. PUF

³⁴ GRUNBAUM J C. Introduction à une clinique idéogène : Le cas de la toxicomanie. Actes du Colloque d'Antibes 1985.

les seuls interlocuteurs valables des toxicomanes, en tous cas les plus adaptés. Les toxicos aux spécialistes. Il est vrai que tous les acteurs des champs médico-psycho-socio-éducatifs étaient prompts à se débarrasser des drogués dès qu'ils avaient le moindre soupçon d'usage chez un de leurs clients »³⁵.

3.1.5 Critique du modèle d'insertion professionnelle des post-cures

On dénombre 24 ateliers d'insertion pour toxicomanes, selon les sources de la MILDT, de 1999. qui constate que ces ateliers sont rattachés à des centres de soins avec hébergement, le plus souvent situés en milieu rural, donc inadaptés à une réinsertion professionnelle de proximité ,dans leur milieu d'origine

Ce système de prise en charge est actuellement critiqué et remis en cause par l'état.

" Même si plusieurs centres de post-cures ont mis en place des ateliers d'insertion professionnelle afin de mieux prendre en compte la dimension sociale des problèmes, ces ateliers restent coupés de la réalité et ne contribuent pas nécessairement à insérer les usagers dans la vie réelle"³⁶.

Le financement de ces structures repose en partie sur des subventions spécifiques , de la DAS ou de la MILDT ainsi que des produits de l'activité économique.

Depuis trois ans , dans le département du nord, il n'y a plus d'actions nouvelles financées par la DDASS, à ce titre .

La tendance nationale est à un désengagement du financement du secteur toxicomanie, par l'état, notamment pour les actions d'insertion professionnelle des toxicomanes, qui renvoient moins à la notion de soins spécialisés, qu'à l'accompagnement social et réinsertion professionnelle des publics en grandes difficultés, dont font partie les toxicomanes.

J'ai pu vérifié, que certaines structures au niveau national ,ont vu notamment pour les postes d'encadrement, leurs financements supprimés et l'obligation de se retourner vers le conseil général dans le cadre de l'insertion des publics érémistes ainsi que les collectivités territoriales, pour financer leurs actions. C'est une tendance qui confirme l'ouverture des réponses liées à l'insertion professionnelle des toxicomanes, vers les dispositifs de droit commun, donc vers une déspecialisation du dispositif, et une « territorialisation » de l'action sociale.

³⁵ MOREL A.TONNELET G. HERVE F. Prévenir les toxicomanies. DUNOD.

3.2 Les facteurs médicaux et psychologiques de l'exclusion des toxicomanes aujourd'hui

3.2.1 Usager d'héroïne, un personnage dangereux

En Avril 1999, l'OFDT a réalisé une enquête consacrée aux opinions et aux perceptions relatives aux drogues et à la toxicomanie. Pour cela huit questions abordaient l'opinion des enquêtés sur les consommateurs d'héroïne, très minoritaires parmi les usagers de produits illicites, mais dont on a supposé qu'ils constituent la "figure type" des toxicomanes tels que les perçoivent ou les imaginent les français.

Si 51% les considèrent comme des malades, 22% les voient comme des parasites et 74% estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage, et cherchent à entraîner les jeunes. Si ces données sont à prendre avec prudence, parce que 38% des personnes ont une opinion indécise et nuancée, seule une personne sur dix refuse de stigmatiser les héroïnomanes. Plus les usagers de drogue suscitent l'inquiétude, plus l'enquêté privilégie une politique répressive et coercitive, qui dans les faits renforce l'exclusion et la marginalisation dans la délinquance.

Pour conclure les auteurs de l'enquête précisent que ces résultats donnent la mesure de l'effort de communication publique nécessaire à la lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues.³⁷ Les toxicomanes ne se rendent pas compte qu'ils représentent un danger pour les autres. La recherche égoïste du plaisir a malheureusement des conséquences très graves parfois pour autrui.

" Le toxicomane est un être difficile à vivre, il est désocialisé, non intégré, il vit en marge et c'est un poids pour ses proches ou son entourage. En manque, il est capable de toutes les violences verbales ou physiques. Les effets de certaines drogues peuvent entraîner, on l'a vu des conséquences de ce type. La délinquance est souvent synonyme de drogues"³⁸.

3.2.2 Les toxicomanes substitués, une gestion difficile de leurs dépendances physiques et psychologiques

- La dépendance psychique

La pharmacodépendance, quelle que soit la nature du produit en cause (drogues, tabac, alcool, médicaments détournés de leur usage), se traduit par des manifestations psychiques et somatiques.

³⁶ Plan Triennal de Lutte contre la drogue et de prévention des dépendances(1999-2001). MILDT. La documentation Française

³⁷ PERETTI-WATTEL P. Comment les Français se représentent-ils les usagers d'héroïne dans Tendances n°8 Juin 2000

Elle signe la perte du contrôle de l'usage. Elle se manifeste à travers le souvenir du plaisir qu'a procuré initialement le produit. Cela provoque un état de mal-être psychique et un besoin irrépressible de reproduire les sensations de plaisirs mémorisées.

" Le piège dès lors se referme car", ainsi que l'écrit le Pr Olievenstein³⁹, " pour y parvenir le toxicomane doit absorber des quantités de plus en plus importantes tandis qu'inversement le plaisir s'émousse jusqu'à disparaître, et que la remémoration de l'extase initiale devient de plus en plus obsédante".D'où la difficulté de prendre en charge et de traiter un drogué car, quoi que l'on fasse (sevrage physique, substitution ponctuelle ou programmée) .Il est impossible, même si l'on parvient avec le temps à amoindrir cette dépendance psychologique, déteindre à jamais la mémoire du toxicomane. D'autant que le souvenir s'enjolive au fil des échecs⁴⁰.

- La dépendance physique

Elle traduit un état d'adaptation biologique aux toxiques, qui se manifeste par l'apparition de troubles somatiques intenses, voire très douloureux, lorsque le toxicomane se trouve en état de manque. Elle est caractéristique de la toxicomanie aux opiacés mais concerne également l'usage abusif d'autres drogues (tranquillisants, barbituriques, amphétamines).

La perte des repères sociaux, les conditions de vie difficiles et l'isolement dans lequel les usagers se trouvent viennent se surajouter au phénomène psychophysiologique de la dépendance. C'est une situation que les toxicomanes vivent dans la souffrance car aux yeux de ceux qui ne comprennent pas la puissance à laquelle ils s'opposent, ils apparaissent comme des individus sans volonté et sans parole." Ils sont toujours en train de nous demander de croire en eux, mais ils n'ont pas de parole, on ne peut pas leur faire confiance",disent souvent les soignants⁴¹."

D'où l'intérêt de comprendre que s'en sortir pour un toxicomane, n'est pas une simple question de volonté", commente le Dr Patrick Brossais, psychiatre au centre Cassini."Ce sont des dysfonctionnements que nous connaissons bien qui sont réversibles avec l'aide de traitements appropriés mais qui demandent du temps". Par conséquent , face au toxicomane, la relation de confiance doit s'inscrire dans le long cours.

³⁸ LECLAIRE G. La Drogue, par le patron des stupés. 1998.Ce haut responsable de la police est présenté comme l'homme en France qui connaît le mieux ce problème.

³⁹ OLIEVENSTEIN Claude. extrait du livre

⁴⁰ SCHALKENS-FUCKS Marie. Les soignants et les toxicomanes.

3.2.5 La poly-toxicomanie : un détournement socialisé de la substitution

La poly-toxicomanie au sens stricte du terme est un état caractérisant la perte du contrôle de l'usage de plusieurs substances. Dans ce cas aucun des produits ne prédomine sur le ou les autres, et chaque produit constitue en soi un problème majeur de toxicomanie dont il faut envisager le sevrage indépendamment.

Cela étant, on emploie aujourd'hui très couramment ce terme pour désigner des toxicomanes qui associent à l'usage d'un produit principal (l'héroïne dans 60% des cas) un ou plusieurs autres produits (alcool, cocaïne, benzodiazépines) de façon séparées ou concomitantes.

En pratique, quel que soit le terme employé, les soignants peuvent avoir affaire aux deux cas et il est important, tant en terme de prise en charge médicale que l'approche et de compréhension de la problématique toxicomaniaque, de savoir distinguer à quel poly-toxicomane on a affaire. Le fait de consommer plusieurs substances possédant individuellement certaines propriétés toxiques expose le sujet à plus de risques.

Dans la plupart des cas, les problèmes sont dus à la somme des troubles propres à chaque substance utilisée auxquels se rajoutent des troubles liés à leur interaction et au fait que les substances se potentialisent entre elles. C'est particulièrement vrai dans le cas des associations telles que celles rencontrées chez les usagers du Relais.

L'association alcool- benzodiazépine, expose le toxicomane aux risques propres de produits qui potentialisent l'effet sédatif et augmente le risque de coma.

A titre d'exemple sur les 109 personnes suivies dans le cadre du programme méthadone du Relais cette année, les analyses toxicologiques montrent une fréquence de poly-consommations importantes.

Tableau correspondant aux personnes suivies en 2000 dans le programme méthadone, corrélé à leurs poly-intoxications⁴²

ALCOOL	régulier	15
	occasionnel	1

Benzodiazépines	régulières	42
	occasionnelles	6

⁴¹ BROSSAIS P dans le Soignant et le toxicomane. Editions LAMARRE

⁴² Extrait du rapport d'activités 2000 du Relais

Opiacés	réguliers	51
	occasionnels	10

Ces données nous montrent les limites des traitements de substitution, qui ne peuvent pallier complètement l'absence de désir et l'envie compulsive de défonce, incompatibles avec une insertion normale.

La situation provoquée par les poly-consommations est inquiétante, parce qu'elle banalise la dépendance autour de substances légales ou prescrites, donc licites. Néanmoins le travail d'accompagnement reste aussi difficile. A la spirale de la drogue qui amène à la délinquance, s'ajoute celle de consommations illimitées qui maintiennent dans l'exclusion

3.3 Les facteurs d'exclusion sociale et professionnelle des toxicomanes Roubaisiens

3.3.1 Des logiques de désaffiliations communes à tous les exclus

« L'exclusion peut se définir comme la séparation ou le rejet d'un individu de sa communauté, de façon temporaire ou permanente »⁴³. Dans les années 1980, on parle de nouvelle pauvreté, chômeurs de longue durée, allocataires du RMI, SDF, envahissent la scène sociale, déjà bien encombrée des banlieues difficiles, des jeunes en difficultés d'insertion. La connotation très négative de ce terme donne l'idée d'un principe très mécanique, dans lequel une situation donnée, enclenche automatiquement une réponse en rejet.

Ce sont les mécanismes que l'on constate aujourd'hui dans la société : racisme, échecs scolaires, et toxicomanies...

Si la toxicomanie peut être la résultante du chômage et de l'exclusion sociale, comme cela a été pointé précédemment, il est clair que les conditions de vie précaires économiquement, maintiennent la délinquance, les petits trafics et renforcent à leur tour l'exclusion et la réactivation de la spirale dépression-consommations. L'hypothèse avancée par Robert Castel⁴⁴ est celle d'un mode particulier de désaffiliation, effet conjoint de la précarité économique et d'une fragilité de l'insertion dans une sociabilité socio-familiale.

"Affirmer l'existence d'un syndrome d'exclusion, c'est peu ou prou prétendre que l'exclusion est pathogène, par elle-même, quelles qu'en soient ses propres causes. C'est donner à cette action

⁴³ MAISONDIEU J. Syndrome d'exclusion. Colloque de Lyon- Bron. Souffrance psychique, contexte social et exclusion. 1997

⁴⁴ CASTEL R. La métamorphose de la question sociale.

d'exclure quelqu'un en le privant de certains droits ou en renforçant la marginalisation de certaines catégories sociales"⁴⁵.

Comme l'affirme Jean Maisondieu⁴⁶, « c'est aussi poser que le principe d'exclusion dépend moins de l'individu qui en présente les symptômes, que du contexte dans lequel il se trouve placé à cause d'elle ».

Même si un accompagnement et des soins spécialisés peuvent s'avérer transitoirement nécessaires pour l'aider à améliorer ses défenses psychiques, les efforts visant à favoriser la réinsertion de l'exclus doivent comporter des actions globales sur le contexte visant à supprimer l'exclusion et favoriser l'insertion.

3.3.2 L'ethnicité comme symptôme d'échec, un contexte local aggravant

A Roubaix, sur dix quartiers, neuf sont classés dans la politique de la ville. A l'inverse de beaucoup de ville, de part son histoire de ville du textile, il n'y a pas à proprement de banlieue, puisque ce sont les classes bourgeoises qui vivent en périphérie de la ville, et les quartiers en difficultés, s'étalent et rayonnent à partir du centre.

Plus que l'image fortement négative que la ville a dans la métropole lilloise, favorisant les phénomènes de ghettoïsation, c'est l'équation : toxicomanes de Roubaix égale maghrébin qui en fait une cause d'exclusion supplémentaire et spécifique.

Cette "ségrégation résidentielle" dont parle Jacques BAROU, contribue à favoriser l'émergence de groupes à caractères ethniques. Ces populations ont en commun de n'avoir que des opportunités réduites de connaître quelque chose d'autre que l'univers de leur quartier." Le seul horizon qu'ils semblent entrevoir au delà de la référence primaire au petit groupe homogène et précaire qui forme le premier stade de leur socialisation est l'organisation communautaire, fondée plus sur opposition à la société française dans son ensemble que sur une capacité d'organisation autonome et originale".⁴⁷

En aucun cas si l'origine culturelle peut être la cause de la toxicomanie, l'origine ethnique, dans le cas des toxicomanes de Roubaix, constitue de fait une spécificité d'exception. Sur les 400 personnes fréquentant l'institution, 85%, sont d'origine maghrébine. Certains auteurs ont parlé de Roubaix, comme étant la première ville maghrébine de France, estimant que la population d'origine

⁴⁵ MAISONDIEU J. Le syndrome d'exclusion dans Colloque sur la souffrance psychologique et exclusion sociale.

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ BAROU J. D'une ambition de citoyenneté à une réalité d'ethnicité. La ville à l'épreuve des quartiers. ENSP. P 44
Philippe DEKEIREL - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

immigrée s'élève à 50% de la population totale, cherchant par là à alimenter une polémique raciste et xénophobe.

Cette situation, même si elle ne reflète pas la réalité statistique qui est estimée à 30%, en fait quand même un problème important, qui de surcroît affecte sérieusement l'intégration et l'insertion des toxicomanes, que l'opinion affuble souvent des qualificatifs de violents, menteurs et manipulateurs. Cette spirale de l'échec, découle d'une double violence, dans la difficulté que ces jeunes ont à être reconnus au sein de leur famille, comme des enfants respectueux de leur culture, et dans la société qui les regarde comme des parias et des délinquants.

C'est ce que Annie Garnier-Muller⁴⁸ a appelé la "stigmatisation des banlieues". Ces difficultés identitaires se conjuguent également avec un phénomène de ségrégation à l'emploi qui affecte particulièrement la communauté maghrébine et toxicomanes de Roubaix.

3.3.3 Une image d'eux-mêmes dévalorisée, dans leur rapport à l'emploi

Un rapport d'étude " les freins au retour à l'emploi" effectué par la mission locale de Lille⁴⁹ montre que l'image de soi est un élément déterminant de la recherche d'emploi. Rester dans une dynamique de recherche de travail nécessite de croire le retour à l'emploi possible et de percevoir sa période d'inactivité comme une période transitoire. Les toxicomanes sont décrits par l'étude comme les plus découragés. Persuadés d'être incapables de retrouver un emploi, ils tendent à s'aménager une vie dans les minima sociaux et à s'installer dans l'assistance.

Si la banalisation du chômage et des difficultés sociales concourent à modifier l'image du RMI et des minima sociaux, reste que beaucoup de bénéficiaires vivent ces situations comme des échecs qui génèrent une image d'eux-mêmes négative, d'incompétence, et d'inaptitude souvent associée à un fort sentiment de culpabilité. Après un certain temps dans les dispositifs, beaucoup se disqualifient et se persuadent qu'ils sont inemployables.

Les toxicomanes que nous rencontrons au Relais, ont malgré leur demande d'un travail comme tout le monde, une représentation déformée ou inexistante du travail. Non seulement nombre d'entre eux n'ont jamais eu l'expérience du travail, certains n'ayant jamais exercé d'activité rémunérée, mais leur entourage et notamment familial, leurs parents, ne travaillent pas. Ainsi le travail dans ses différentes dimensions (administrative, sociale, économique...) n'apparaît pas à ces personnes comme une notion concrète et opérationnelle. Il est souvent vécu comme un ailleurs qui est rêvé, comme une normalité à laquelle ils doivent accéder.

⁴⁸ GARNIER-MULLER A. Les inutiles. Survivre dans les banlieues et dans la rue. Les Editions de l'atelier.

⁴⁹ Rapport d'étude " Les freins au retour à l'emploi" Mission locale de Lille. 2000

Avec l'âge, les revendications des toxicomanes de 30 ans vont vers des souhaits de type normatifs, se marier, avoir des enfants et bien sûr travailler. Le démarrage d'un travail est un objet de reconnaissance pour la famille, garantie de leur guérison et de leur capacité à être autonome.

C'est l'expression d'un modèle qui peut paraître désuet mais qui représente beaucoup pour eux et leur famille. On pourrait résumer la situation, en disant que travailler est de loin le meilleur passeport pour montrer à leur famille qu'ils ne sont plus dans la drogue. Or les éléments que nous avons pointés précédemment montrent qu'ils sont souvent dans l'incapacité de satisfaire aux conditions requises pour être employables.

3.3.4 Des critères de rejet des opérateurs d'insertion sur la ville de Roubaix

Il y a parfois opposition, entre le projet d'insertion professionnelle chez les opérateurs Roubaisiens et le projet de soin en toxicomanie, pour les plus dépendants des drogues. Ces usagers manifestent des comportements et une conduite contradictoires avec l'exécution de tâches, ce qui conforte la création de dispositifs passerelles privilégiant l'articulation de la santé comme facteur de la réinsertion sociale et professionnelle.

L'analyse des critiques des opérateurs s'appuie sur le constat de :

- la répétition des absences, et le non respect des horaires de travail
- l'inconstance dans leur investissement au travail,
- la résurgence de problèmes psychologiques, et physiques, entraînant une rupture dans l'exécution
- Image dévalorisée d'eux mêmes
- Passages à l'acte violent
- Impossibilité de s'engager dans une démarche et d'élaborer un projet
- la récurrence ou la persistance de consommation néfaste qui sont des facteurs réels de pertes des repères spatiaux et temporels
- le prosélytisme pour la consommation et le commerce,
- la difficulté à se motiver pour un travail non rémunérateur.

Si nombre de ces paramètres d'instabilité ne sont pas la panacée des toxicomanes, la crainte exprimée par les différents opérateurs d'insertion, depuis quelques années, est de surajouter à leurs difficultés la présence de personnes dont ils n'arriveront pas à saisir la relation aux produits.

Lors des multiples rencontres, que j'ai pu avoir avec les différents opérateurs d'insertion professionnelle de Roubaix, qui depuis quelques années accueillent dans leurs chantiers des

toxicomanes, ce qui leur paraît difficile à gérer, c'est la méconnaissance qu'ils ont des drogues et des effets qu'elles produisent sur les personnes.

La gestion de la toxicomanie, comme l'alcoolisme est antinomique avec le cadre posé par le contrat de travail, en terme de sécurité. Ce constat exprimé par les opérateurs n'a jusqu'alors pas trouvé de réponses originales. Pour les toxicomanes les plus dépendants, mais en recherche d'une activité professionnelle légitime, il n'y a pas grand chose. A l'image des structures adaptées, de type ateliers protégés pour les personnes présentant des déficiences intellectuelles, la création de structures adaptées aux pathologies multiples que présentent certains toxicomanes s'avère nécessaire.

3.1.5 L'absence de qualification professionnelle

Le niveau de formation ne se mesure pas uniquement aux diplômes et aux acquisitions scolaires, il l'est également en terme de savoir-faire acquis par l'expérience professionnelle. C'est ce qu'on appelle les compétences sociales. Dans le cas des toxicomanes fréquentant le Relais, la longévité dans la toxicomanie a obéré bon nombre de leurs compétences acquises. Le faible pourcentage de personnes ayant obtenu une qualification de type CAP ou BEP, n'a pratiquement jamais pu être conforté par une activité salariée adéquat.

les niveaux de scolarité et de qualification des personnes éremistes (N=163/323)⁵⁰

Primaire	13
1 ^{er} cycle(BEPC)	22
Technique CAP	78
2ème cycle	4
Technique (BEP)	18
Baccalauréat général	7
Bac technique	5
Etudes supérieures	2
Non évoqué	8
Non précisé	6

⁵⁰ Source extraite du rapport d'activités 2000

Parmi toutes ces personnes , 39 disent avoir une expérience professionnelle, contre 87 qui s'expriment par la négative. Les autres 37 personnes n'ont pas répondu à cette question. 51 autres personnes disent être en stage contre 112.

Précarisation, chômage, pauvreté, migrations et ruptures culturelles, solitude, in-communication, mal-être, absence de qualifications ,absence de perspectives, exclusion sont les facteurs psychologiques et sociaux invoqués à propos de la toxicomanie par nombre d'études . Elles se font l'écho de ce que vivent et ressentent ces personnes et soulignent les liens qui existent entre la dégradation des conditions sociales, les facteurs d'exposition et les vulnérabilités individuelles aux abus de substances psycho-actives.

"La réponse à cette situation est généralement recherchée à travers la mise en place de politique locale s'appuyant sur la mobilisation des ressources locales et la constitution de réseaux de proximité. Des actions ancrées sur la réalité d'une ville ou d'un quartier et qui ont pour objectifs : le désenclavement, le développement économique, social, culturel de zones défavorisées mais aussi des réformes dans les pratiques des institutions pour les rendre plus accessibles à des populations exclues".⁵¹

. Je propose maintenant de montrer comment l'action du centre de soins peut se compléter, et s'adapter par des réponses innovantes au problème posé par l'exclusion sociale et professionnelle des toxicomanes.

IV Toxicomanie :une priorité d'insertion dans le dispositif de droit commun

4.1 Le cadre d'ouverture des politiques de lutte contre les exclusions: articulation entre les politiques de santé, et celles de prévention des toxicomanies

4.1.1 Une stratégie vers le droit commun

La notion de dispositif de droit commun qui revient dans un nombre important de directives gouvernementales est une notion floue qui n'a pas de légitimité en dehors du fait qu'elle s'oppose à la notion de dispositif spécialisé, construit à partir de l'institutionnalisation de la toxicomanie en France. Les toxicomanes, comme je l'ai montré étant également des personnes exclues socialement et professionnellement, bénéficient des politiques de lutte contre les exclusions qui doivent garantir leurs droits fondamentaux. « C'est le champs d'intervention des politiques transversales, concertées qui ne vont pas agir sur une clientèle spécifique, mais une population spatialement identifiable. Ces politiques associent politiquement le gouvernement aux collectivités locales (la

région, le conseil général et surtout la municipalité...), sur la base de contrats impliquant des responsabilités et des engagements financiers. On les appelle aussi les politiques partenariales ».⁵²

4.1.2 La politique de la ville et le contrat local de sécurité :

Si depuis la décentralisation en 1983, le soin aux toxicomanes est exclusivement de la compétence des DDASS, d'autres politiques publiques plus récentes contribuent à renforcer des actions de prévention, qui complètent des dispositifs locaux.

C'est notamment le cas pour les politiques de la ville, dans le cadre plus spécifique du Contrat local de sécurité de Roubaix. Le projet de création de cette nouvelle structure appelée :Centre d'activités de jour et de préformation, y est inscrit comme action de prévention de la récidive dans la délinquance pour les toxicomanes sortants de prison, selon les termes de la circulaire DIV/DPT/MILDT 2001 du 9 janvier 2001.

Ce qui est privilégié, c'est la dimension d'insertion par l'activité économique créatrice de lien social et de proximité. Le désœuvrement des toxicomanes dans la ville est une thématique qui dépasse largement le cadre des compétences de l'état, qui n'y trouve ses prérogatives que dans le financement du soin spécialisé (sevrage, substitution, suivi médico-psychologique, hébergement thérapeutique...).

4.1.3 L'articulation des politiques de santé: soigner pour réinsérer

C'est à partir de l'articulation des ces dispositifs transversaux et locaux que des projets passerelles entre le soin et la réinsertion professionnelle peuvent se mettre en place.

Le financement ne dépend plus uniquement de la compétence de l'état, mais se rattache aux services du conseil général (pôle Santé et exclusion sociale) ainsi qu'à l'évolution des politiques de la ville (contrat de ville - état -région , contrat local de sécurité, CLI).

Comme le dit Jean-pierre Hardy, « entre les différentes conceptions de l'objectif de l'insertion par l'activité économique, l'action sociale ne doit pas trancher pour l'une au détriment des autres. au contraire, elle doit permettre leur pleine expression »⁵³.

⁵¹ MOREL A.TONNELET G.HERVE F. Prévenir des toxicomanies. DUNOD. p183

⁵² Dictionnaire critique de l'action sociale. p258

4.1.4 Le re-conventionnement du projet thérapeutique du CSST, levier d'ouverture vers les dispositifs de droit commun

Le Centre de soins, structure financée par la DDASS , sur la ligne 47/15 du budget de l'état, a proposé, dans le cadre du re-conventionnement avec l'état son projet thérapeutique en Juin 2000⁵⁴.

Le dernier projet remontant à mon prédécesseur, en 1994, la réécriture de ce projet en équipe a été l'occasion de poser des objectifs prioritaires , au regard des besoins du public s'adressant à la structure.

Ce travail nous a permis de définir cinq objectifs stratégiques, pour le re-conventionnement de la structure avec l'état , de 2000 à 2005 et de donner la priorité dans le nouveau projet thérapeutique à la réinsertion sociale et professionnelle, en favorisant l'articulation et l'accès vers dispositifs de droits communs.

- 1° Améliorer l'accès aux soins
- 2° Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle
- 3° Développer des projets articulant le soin et la justice
- 4° Soutenir les parents en difficultés avec leur enfant
- 5° Promouvoir la formation et l'échange d'informations

Tenant compte des projets qui ont été mis en place depuis six ans , axés prioritairement sur la prise en charge médicale et psychologique, l'association a privilégié le renforcement de la réinsertion sociale et professionnelle .

Compte tenu des directives récentes de la loi de lutte contre les exclusions, c'est vers ces dispositifs que je me suis dirigé pour créer le projet de centre d'activités de jour et de préformation.

La connaissance des dispositifs d'insertion est donc un préalable par lequel j'ai dû passer pour construire ce dispositif qui n'est absolument pas financé au titre du soin aux toxicomanes, sur la ligne 47-15 du budget de l'état .

C'est l'originalité de ce projet de centre d'activités de jour et de chantier-école :comme structure spécialisée pour toxicomanes, inscrite concomitamment dans les politiques de lutte contre les exclusions et le schéma de la politique de la ville .

⁵³ HARDY JP. Guide de l'action sociale contre les exclusions. DUNOD. P 13

⁵⁴ Note d'orientation n°98-659, relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés aux toxicomanes, DGS/SP3, 5 novembre 1998

4.2 Des outils existants pour l'insertion professionnelle des toxicomanes

4.1.1 L'insertion : une notion complexe

Le mot insertion désigne à la fois un processus et un état qui conduit un sujet à trouver une place reconnue dans un système⁵⁵. L'article premier de la loi sur le revenu minimum d'insertion stipule que toute personne qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. Le mot insertion ayant vu le jour bien avant la loi sur le RMI, la distinction entre l'insertion professionnelle et sociale perdure. Par insertion professionnelle il faut entendre la remise en contact avec le milieu du travail ou la réadaptation au marché du travail. Cependant si l'insertion sociale est nécessaire, elle n'est pas suffisante. La notion d'insertion s'enrichit. L'insertion signifie à la fois un travail de restauration et de reconstruction des identités, de recomposition des réseaux de relation de la personne, un nouvel ancrage dans le tissu social.

4.2.2 Le RMI et le contrat d'insertion

"L'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RMI, constitue un impératif national"⁵⁶. Le RMI est une prestation sociale destinée aux personnes les plus démunies en vue de favoriser leur insertion. C'est une prestation qui comporte trois volets fondamentaux :

1. une allocation monétaire cumulable avec d'autres ressources d'activités sous conditions de plafond et de durée
2. un ensemble connexe de droits sociaux qui permettent notamment d'affilier l'allocataire et sa famille aux législations de Sécurité sociale (assurance personnelle, aides au logement social) et la Couverture médicale universelle
3. un contrat d'insertion qui vise à l'insertion sociale et professionnelle de l'allocataire et de sa famille.

L'article 42-5 de la loi n°92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n°88-1088, relative au RMI à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale , mentionne expressément les possibilités d'insertion par l'emploi, les actions de "re-mobilisation " .⁵⁷

⁵⁵ Insertion. Extrait du Dictionnaire critique d'Action Sociale. Sous la direction de Jean Yves BARREYRE. BAYARD EDITIONS. P 208

⁵⁶ Loi n°98.567 relative à la lutte contre les exclusions (29 Juillet1998). Article premier.

⁵⁷ HARDY JP. Guide de l'action sociale contre les exclusions. DUNOD. p266

L'engagement du bénéficiaire n'est pas une contrepartie de l'allocation mais une condition. Le contrat porte davantage sur une obligation de moyens que de résultats. La définition et le cadre de l'insertion n'étant pas restrictif, il est possible d'innover et d'expérimenter, à condition que les commissions locales d'insertion valident les contrats d'insertion. L'expérience des usagers de la structure, montre qu'il y a une très grande tolérance dans l'élaboration de ces contrats. Nous les sollicitons régulièrement pour des aides de dépannage d'urgence par le biais des référents RMI et la cellule d'appui du RMI.

4.2.3 Le cadre des chantiers-écoles

La loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions a ajouté au Code du travail un article L322-4-16-7, qui prévoit que les organismes de protection de la jeunesse et de réinsertion sociale des adultes, organisant des chantiers-école, peuvent conclure des conventions avec l'Etat. Ces conventions relèvent de l'article L322-4-16 du Code du travail relatif aux relations et au financement des entreprises d'insertion. Jusqu'alors, la base législative des chantiers-école était quasi inexistante.

"Le chantier-école est une initiative qui naît d'une double préoccupation territoriale. Celle de la progression des personnes, éloignées de l'activité économique et celle de l'utilité sociale, rattachée au quartier et aux habitants. Le chantier-école implique la mise au travail pour une "production grandeur nature" d'un groupe de personnes encadré par un personnel qualifié techniquement et pédagogiquement"⁵⁸.

Le chantier-école s'est tout de suite profilé comme étant la meilleure solution, pour un couplage du projet avec le Centre de soins, et le public suivi au Relais. L'insertion par l'activité économique est une solution particulièrement adaptée pour les personnes les plus déstructurées, en particulier quand elle est mise en œuvre par des services de prévention spécialisée".⁵⁹

La charte des chantiers-école établie en 1995, à Roubaix définit un cadre éthique qui donne :

- la priorité aux personnes, en les valorisant
- qui refuse la démarche occupationnelle
- qui s'appuie sur une organisation professionnelle et un encadrement qualifié
- qui inscrit le chantier-école dans un parcours d'insertion, local
- qui oblige à une évaluation
- qui s'appuie sur une logique d'intérêt collectif, globale

⁵⁸ Chantier-école. Guide méthodologique.

⁵⁹ ASHn°2115 du 16 Avril 1999 p13

4.2.4 Le choix des Contrats Emploi Solidarité

« Le CES, a été créé pour répondre à une offre de travail et à des besoins non satisfaits. Ce doit être l'occasion d'une véritable expérience professionnelle. Les personnes qui bénéficient d'un CES, se réinsèrent par une mise en relation et une valorisation personnelle de leur image. Elles peuvent ainsi se remettre dans une évolution personnelle et professionnelle.

Cette forme d'insertion a donc l'intérêt d'arrêter la dégradation de l'image de soi et de permettre la restauration de la confiance en soi »⁶⁰

La participation aux ateliers de formation et d'activités professionnelles repose sur la formalisation d'un contrat de travail, sous forme d'un CES. C'est une inscription dans une réalité qui dépasse leur simple motivation à sortir de la dépendance, par un parcours d'insertion construit avec différents partenaires ..

Ces contrats à durée déterminée sont renouvelables, dans le respect des mesures légales. La structure d'insertion n'a pas vocation à se substituer aux entreprises d'insertions existantes. Il est préférable qu'après une période de passage équivalent à une année dans ce chantier-école, les personnes s'orientent vers des structures plus ouvertes, plus en lien avec la réalité et les contraintes d'une activité de production.

4.3 La création du Centre d'activités de jour : des modalités d'actions éducatives renforcées pour l'insertion sociale des toxicomanes au Relais

Lorsque j'ai proposé le projet de centre d'activités de jour au conseil d'administration, au début de l'année 1998, j'avais dans l'idée de créer une structure occupationnelle interne, afin de conforter les activités, sportives et culturelles déjà menées depuis deux ans dans le centre de soins de manière informelle .

Cette première vision du projet s'appuyait, sur l'évolution qui s'opérait depuis l'arrivée des traitements de substitution en 1995, dans les demandes d'activités occupationnelles afin de les aider à mieux gérer leur quotidien, et leur ennui . C'est un changement de mode de prise en charge, auparavant centrée sur un travail plus individualisé par des entretiens individuels et l'accompagnement dans des démarches diverses .

Le projet du centre d'activités de jour repose sur deux dimensions importantes de l'insertion sociale: l'accès à la culture au sens large , y compris par la formation assistée par ordinateur, ainsi que la re-mobilisation au travail, première étape dans l'échelle des parcours d'insertion professionnelle.

Cela a abouti à partir de 1999, au démarrage progressif d'ateliers réguliers hebdomadaires , à vocation occupationnelle.

Nous avons déterminé à l'époque trois ateliers permettant une ouverture sur l'information, la culture et la convivialité. Ces ateliers ont un objectif d'étayage de leur personnalité et de développement de leurs compétences pour créer ainsi une passerelle, vers des activités extérieures à l'institution.

4.3.1 L'art thérapie : une ouverture vers la culture:

Dans le cadre du Centre d'activités de jour, nous avons ouvert depuis trois ans, tous les jeudis après midis, un atelier Art-thérapie, encadré par la psychologue du centre de soins ayant la compétence pour animer ce travail d'expression graphique. Ce choix a fait l'objet d'un accompagnement par une formation d'art thérapeute appuyée sur une solide expérience de peintre et de plasticienne.

Cette activité par constat d'un besoin d'expression autre que la parole pour les toxicomanes (travail non-verbal, collectif) .C'est un travail d'étayage psychologique, qui vise à conforter leur parcours de rupture avec les drogues.

A partir de cet atelier, nous avons pu faire venir des artistes professionnels, et ouvrir l'expérimentation à d'autres supports artistiques (peinture urbaine, sculptures mobiles, visites de musée, expositions, dans des manifestations locales).

La fréquentation régulière de 4 à 5 personnes par séance hebdomadaire a confirmé le besoin d'activités artistiques et culturelles pour les toxicomanes .La reconnaissance de ce travail, ainsi que son originalité ont permis la création, au centre de détention de Loos, d'un atelier pour des détenus toxicomanes, en partenariat avec l'association socio-éducative de l'administration pénitentiaire . Cet atelier est financé depuis trois ans par le FAS, par une subvention de 20KF et co-financé par l'administration pénitentiaire de la même manière .

4.3.2 L'atelier informatique multimédia:

Il s'appuie sur des logiciels éducatifs didacticiels et un site d'accès à internet . Il s'agit d'offrir un accès à la formation assistée par ordinateur et à l'information (remise à niveau, français, maths, alphabétisation, langues étrangères, code de la route, musique assistée par ordinateur...).

Cela permet une forme d'apprentissage et d'expression, qui favorise la remise à niveau scolaire.

⁶⁰ HARDY JP. Le guide l'action sociale contre les exclusions. DUNOD

Ce site pilote dans un CSST a été financé par des subventions de la MILDT, à hauteur de 60KF pour l'achat de matériel informatique au titre des actions de prévention innovantes, coordonnées sur le département par le chargé de mission toxicomanie du Préfet délégué à la sécurité .

Le projet d'atelier informatique sert également de site pilote local, dans le cadre d'un projet de formation à la Musique Assistée par Ordinateur, avec deux associations roubaisiennes, l'ARA et l'association MEA qui nous ont mis à disposition un intervenant extérieur pour la formation à ces nouvelles technologies durant l' année 2000 et ce 4h/semaine .

L' encadrement de cette activité est assuré par un membre de l'équipe éducative, soutenu par la présence régulière de stagiaires en formation, qui utilisent cette expérience pour expérimenter des séquences pédagogiques concrètes. Cet atelier fonctionne sur rendez-vous pour favoriser la relation individuelle, la concentration et l'anonymat sur le niveau scolaire de chacun.

4.3.3 Les repas communautaires, une ouverture locale conviviale

Pour lier l'ensemble de ces activités, l'organisation d'un repas collectif par quinzaine, conçu dans le cadre d'un atelier cuisine, constitue là aussi, un temps concret, organisé. C'est un support à la convivialité et au plaisir à être ensemble, développant également chez les personnes une culture du « mieux manger ».

Nous invitons des partenaires associatifs, des membres de l'association, des personnes de l'équipe éducative élargie, afin d'élargir les rencontres et la connaissance inter-institutionnelle.

4.3.4 Un premier bilan des activités après deux années de fonctionnement

Ces ateliers, depuis deux ans ont répondu à des besoins exprimés par un nombre important de personnes fréquentant l'institution, dans l'incapacité psychologique d'affronter la rencontre avec d'autres personnes non-toxicomanes, pour lesquels un accompagnement éducatif renforcé était nécessaire.

La première étape étant toujours un travail de reconnaissance de leur spécificité et de leurs difficultés psychologiques qui passe par un changement de l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, au travers des activités . Le centre d'activités de jour , a accueilli une soixantaine de personnes par an ,pour lesquels la participation aux ateliers à contribué à améliorer leur potentiel personnel et leurs compétences .

La mise en place de ces ateliers s'est faite en cohérence avec le travail d'équipe, en ce qui concerne le projet individuel et le sens à donner à ces actions. Le risque qui est souvent rencontré avec les toxicomanes est celui de leur instabilité psychologique qui se traduit par des absences et des

rendez-vous manqués. Ceci nous a très vite incité dans le courant de l'année 1999 à travailler sur un projet d'insertion par l'activité économique, par la création d'un chantier-école.

Conclusion de la deuxième partie

De cette partie, j'ai pu analyser plusieurs paramètres qui ont contribué à ce que le dispositif de soins aux toxicomanes se spécialise, en s'enfermant certes sur une prise en charge de qualité, mais inadaptée à l'ampleur d'un phénomène de société.

La loi de 1970, dans sa volonté d'éradication de la drogue et des drogués, a favorisé l'émergence d'une institutionnalisation et d'une idéologie qui a dominé le secteur durant vingt ans, centrée sur l'abstinence de toutes les drogues et le sevrage comme réponse universelle. Tout ceci comme le précise Mme Maestracci , présidente de la MILDT dans son rapport d'étape de 1998, a éloigné de la prise en charge des toxicomanes les acteurs potentiels, non-spécialistes. Cela a renvoyé le soin aux toxicomanes sur un secteur institutionnel qui s'est enfermé ,en renforçant la spécialisation de la prise en charge et son exclusion par l'opinion publique. Ceci a contribué à construire l'image négative du toxicomane.

Les réponses apportées depuis trente ans, ont certes développé en France, une clinique de qualité , mais ont indirectement joué comme un frein à l'insertion des toxicomanes, dans les dispositifs de droit commun.

En cela l'insertion sociale et professionnelle actuelle des toxicomanes doit prioritairement s'inscrire dans une dimension d'utilité sociale de proximité, et de tissage de liens sociaux .C'est également ce que préconise la charte des Chantiers-école à Roubaix en 1995.

La troisième partie est consacrée à la création du chantier-école. Si ce projet ne peut répondre à tous les facteurs d'exclusions que vivent les toxicomanes, il offre une ouverture nouvelle de l'association vers de nouveaux dispositifs et conforte la politique de développement de réseaux et de lutte contre l'exclusion des toxicomanes que nous avons mise en place depuis cinq ans.

Ce travail est le fruit d'une expérience, commencée il y a deux ans avec les ateliers thérapeutiques à vocation culturelle et thérapeutique, dans le cadre du centre d'activités de jour . Le développement de ce projet à la création d'un chantier-école s'inscrit dans la continuité d'une insertion qui passe par la culture, mais aussi par l'accès à un travail .

IIIème PARTIE

V La création du chantier-école: un dispositif innovant, une structure passerelle

5.1 Un ancrage local et un développement partenarial cohérent

5.1.1 Une réponse inscrite dans le schéma local de la ville

Un groupe d'appui technique, composé de référents : Mission Locale, CCAS, CLI, Service Santé de la ville de Roubaix, Clubs de Prévention, Associations partenaires de l'insertion par l'économique, et le responsable de la CLI de Roubaix a été mis en place , par l'association sous ma responsabilité, pour étudier la faisabilité du projet, courant 1999.

L'intérêt de ce comité de pilotage est qu'il a favorisé l'intégration de cette nouvelle action dans un maillage institutionnel local. C'est une stratégie que de s'appuyer sur l'expérience déjà acquise des professionnels compétents de l'insertion professionnelle des publics en grandes difficultés.

Cela a été l'occasion d'analyser les enjeux en termes de concurrence, de pertinence, et de complémentarité dans l'environnement roubaisien, pour les partenaires associatifs.

Compte tenu de l'intérêt positif que ces différents opérateurs ont manifesté à la lecture du projet, je suis passé , en accord avec l'association à la phase de réalisation, en fin de cette même année.

C'est dans la lecture des textes régissant les dispositifs d'insertion, et notamment la loi relative au RMI et à la lutte contre les exclusions, que j'ai trouvé le cadre administratif et réglementaire défini pour la création de cette structure.

L'enjeu économique et sa viabilité dans le temps, constituent un choix différent et plus risqué pour l'association, par rapport aux autres services , qui ne dépendent que de deux sources de financements, (l'état et la ville).

La création de ce service répond à une commande de la ville de Roubaix, dans le cadre du contrat local de sécurité, pour des actions de prévention de la délinquance pour les toxicomanes de Roubaix et au Plan Roubaisien d'Insertion qui souhaitait avoir un opérateur spécialisé sur l'accueil des publics toxicomanes.

Le partenariat avec la ville de Roubaix dans le cadre de la politique de la ville a permis en 2000 l'expérimentation du projet du centre d'activités de jour, et la mise en place d'un premier chantier-école expérimental pour l'accueil de cinq personnes.

Cette expérience a également été financée par une subvention de la commission locale d'insertion, dans le cadre de l'accompagnement social des publics érémisses, pour l'étude et le développement du projet d'insertion par l'activité économique.

La réalisation de ce projet nous a permis d'être reconnus, et conventionnés pour l'année 2000 par le Plan Roubaisien d'Insertion, comme opérateur d'insertion, pour l'accueil d'un public dépendant de substances psycho-actives.

En cela la création du CAJ et du chantier-école répond de façon innovante aux propositions du Plan triennal de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances, qui préconise aux CSST de créer des réponses institutionnelles, s'appuyant sur les dispositifs de droit commun extérieurs à la prise en charge spécialisée.

5.1.2 L'association « GAGNER » et le schéma du Plan Roubaisien d'Insertion

D'une manière générale le PLIE est sur le territoire porteur des politiques de l'état dans les domaines de lutte contre le chômage et les exclusions. En respect de la circulaire DGEFP 99/40 du 21 Décembre 1999, il est proposé que l'association Gagner mandataire du volet emploi de la Politique de la ville pour la période 2000-2006 en vertu du contrat d'objectifs suivant. « Plan local pour l'insertion et l'emploi à Roubaix » et ce sous la responsabilité de la ville et par délégation des financeurs Etat, Conseil Général du Nord, Conseil Régional du Nord, Fonds d'action Sociale et Communauté Urbaine de Lille.

(art 1) L'action du 3^{ème} PLIE de Roubaix est centrée sur la population exclue de l'emploi ou en difficulté d'y accéder. Une attention particulière est portée sur :

- les bénéficiaires du RMI
- les publics issus de l'immigration

Ces deux critères correspondent aux caractéristiques d'environ 60% des personnes que nous accueillons dont les ¾ sont des inactifs. C'est à partir de ces constats, partagés par le responsable du PRI, que j'ai pu conventionné l'action du CAJ.

A ce titre le Relais devient la structure compétente pour la formation des différents opérateurs du Plan, sur les problèmes de dépendances à des drogues, rencontrées chez pratiquement tous les opérateurs qui sont au nombre de trente. Cette action d'insertion, se couple à une action de formation permanente qui est subventionnée sur la ligne axe complémentaire du PRI.

Le chantier-école du CAJ dans ce cadre et par convention pluriannuelle est subventionné pour un poste d'encadrement technique à hauteur de 160KF et le financement de soutien formation qualifiante, c'est à dire de chantiers d'utilité sociale délivrés par la ville, pour 100KF, et ce pour l'année 2001.

5.1.3 Le conseil départemental d'Insertion par l'activité économique

Dans le cadre de la loi n°98-657 du 29 juillet 1999 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion, ses missions ont été élargies à l'animation, la réflexion et à la planification des actions d'insertion.

Le CDIAE est notamment chargé d'élaborer un plan local pluriannuel pour l'insertion et l'emploi. L'article L322-4-16-6 du code du travail donne un statut législatif à ces plans. Il pose la nécessité d'encourager les actions d'insertion par l'économique, notamment sur les quartiers sensibles.

Ce conventionnement labellise l'activité, et autorise l'attribution d'aides de l'Etat." La cohérence des aides publiques à l'insertion professionnelle des personnes en difficultés sera assurée, sous l'autorité du préfet, par le CDIAE, élargi aux représentants des collectivités territoriales. Un fonds départemental pour l'insertion est créé. Il est destiné à favoriser les structures de l'insertion par l'activité économique. (Art 16) .

En début de cette année 2001, l'association a déposé un dossier de conventionnement pour valider l'existence de la structure auprès du CDIAE. Le montage de ce dossier s'est fait en partenariat avec l'union régionale des acteurs de l'insertion par l'activité économique (UREI). Cela m'a obligé à définir clairement le projet de chantier-école sous l'angle pédagogique, mais surtout économique. La viabilité de ce type de projet repose sur une lecture réaliste, de notre capacité à produire des services et à prévoir en amont de l'action nos besoins de personnels en insertion pour l'année.

5.1.4L'agrément des personnes par l'ANPE

Les structures d'insertion par l'économique, dans un souci d'amélioration du parcours d'insertion et afin de contrôler l'utilisation de la mesure CES, doivent conventionner avec l'ANPE.

L'agrément est une décision du directeur de l'ANPE. Dans le cas de notre action, et compte tenu du nombre important de demandes uniquement dans la file active des personnes suivies au Relais, j'ai demandé à ce que la procédure de mise en relation entre l'offre d'emploi et les candidats ne soient pas diffusés, au tout public. J'ai souhaité que les sept places offertes dans le chantier soit uniquement réservées à des personnes toxicomanes, suivies par le Relais ou en relation en amont avec leur référent RMI dans le cadre du contrat d'insertion.

A partir de cet agrément, l'association bénéficie des aides par poste de CES à hauteur de 95%.

En terme de procédure, nous transmettons les dossiers de demandes de CES, à l'ANPE, qui vérifie les critères d'éligibilité des différents candidats et émet un avis. Le dossier est ensuite transmis à la DDEFP, qui valide au titre de l'état la convention de financement. Pour obtenir un financement à

95%, les personnes doivent être considérées comme public en très grandes difficultés sociales ou érémisses. Ceci concerne l'ensemble des personnes que nous proposons pour l'agrément.

5.2 Un choix d'activité : utilité sociale et développement économique

5.2.1 Le jardin et les fleurs de l'insertion

Un des enjeux fondamentaux dans le choix de l'activité, à été de s'inscrire dans une logique d'utilité sociale et de proximité, tout en visant la viabilité économique du projet.

Si l'insertion par l'activité économique n'échappe pas aux logiques de concurrence, et le nécessaire équilibre budgétaire, nous avons cherché à nous insérer dans un projet favorable à l'amélioration de l'image de la ville de Roubaix, et par voie de conséquences, à celle des toxicomanes. L'idée étant de se soigner en soignant la terre par la culture des fleurs et des légumes.

Après plusieurs rencontres avec le comité de pilotage et les différents opérateurs d'insertion sur la ville, le conseil d'administration a décidé de s'engager sur la production de fleurs et de légumes, par des méthodes de cultures biologiques.

A l'image des jardins de cocagne, le projet vise à créer un réseau local de solidarité autour de la production de légumes biologiques. « Vous avez besoin de légumes, ils ont besoin de travail.

Le principe de vente est relativement simple. Contre une cotisation mensuelle, trimestrielle ou annuelle, l'association s'engage à livrer un bouquet de fleurs et un panier de légumes cultivés par les personnes en insertion. L'objectif n'est pas que ces derniers deviennent maraîchers ou fleuristes, mais qu'elles reprennent confiance en elles.

La ville a mis à notre disposition depuis décembre 2000, un terrain cultivable de 2000m². Cette surface ajoutée au 1000m², dont nous disposons déjà, dans les locaux du centre de soins suffit à proposer une activité régulière pour les personnes en insertion, durant une bonne partie de l'année, et ce dans un environnement proche de leur domicile. Ces priorités de proximité s'inscrivent bien dans le cadre de la politique de la ville.

5.2.2 La recherche de marchés porteurs

L'équilibre budgétaire du chantier-école repose pour cette année sur une activité de vente de services ou de production équivalent à seulement 11% du budget total. La fourchette maximum étant de 30%, pour rester dans le cadre légal des chantiers-école. Ce qui correspond pour l'année 2001, à une production d'environ 100KF.

Même si cette somme peut sembler dérisoire, cela constitue une difficulté réelle compte-tenu des circonstances particulières de création de ce projet en 2002. Nous avons essuyé quelques difficultés

(absentéisme, dégradations sur le chantier, conditions météorologiques déplorables pendant les six premiers mois de l'année)

En plus de la production de légumes et de fleurs, il a été envisagé de développer et rechercher des activités extérieures à la structure (entretiens de berge, élagage, sous-traitance de jardins, production agricole). Ce qui a été fait par l'envoi d'un mailing en direction du réseau associatif local. Ces démarches commerciales vont nous permettre de garantir pour l'année 2002, une source de travaux plus diversifiés et d'envisager ainsi d'augmenter les besoins de personnels en insertion avec la DDTE et l'ANPE. L'objectif est de faire croître l'activité professionnelle, d'autonomiser les sources de financement du projet, en diminuant la part des subventions, qui sont toujours aléatoires et trop nombreuses, donc sujettes à des orientations stratégiques fluctuantes.

5.2.3 Les financements d'investissement (cf annexe)

En dehors des différentes subventions octroyées pour la réalisation du Centre d'activités de jour, en 1998, notamment pour les achats d'ordinateurs, de logiciels, de matériel d'art thérapie à hauteur de 100kf, j'ai sollicité de nouveau, la Fondation de France et le Conseil Régional pour une subvention d'investissement d'aide à la création du chantier-école.

J'ai obtenu 120KF du conseil régional, pour l'installation et l'achat de matériel, pour les activités de jardinage et de productions maraîchères et 100KF, de la Fondation de France pour l'achat de machines-outils diverses et l'achat d'un véhicule utilitaire.

Une autre subvention d'investissement de 50KF est actuellement en cours d'étude pour l'accompagnement des actions d'insertion des publics érémites, par la commission locale d'insertion de Roubaix. Cette subvention est renouvelable chaque année, notamment pour assurer le renouvellement du matériel pédagogique.

5.2.4 L'évolution du budget de fonctionnement (budgets en annexe)

Le caractère innovant de ce projet et de cette structure, repose en partie pour le directeur que je suis sur l'élaboration du budget. Les structures de soins spécialisés en toxicomanie sont pour la plupart financées à 95%, par le budget de l'état et le reste venant d'une subvention de la ville. La négociation avec les financeurs est moins aléatoire que dans le cas du projet chantier-école.

Lors du démarrage du projet en janvier 2000, j'avais reçu la confirmation d'un financement dans le cadre du contrat de ville, pour 68KF, intégrant une subvention de 45KF, la part ville du poste

d'emploi jeune 23KF, ce qui a permis un financement de l'état par le contrat état-région à hauteur de 70 KF.

J'ai obtenu, à titre expérimental, le financement d'un poste d'encadrement par le conseil général, dans le cadre de la politique de lutte contre les exclusions, pour l'insertion des publics érémistes de 92,5KF. Une partie sert pour la reconduction de l'action l'année suivante soit 10 KF.

Une des difficultés que j'ai rencontrées a été de négocier le financement de ce poste en dehors des ratios d'encadrement généralement préconisés, par la commission locale d'insertion.

Le ratio d'encadrement est de un équivalent temps plein pour 20 personnes en insertion. J'ai obtenu que la négociation porte sur un ratio de un encadrant pour dix personnes. Ce qui reste encore trop peu par rapport au public toxicomane et aux difficultés spécifiques qu'il pose.

Le reste des financements étant le remboursement par le CNASEA des salariés en contrats aidés.

L'année 2000 étant un démarrage et une expérimentation du projet, j'ai opté pour une stratégie de recrutement d'un encadrant technique ayant également une fonction de développeur du projet. Cinq personnes sont passées par cette structure en 2000.

En 2001, le projet et le budget ont doublé, passant de 400KF, à 886KF.(cf. annexe). Le budget de l'action en 2001 reflète une professionnalisation et une stratégie de pérennisation avec les différents partenaires.

Le conventionnement par le CDIAE, nécessite de travailler les éléments de production et de définir le budget de manière très réaliste, notamment sur les perspectives de production et de ventes de services.

L'essentiel des évolutions , repose sur un renforcement de l'encadrement, qui passe de 0,5 ETP, en 2000, à 1 ETP, en 2001.

Ce renfort étant possible par un double financement de l'encadrement : au titre du PRI, comme structure opératrice d'insertion sur Roubaix, et par la CLI au titre de l'accompagnement social des personnes érémistes. La part du contrat de ville et du contrat-région ayant également augmentée, ce qui est également un élément de reconnaissance du projet et de son intérêt par la ville de Roubaix.

La CLI de Roubaix participe en complément du PRI, pour le financement de ce poste d'encadrant en 2001. 160KF du PRI et 65 KF de la CLI.

Cette participation sera augmentée en 2002, au prorata du nombre de nouvelles personnes accueillies dans le projet d'insertion. L'évolution portera sur 12 personnes en CES, au lieu des 7 de cette année. Ce choix porte sur l'évaluation que nous avons fait du taux d'absentéisme équivalent à 30% et aux prévisions d'augmentation du travail en 2002.L'augmentation de la subvention de la CLI sera affectée à une augmentation d'un mi-temps d'accompagnant social.

5.3 Un recrutement inscrit dans les priorités du Relais

5.3.1 Profil du public : un double enjeu pour la structure

Le projet de chantier-école accueille sept personnes en 2001 dans le cadre de contrats emploi-solidarité et ce sur des contrats de travail de quatre mois renouvelables huit mois. Soit au total une année de CES par personne.

Le choix institutionnel que nous avons pris à l'origine du projet reposait sur le constat d'un nombre important de personnes fréquentant les différents services de l'association pour lesquelles aucun avenir professionnel n'était envisageable, sans une reconnaissance au quotidien de leurs difficultés à gérer leurs consommations de substances psychoactives.

C'est à partir de cette volonté d'expérimentation d'une structure passerelle entre le soin dit spécialisé en toxicomanie et l'insertion par l'activité économique, que nous avons obtenu des financements et une contractualisation avec différents partenaires institutionnels.

Ce double enjeu nécessite de la part de l'équipe de mettre en place une stratégie d'articulation des différents services, ce qui constitue l'originalité de ce projet. Les personnes accueillies dans le chantier-école sont donc toutes toxicomanes, en ce sens ou même leurs traitements de substitution ne suffisent plus à maintenir une abstinence quotidienne .

5.3.2 Une réponse alternative à l'incarcération pour les toxicomanes sous main de justice

J'ai effectué lors de ma deuxième année de CAFDES, un stage à l'administration pénitentiaire régionale, dans le but de créer des passerelles et d'améliorer les projets entre nos services. J'ai pu ouvrir un partenariat avec le SPIP et les juges d'application des peines, afin d'accueillir dans le chantier-école , une ou deux personnes suivies par la justice, dans le cadre de projets d'alternatives à l'incarcération pour des peines de prison inférieures à un an.(D49-1).

Nous estimons à dix par an, le nombre de personnes sous-main de justice suivies par l'équipe du CSST, susceptibles d'être concernées par le projet de chantier-école et une mesure de ce type.

Cette année sur le groupe de dix personnes en insertion, deux sont concernées par ces mesures de justice. L'une dans le cadre d'un travail d'intérêt général, l'autre dans le cadre d'un chantier de type D49-1, de mesure alternative à l'incarcération. Cette orientation par la justice, notamment pour les toxicomanes constitue un impératif de travail pour les centres de soins . C'est un axe de travail que nous cherchons à expérimenter et à conforter pour les années à venir ,qui rentre dans les objectifs stratégiques du projet thérapeutique .

5.3.3 Orientation des personnes vers le chantier-école (schéma d'organisation en annexe)

Il y a une orientation en amont de la structure par les différents partenaires du réseau d'aide aux personnes toxicomanes : Plan Roubaisien d'Insertion, CCAS, Mission Locale, ANPE, Service de probation et d'insertion, Juge d'Application des Peines (dans le cadre de chantiers extérieurs et de mesures alternatives à l'incarcération).

Le conventionnement avec l'ANPE, nous oblige à communiquer nos besoins en postes d'insertion à la DDTE pour l'année . La spécificité du projet, et la volonté de centrer l'action d'insertion sur les publics usagers de drogues, nous interdit de par la règle de l'anonymat de spécifier la problématique de santé. Aussi, nous avons proposé à l'ANPE, que nos offres d'emploi ne soient pas diffusées et que le recrutement se fasse uniquement par le réseau de professionnels en contacts avec des personnes toxicomanes.

5.3.4 le recrutement des salariés en insertion

Les participants sont recrutés en concertation avec les partenaires institutionnels. Il est important que ces partenaires soient bien informés de ce qui se fait dans le centre, des types d'activités, des objectifs.

A partir de l'entretien d'évaluation et du contrat d'objectifs, une orientation et un programme de formation sont proposés, tenant compte de leur niveau scolaire, de leur rapport au produit, de leur capacité à respecter les règles, de leur besoin de remise à niveau scolaire. La convention du projet avec le PRI, nous oblige à recruter des personnes originaires de Roubaix.

La procédure se définit comme suit :

- entretien au Relais : objectifs contractualisés, cadre éducatif + référent,
- demande d'embauche D.T.T.E. (autorisation),
- entretien (présentation du contrat) : cadre réglementaire,
- C.D.D. de 4 mois renouvelable, huit mois
- Engagement pour accepter la participation à la formation (participation à toutes les activités, de la même manière)

5.4.5 Le choix des contrats de travail

Les contrats aidés sont de type CES. A l'origine du projet et avant le conventionnement de la structure par le CDIAE, nous avons mis en place un mode de fonctionnement calqué sur l'expérience des autres opérateurs ayant l'expérience des publics en grandes difficultés. C'est à dire deux contrats de quatre mois renouvelables et un contrat de seize mois. Ce système permettait de prendre le temps d'évaluation nécessaire à la définition du parcours professionnel , en travaillant la motivation des personnes en insertion.

Les nouvelles directives de l'état, réduisent la durée des contrats de travail de 24 mois à 12 mois.

De fait nous avons choisi de proposer dans un premier temps un contrat de quatre mois renouvelable par un autre de huit mois. Cette mesure constitue néanmoins une difficulté supplémentaire , en rapport avec les choix de recrutement du public.

C'est un élément important du projet que nous évaluerons après une année de fonctionnement. La question de l'adéquation entre l'entrée des personnes dans le dispositif d'insertion , et la durée nécessaire à la réalisation d'un parcours d'insertion efficace, est une fonction du temps qui doit être négociée avec les services de l'état.

VI Un dispositif articulé entre soins spécialisés et insertion professionnelle

6.1 Organisations et fonctions: les cadres de l'intervention

6.1.1 Un élargissement de ma fonction de directeur

Le conseil d'administration m'a donné la mission de mettre en place le projet du CAJ et du chantier-école et d'en assurer le suivi, ainsi que son développement. A l'origine du projet , il a fallu convaincre l'ensemble des administrateurs de la viabilité et de l'intérêt d'un tel projet.

La part des enjeux économiques, l'absence de trésorerie spécifique pour le démarrage de l'action , les contraintes liées à l'activité ont été autant de frein à l'acceptation par le CA d'un tel projet . Avec l'autorisation de l'autorité de contrôle, le besoins en fonds de roulement supplémentaire créé par cette activité est couvert par le fonds de roulement du centre de soins, constitué en grande partie par la réserve de trésorerie qui autorise une capacité de fonctionnement de l'ensemble des services durant trois mois.

La création de cette structure n'a pas occasionné de modification dans ma fiche de poste, mais m'a amené en équipe, compte tenu de l'implication des différents services de l'association, de revoir les

délégations du chef de service ,la communication et les fiches de postes des différents intervenants, de coordonner l'action et le suivi du projet.

De la même manière que pour l'ensemble des activités de l'association , je rends compte de la gestion financière, administrative et de la gestion des ressources humaines de ce service au conseil d'administration.

Ceci implique de ma part la participation aux différentes réunions avec les partenaires institutionnels avec lesquels est engagé la structure. Ville de Roubaix, PRI, CLI

Dans la continuité de ma fonction de directeur, je mets en place les procédures de recrutement du personnel d'encadrement, j'établis les fiches de poste, le rapport d'activités et l'évaluation de l'action auprès des partenaires institutionnels, au nombre de six.(CCPD, DGAS, Contrat de ville/Etat/ Région, CLI, PRI/FSE, FAS).Ceci implique d'établir pour chaque partenaire des demandes de subvention, des budgets spécifiques, des évaluations intermédiaires et annuelles, de répondre à des offres de projets. C'est une charge administrative importante , qui va occasionné l'année prochaine un recrutement supplémentaire du poste de comptable, afin de gérer les demandes de subventions .

6.1.2 Stratégie de direction

« Le stratège est simplement le chef prenant des décisions pour le groupe »

La mise en place du chantier-école s'est faite en osmose avec l'équipe du centre de soins. En terme de gestion des ressources humaines, j'ai opté pour une communication sur le projet et une implication de chacun dans la réalisation concrète , afin de faire évoluer et complexifier la prise en charge. Ceci afin d' assurer la complémentarité entre les deux services (CCST, CAJ).

En dehors du personnel d'encadrement technique, il n'y pas eu d'autres recrutements, pour ce projet. C'est un choix qui s'est imposé pour la première année de fonctionnement auprès des différents partenaires financiers. Dans notre secteur, il faut souvent montrer ce que nous savons faire pour obtenir la confiance des institutions, et négocier pour les années suivantes une augmentation des charges de personnels.

La comptabilité et le secrétariat sont assurés par l'équipe administrative du centre de soins. Cette situation est pour l'instant gérable , mais va évoluer dans le cadre de la négociation sur les 35H. L'option que j'ai choisie en accord avec le conseil d'administration est d'augmenter le temps de comptabilité et de secrétariat, en adéquation avec la quantité de travail administratif supplémentaire et incompressible. Il est également prévu sur le budget de l'action en 2002, de provisionner un mi-

temps consacré au secrétariat et à la comptabilité. Ce temps complémentaire largement nécessaire compte tenu de la surcharge de travail administrative, pourra être pris en charge par l'activité économique .

6.1.3L'équipe d'encadrement : fonctions et profil de poste

➤ Le chef de service éducatif

De part sa position centrale dans le suivi des personnes dans le centre de soins et le centre méthadone, il propose et oriente les candidats potentiels en amont du chantier-école. Cette position maintient une cohérence de suivi, entre les différents services.

Il participe aux réunions d'admission avec l'encadrant technique. Il est le garant du règlement intérieur et exerce de fait une position d'autorité. En mon absence, il anime les réunions hebdomadaires de chantiers avec l'encadrant et les personnes en insertion, ainsi que la réunion d'équipe, également hebdomadaire. Le travail avec les toxicomanes oblige à réguler souvent le fonctionnement du quotidien marqué par une succession rapide d'évènements. (absences, incarcérations, gardes à vue, violences verbales ou physiques, consommations, vols, ...).

Il supervise la constitution des dossiers administratifs que l'équipe éducative transmet à l'ANPE et aux autres partenaires .

Il participe aux réunions de suivi de sortants de prison organisées en partenariat avec les services de probation, afin d'articuler l'orientation des personnes sous-main de justice.

➤ L'équipe d'encadrement technique

La qualité et la spécificité du projet reposent sur les compétences et le savoir-faire de l'équipe d'encadrement technique. J'ai opté pour cette année de démarrage sur un recrutement en deux temps tenant compte de la montée en charge des personnes dans la structure. Le recrutement du premier encadrant s'est fait dans le cadre d'un CIE à $\frac{3}{4}$ de temps afin de respecter la montée en charge de l'activité.

Ceci m'a permis d'économiser de la masse salariale et de dégager un autre mi-temps à recruter en cours d'année. Cette deuxième personne a été recrutée en partenariat avec une autre structure de Roubaix qui travaille sur les mêmes objectifs d'insertion et développent les mêmes activités. Cette synergie de moyens favorise la stabilité du personnel de l'équipe

- 1 Emploi-jeune de formation technique (espaces verts, horticultures),correspondant à 1ETP. Ce poste a été créé avant la création du chantier-école, afin de préparer le terrain sur lequel se déroule l'activité En terme de gestion de personnel , j'ai opté pour que ce poste d'emploi jeune

se forme le plus vite possible aux métiers de l'encadrement technique, en l'inscrivant dès la première année sur un cycle de moniteur d'atelier de second degré, correspondant à son niveau de formation initial. Le financement de cette formation a été pris en charge par le conseil régional et le conseil départemental, ainsi que par la ville, à hauteur de 20KF. Ce poste sera pérennisé et financé par l'activité économique dans cinq ans. Ceci me laisse une marge de manœuvre pour rechercher de nouvelles sources de financements.

-2 Educateurs techniques spécialisés, correspondant à 1.25 ETP , pour l'encadrement et la coordination des activités (jardin, horticulture, maraîchage...), le développement économique de l'activité .Ils supervisent la formation de l'emploi jeune.

Les encadrant-techniques animent le chantier-école. Ils doivent être dotées de qualités relationnelles et d'un savoir-faire technique afin d'adapter les tâches aux diversités de niveaux posées par les personnes en insertion. Ceci en fait souvent des moutons à cinq pattes, ce qui complique sérieusement leur recrutement.

L'expérience de cette première année montre combien il m'a été difficile d'avoir des personnes motivées par un travail d'encadrant auprès d'un public de toxicomanes. L'évolution du projet en 2002, pour 14 personnes, va devoir m'amener à conforter l'encadrement technique, sur les deux personnes actuellement , mais pour un ratio de 1.5 ETP, pour 14 personnes.

Une partie du financement sera sollicité auprès de la CLI, à hauteur de 50KF, correspondant à une augmentation du nombre de personnes érémites et par une augmentation prévisible de la vente de services à l'extérieur, d'environ 60 KF supplémentaires.

Le personnel d'encadrement, et l'emploi-jeune sont rattachés comme les autres services de l'association, à la convention collective (CC51), alors que les missions du CAJ, ne renvoient pas spécifiquement à une activité de soins . C'est un choix qui a nécessité un débat avec le CA, étant donné le surplus de charges salariales que cela occasionne .

Il m'a semblé important en termes de gestion des ressources humaines ,de ne pas faire de distinction entre les différents services et développer ainsi une culture d'équipe et une appartenance au même projet. C'est un élément de reconnaissance statutaire et d'appropriation pour chacun , du projet thérapeutique par rapport à un public en difficultés.

6.1.4 Les référents sociaux et psychologiques, articulation entre le CSST et le Chantier-école

Un des animateurs de l'équipe du centre de soins spécialisé est le référent d'un ou de plusieurs participants au chantier. Il actualise les progrès de la personne et aide à résoudre les problèmes médico-psycho-sociaux qui se manifestent.

Quand un participant s'absente régulièrement ou quand il a une conduite problématique, l'encadrant technique prend contact avec l'institution qui l'a envoyé, ou avec le référent interne du centre de soins.

Cette organisation est rattachée au suivi psycho- socio-éducatif développé dans le centre de soins et coordonné par le chef de service éducatif.

L'originalité du projet repose sur un renforcement efficace du projet de soins et du parcours d'insertion .Les personnes en insertion sont pour la plupart, suivis dans le cadre du programme méthadone et bénéficient d'un soutien psychologique personnalisé.

- des temps d'intervention des référents de l'équipe socio-éducatif du centre de soins en ambulatoire pour les autres ateliers sont mis en place dans la complémentarité de la prise en charge, sur des thématiques de techniques de recherches d'emploi, de connaissance des démarches administratives...
- un temps de coordination avec les référents du centre de soins, permet l'évaluation et la relation avec les partenaires extérieurs, ainsi que le suivi médico-psycho-social.

6.1.5 Les réunions : outils de communication entre les services

➤ Les réunions internes de suivi

Pour développer un travail de qualité qui intègre la compréhension, par l'ensemble des membres de l'équipe, des difficultés que posent les personnes toxicomanes en insertion, j'ai proposé la mise en place de réunions hebdomadaires de suivis . Ces réunions regroupent les deux équipes, centre de soins et chantier-école, animées par le chef de service éducatif à qui j'ai donné par délégation le suivi thérapeutique de toutes les personnes dans les différents services. Une attention est portée à l'évolution du comportement des personnes durant les quatre premiers mois , afin de préparer soit le renouvellement du contrat et la définition du parcours d'insertion , soit un arrêt ou une orientation vers un autre opérateur.

➤ Les réunions de chantiers

Un réunion hebdomadaire en début de semaine est prévue avec les personnes en insertion , afin d'organiser la semaine et établir le programme de travail. Cette réunion se déroule sur le chantier et favorise un dialogue sur le travail .Le personnel d'encadrement étant nouvellement recruté, avec une connaissance limitée de la problématique des toxicomanes, il importe d'établir un dialogue et un climat de confiance dans le travail, ainsi qu'une adhésion au projet. Au démarrage de l'action , j'ai volontairement participé à ces moments afin d'aider l'équipe à se former à la psychologie des toxicomanes.

➤ Les réunions de développement du projet

Ce sont les réunions avec les différents partenaires , principalement le PRI, qui dans le cadre de financement par le FSE , inscrit l'action des opérateurs dans un cadre d'évaluation stricte, quant aux résultats en termes de parcours. Ces réunions permettent la mise en place d'une culture, sur les objectifs à atteindre, mais également un réajustement nécessaire par rapport aux difficultés que nous rencontrons dans la réalisation du chantier-école. J'ai souvent tendance à dire que la concrétisation de ce projet est à l'image d'un œuf carré, tant les contraintes internes et externes sont importantes.

L'adéquation entre des objectifs d'amélioration psychologique des personnes et ceux de l'économique ou du travail , m'amènent à utiliser ces réunions comme des lieux de régulation par rapport à nos représentations réciproques.

6.1.6 Le Règlement intérieur : un outil pédagogique

Nous avons mis en place, des règles d'accès minimum à la structure mais nécessaires. Le règlement intérieur est un outil pédagogique fondamental avec les toxicomanes . Paradoxalement il vient renforcer des évidences inscrites dans le cadre du droit du travail mais adaptées à la réalité psychologique des personnes en insertion. Comme dans chaque service de l'association, le règlement introduit un dialogue minimum sur le respect réciproque à entretenir indépendamment des difficultés spécifiques de chacun. C'est un consensus minimum sans lequel aucun travail ne serait possible dans la structure.

. Les comportements de violences ne sont pas admis et les transgressions comme dans tous les autres lieux de l'institutions peuvent être sanctionnées.

Cette approche se veut thérapeutique, dans le sens où elle s'inscrit dans le projet de soins "global" du centre. Ces ateliers n'étant ouverts qu'au public toxicomane, l'expression de leurs difficultés plurielles est toujours présente et émergente .La parole de chacun y est respectée. La dimension collective joue un rôle, nouveau proche de celui développé dans les actions communautaires.

- obligation de participer aux activités,
- pas d'alcool, ni de drogue
- pas de vol, ni de violences.
- La consommation n'est pas possible dans les lieux et l'état de la personne sous produit doit être évalué à l'entrée de la structure, par l'équipe éducative.
Ce n'est pas nécessaire d'être désintoxiqué mais il est nécessaire d'avoir un contrôle sur son usage de drogue.

Les activités pourront être réalisées sur place (atelier maraîchage, musculation, art-thérapie, multimédia, confection de repas...) ou à l'extérieure avec d'autres structures partenaires, chantiers-école, dans le cadre de conventions de mise à disposition.

6.1.7 Le groupe de parole des usagers

Il est proposé aux usagers du CAJ de participer à un groupe de parole hebdomadaire, animée par la psychologue du centre de soins. L'objectif de ce groupe est de développer la capacité de résolution des conflits par la parole et non par les passages à l'acte. L'engagement de préserver le secret de ce qui est dit, favorise l'échange sur leurs vécus affectifs. C'est également de lieu possible de l'émergence d'un groupe d'auto support, porteur d'une parole singulière sur leurs histoires personnelles et leurs envies. La dimension psychologique y est prépondérante, comme outil de développement personnel. C'est un des objectifs premier du projet du CAJ que d'améliorer leur santé physique et psychologique. En cela le choix qui est fait est de le prévoir sur leur temps de travail. Tout ce qui est du domaine du développement personnel doit être intégré dans l'organisation de leurs temps de travail.

La participation à ce groupe, n'est pas toujours assidue. Ceci renvoie souvent à la situation de déni dans lequel ils sont enfermés qui les amène à éviter les endroits ou ils doivent engager leur identité personnelle. Nous pouvons parler dans ce lieu d'une mise en jeu spécifique de leur identité au travail. L'épreuve identitaire est celle de l'expérience de soi dans des liens sociaux de proximité. Il importe donc d'inscrire la participation des personnes à ce groupe dans une démarche volontaire.

6.2 Une prise en charge spécifique

6.2.1 Des objectifs limités

- Aider à une resocialisation, et à une autonomisation dans leurs démarches administratives pour 30%
- étayer leur personnalité fragilisée par les consommations de drogues, afin de les aider à s'investir corporellement et psychologiquement dans les activités,
- favoriser l'insertion pour 30 % d'entre eux après une année passée dans le Centre d'Activités de Jour
- éviter la récidive pour 30 % des personnes qui seront orientées dans un cadre de mesures judiciaires.

" De même que pour soigner un malade, il faut à la fois traiter la maladie et renforcer le terrain; de même pour favoriser l'insertion, il faut se doter de moyens et renforcer l'image que la personne a d'elle-même. C'est pourquoi l'approche de l'insertion est plus que jamais pluridimensionnelle "61

Nous favorisons un ré-entraînement au travail, par un développement personnel complémentaire au centre de soins en ambulatoire, qui s'appuie principalement sur un renforcement au quotidien d'acquisitions manuelles, et intellectuelles, mais aussi une évaluation par des entretiens individuels. La spécificité du projet de centre d'activité de jour et du chantier-école, repose sur l'articulation entre le projet éducatif et thérapeutique et la gestion des consommations de substances psycho-actives , qui s'appuie sur un projet de formation individualisé, de développement personnel et de re-mobilisation au travail.

Cela nécessite une approche et des actions particulières, pour lutter contre leur fragilité relationnelle et leur isolement social. Indépendamment de leur âge, les usagers de la structure, présentent des caractéristiques comportementales, d'adolescents en rupture: méfiance à l'égard des adultes et des institutions, provocateurs et agressifs, en grandes demandes d'écoute, et de reconnaissance.

L'intégration, en amont des dispositifs de droit commun, passe par une préparation éducative, et un travail relationnel fort de la part des équipes d'encadrement.

La spécificité du projet par rapport aux autres opérateurs roubaisiens est que nous accueillons un public exclusivement dépendant de substances plurielles , pour lequel l'enjeu va être dans la

⁶¹ BUHRING M. Réussir l'insertion de la rue à l'entreprise d'insertion. Colloque sur la souffrance psychique et l'exclusion sociale.

rencontre quotidienne de les faire travailler sur leurs comportements et le déni de leurs consommations. Ceci nous demande une lecture particulière de leurs problèmes de toxicomanie, en lien avec leurs difficultés existentielles.

6.2.2 Une reconstruction identitaire et personnelle.

La relation personnalisée, vécue avec un adulte éducateur va amener progressivement la personne en insertion à accepter l'écoute et la parole d'adultes différents, à les considérer comme des personnes et non comme des fonctions, à réfléchir sur le sens de sa conduite et à modifier leurs comportements. L'objectif est de découvrir et intérioriser les références à la loi et aux valeurs et modifier les relations aux autres et le regard sur la société. Ils vont peu à peu affirmer leur identité, mieux maîtriser leurs angoisses et leurs inquiétudes, et pouvoir élaborer une demande véritable et énoncer un projet personnel.

6.2.3 Une sensibilisation et une expérimentation au travail:

Dans la pratique, l'éducateur pourra proposer aux personnes en insertion de vivre avec lui des situations concrètes de travail, d'absence de jugement à priori, de représentation d'exigence et de compétence qu'il apportera, afin de favoriser l'établissement d'une relation de confiance. Les personnes pourront progressivement accomplir des tâches diverses des moins techniques aux plus spécialisées. Ces travaux seront réalisés individuellement ou en équipe, soit en chantier extérieur ou sur le terrain.

Cette mise en liaison sera toujours très individualisée, car les personnes en difficultés doivent rencontrer des personnes et non des institutions.

6.2.4 Une gestion du rapport au produit négocié

Le fait qu'une personne se drogue encore n'est pas en soi, une source de sanction. C'est le comportement de la personne qui entraîne une évaluation avec le référent

C'est le projet que de permettre une élaboration verbale, en dehors de toute sanction d'exclusion, comme cela se vérifie dans d'autres structures. C'est en partie, l'originalité de ce projet que de travailler la relation au produit, des toxicomanes que nous accueillons, par une confrontation quotidienne à un cadre structuré, entre le faire et le dire.

Nous avons vu dans la deuxième partie, combien il était difficile de concevoir, l'abandon de toutes consommations tant la dépendance est grande. Aussi les consommations de substances durant les activités correspondent à des moments où le toxicomane ne peut encore choisir de tout quitter. Le travail n'étant pas encore une source de plaisirs suffisant.

L'intérêt du projet et la confrontation du cadre au quotidien, est de repérer avec chaque personne, les moments de rechutes éventuelles. L'expérience de l'équipe, et la connaissance des personnes, suivies au centre de soins facilite le dialogue. Il est fondamental de faire sortir le dialogue sur les consommations de tout contexte de culpabilité, qui n'aurait que comme effet de renforcer le déni et l'immaturation qui est une caractéristique psychologique des usagers de drogue.

Dans le cas où l'expérience des produits devient prépondérante dans l'organisation affective des personnes, nous évaluons avec eux, toujours individuellement et anonymement quels types de réponses médicales nous pouvons mettre en place, sans altérer le projet d'insertion professionnelle.

L'arrêt et la suspension du contrat de travail, ne peut que correspondre à une orientation et une alternative de soins plus lourde qu'une simple hospitalisation. C'est le cas par exemple pour les orientations qui ont pu être faites vers des centres résidentiels hors-région pour des séjours supérieurs à un mois.

6.2.5 Un parcours d'accompagnement, d'insertion et de formation

L'équilibre à trouver doit se parler avec chaque personne, en dehors de toute sanction, mais dans une recherche d'un projet de soin plus renforcé. C'est un des objectifs que d'étayer le projet de soin, à partir des activités et d'une reconnaissance de leurs difficultés.

A partir des objectifs de départ qui sont contractualisés, une rencontre hebdomadaire avec le référent et l'encadrant technique est proposée. Ces rencontres peuvent déterminer des choix de formations spécifiques et complémentaires aux activités de productions horticoles ou maraîchères.

Un programme de formation individuelle utilisant les outils multimédias est mis en place.

L'ensemble des logiciels de remise à niveau scolaire utilisant des formes didactiques, peuvent favoriser la formation et le rythme de chacun, en dépassant le rapport à l'écriture qui est très souvent déficient.

Durant le premier contrat de travail de quatre mois, un bilan de compétences avec un organisme extérieur est systématiquement proposé. Cet élément d'évaluation constitue le pont de départ légal de la définition du parcours d'insertion, selon les critères du comité de pilotage composé de l'ANPE, du CCAS, de la DTTEFP, et de l'association « GAGNER ».

Un partenariat avec une ou deux entreprises intermédiaires (EI) va nous permettre de créer des passerelles, avec des lieux extérieurs, sous forme de stages de formation et de lieux d'expérimentation. Cette possibilité s'inscrit dans le cadre de convention de formation que la structure peut passer avec d'autres opérateurs, plus spécialisés sur une formation professionnelle.

Cela constitue un enrichissement dans la palette des actions que nous avons déjà expérimentées, pour faciliter l'orientation d'un jeune vers une autre structure d'insertion professionnelle.

On pourra également concevoir dans cet esprit, des chantiers extérieurs résidentiels, mixant travail et activités de loisirs.

Dans le passé, nous avons déjà tenté ce type d'expérience. L'objectif étant de sortir les jeunes de l'environnement géographique anxiogène et toxicomanogène dans lequel ils vivent, sous forme de séjour de rupture . La convivialité et la restauration des liens trouveront plus de place.

6.3 Evaluation du projet et perspectives de développement

6.3.1 L'impact sur l'image de l'association et sa capacité d'innovation:

« On peut parler d'évaluation à chaque fois qu'il y a jugement de valeur, tiré d'informations en fonction d'objectifs dans le but de prendre des décisions. Ces jugements peuvent viser des personnes, des organisations , des acquis... ». ⁶²

La réalisation du chantier-école en 2001, dans un cadre réglementé et formalisé avec les instances locales et nationales de l'insertion par l'activité économique a augmenté l'identité et l'existence de l'association sur le territoire de Roubaix.

Cela correspond à une stratégie de développement et de fonctionnement qui contribue à renforcer la légitimité de la structure et son savoir-faire, aux yeux des différents acteurs locaux.

La création de ce service , a fait rentrer l'association dans un réseau de nouvelles ressources , favorables à l'image et à la capacité de changement de l'association.

La lutte contre l'exclusion des toxicomanes dépasse largement le cadre posé par la loi de 70 et le décret du 29 juin 1992, qui régit la toxicomanie sous l'angle du soin, mais s'insère comme j'ai essayé de le montrer dans des réponses liées au territoire , à l'utilité sociale et la proximité. Le processus que l'association a mis en place, en créant ce service est un outil de décloisonnement entre l'économique et le social pour les toxicomanes, dans un enjeu de cohésion et de maintien de la paix sociale, comme cela a pu être un moment donné la situation de la méthadone en France. Le fil conducteur des différents projets que j'ai menés par délégation du CA est la lutte contre l'exclusion sous toutes ces formes, médicales , sociales et professionnelles.

Toutes ces réponses sont concomitamment des outils de la politique de réduction des risques infectieux , et de l'insertion sociale et professionnelle. La réalisation de ce chantier-école, a

représenté un nouveau défi intéressant à relever, au sein de l'association, au moment où toutes les politiques de l'action sociale se déplacent vers l'emploi .

Cette première année, comme structure opératrice du PRI et de la ville est prometteur.

Ce dispositif a le mérite de poser la question de la place spécifique du toxicomane , comme public en insertion dans le jeu des interdépendances du territoire. De fait nous devenons un acteur de changement dans les représentations des opérateurs envers ce public . En participant également à la formation des acteurs locaux de l'insertion professionnelle, l'association répond aux exigences du plan triennal de lutte contre la toxicomanie, pour l'ouverture et la création de structures passerelles.

6.3.2 Aspect socio-économique

L'évolution du CAJ et du chantier-école sur deux ans par l'évolution d'un budget de fonctionnement de 400 à 800KF , avec des perspectives de croissance à 1000KF, et des objectifs d'activités de production d'environ 15% en 2002 est un point rassurant pour l'avenir et la pérennisation du projet.

L'augmentation du nombre de personnes en insertion , de 4 à 7 en 2001,et une perspective de 14 CES l'année prochaine, nous amène à nous poser un certain nombre de questions sur les objectifs de la croissance. Développer le projet , pourquoi faire ?

Il m'importe de développer et conforter ce projet dans une démarche de qualité , économique et thérapeutique. L'équilibre et la dimension du projet pour l'année prochaine doivent tendre vers la qualification professionnelle des éducateurs techniques et la formation des personnes en insertion afin de les amener à rechercher des postes plus durables dans le cadre par exemple de CEC. Ce qui pourra se faire au Relais dans l'avenir, mais qui doit actuellement se concevoir avec d'autres opérateurs.

Néanmoins l'étape de la qualification des contrats de travail en CEC, passe par un développement économique durable et une autonomisation des compétences des personnes en insertion. Tout en restant dans le cadre des chantiers-écoles, qui correspond à la réalité des personnes que nous accueillons, il sera possible d'envisager une stratégie d'évolution professionnelle pour un ou deux personnes actuellement dans le dispositif. C'est une étape nécessaire pour les faire sortir de la spirale négative des stages « bouche-trou », et comme le dit Jean-pierre HARDY, de les faire passer du statut « d'utilisateur-client à celui d'utilisateur citoyen ». Cela va également se construire par un programme de formation, adapté aux besoins du marché .

⁶² Informations sociales n°57- 1997. L'action sociale est-elle efficace. P79
Philippe DEKEIREL - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

Je suis attentif pour l'avenir à valoriser le groupe par une reconnaissance de leurs acquis professionnels. Un programme de formation spécifique est en cours, en partenariat avec la Ferme aux loisirs de Roubaix qui porte le même projet avec un public exclus de l'emploi. L'enjeu est d'ouvrir le groupe des personnes en insertion à d'autres expériences et de mixer les publics, pour faire évoluer leur identité professionnelle. Profitant de ce partenariat, j'ai choisi de recruter un encadrant à mi-temps sur les deux structures de la ferme aux loisirs et du Relais. L'expérience en cours depuis six mois est positive. Cela offre une plus grande souplesse dans le partenariat et le couplage des activités. Par ailleurs pour augmenter la production de légumes ainsi que la qualité des produits cultivés, nous avons décidé d'exploiter un terrain agricole de 3000m² en commun, à l'extérieur de Roubaix.

6.3.3 Au plan médico-psycho-social

Les critères d'évaluation renvoient aux objectifs que nous avons posés au départ, sans lesquelles il ne peut y avoir d'évaluation cohérente .

Les objectifs de la re-mobilisation au travail définis dans le cadre du chantier-école s'expriment en termes de parcours d'insertion , de formation ,de durée dans la structure, d'absences, mais aussi d'une évaluation sur leurs usages de drogues et de non-récidive dans la délinquance, en ce qui concerne nos objectifs spécifiques.

« A défaut de débouchés vers l'emploi, cette action permet-elle une amélioration durable de la situation des personnes »⁶³. C'est une question importante qui permet de savoir ce que nous évaluons.

J'ai souhaité que nous élaborions en équipe une grille d'appréciation du comportement au travail qui reprend : (cf. annexe).Pour mesurer , il faut des indicateurs.

- l'intérêt au travail
- la compréhension et le suivi des consignes
- l'autonomie dans le travail
- la rapidité dans l'exécution
- la résistance à la fatigue
- les progrès dans l'apprentissage
- l'esprit d'équipe
- l'attitude envers les cadres et les collègues

- la ponctualité
- le nombre de jours d'absences

Cette évaluation individuelle est confortée par un travail d'évaluation psychologique sur les comportements de dépendances durant le travail. C'est une évaluation qualitative, clinique qui s'appuie sur des entretiens individuels, qui mesurent les effets de la re-dynamisation et de la resocialisation sans laquelle aucune orientation future vers d'autres opérateurs d'insertion n'est possible. Ces éléments sont transcrits dans leur dossier individuel, en respectant le secret des informations selon la règle de l'anonymat.

L'ensemble des données qualitatives et quantitatives : les indicateurs socio-démographiques, la nature de la demande d'aide, les indicateurs sociaux, les données concernant la toxicomanie, la santé, et des éléments juridiques sont rapportées dans un rapport d'activités annuel, qui est présenté à tous les partenaires associatifs et financiers. Chaque année, la base de données est complétée et réactualisée à partir des entretiens formels ou informels, que nous recueillons. Ceci permet un suivi longitudinal de la file active. C'est un outil d'évaluation à partir duquel nous pouvons élaborer en équipe l'évolution de la prise en charge.

C'est aussi à partir de la production de ces évaluations que la structure va trouver sa place et sa crédibilité, comme opérateur spécifique d'insertion, au niveau local.

6.3.3 Perspectives et évolution du projet pour une intégration citoyenne

Cette première année de développement du chantier-école couplé aux ateliers du centre d'activités de jour, ainsi qu'au centre de soins, confirme la pertinence du projet, à l'interne et à l'externe. Cette structure s'inscrit dans la complexité de la prise en charge, qui demande toujours d'être innovant, et en interaction avec les autres réponses locales.

La réflexion pour l'avenir porte sur la diversité des activités d'insertion par l'activité économique. Le savoir-faire acquis par l'association et les équipes à travers la réalisation de ce projet donne une dimension nouvelle à la prise en charge et dans les représentations des usagers de drogues eux-mêmes. L'apport même à une petite échelle d'un petit travail est un plus dans la reconnaissance de l'institution par les usagers et leur famille.

D'autres projets sont possibles et en cours d'élaboration, pour conforter ce premier chantier-école par d'autres activités à caractère économique, comme un atelier de compositions florales, pour compléter l'activité durant la période hivernale. Un programme de formation à la culture

⁶³ HARDY JP. Guide de l'action sociale contre les exclusions. P391

biologique est en cours d'élaboration , qui doit s'appuyer sur la valorisation des acquis professionnels afin de donner une qualification , dans un secteur en développement comme l'est la culture biologique. La création de ce chantier-école est une étape qui nous permet de faire nos preuves et de valider nos compétences acquises auprès des usagers de drogues. L'extension du projet est nécessaire, par la diversité des activités que nous pourrons développer. Le développement du projet passe également par la complexification des réseaux de partenaires associés au projet.

CONCLUSION

Il y n'a pas jusqu'à aujourd'hui de centres de soins pour toxicomanes en ambulatoire, dans le département du nord qui ont développé des projets d'insertion professionnelle conventionnés à un dispositif de droit commun comme le Relais et l'association GAGNER le PRI de Roubaix. C'est une innovation locale dans la prise en charge des toxicomanes, certes petite mais qui augure d'un avenir prometteur.

L'enjeu qui ne peut être que la garantie d'une certaine réussite du projet, car il faut rester modeste et savoir relativiser les objectifs, c'est d'abord un d'améliorer la santé physique et psychologique des personnes que nous accompagnons. C'est ce qu'ils retirent de leur passage par le chantier-école, comme outil complémentaire à leur projet de soins.

La loi de lutte contre les exclusions et la politique de la ville nous offre un cadre dans lequel inscrire cette action articulant une structure médico-sociale avec une structure d'insertion par l'activité économique.

Si cette structure est un outil complémentaire du dispositif dit spécialisé, pour aider les usagers à mieux gérer leur santé et leur réinsertion professionnelle, sa crédibilité passe aussi par sa viabilité économique.

L'actuelle révision de l'enveloppe départementale des CES à la baisse, et le re-conventionnement tous les six mois par le CDIAE, conforte les craintes que j'ai en tant que directeur, qui risquent de nous amener à sélectionner d'autres personnes que les toxicomanes de rue que nous accueillons, et d'une certaine manière "écrémer" la file active.

Ce serait alors une dérive par rapport aux objectifs de départ que nous nous sommes fixés en équipe. L'insertion sociale des toxicomanes passe certes par la reconnaissance d'un emploi, qui n'est à l'heure actuelle, qu'un "palliatif" à un vrai travail qualifié, mais les personnes qui entrent dans le chantier-école se réinsèrent d'abord par une mise en relation et une valorisation personnelle de leur rôle. "Elles peuvent ainsi se remettre dans une évolution personnelle et professionnelle. Cette forme d'insertion a donc l'intérêt d'arrêter la dégradation de l'image de soi»⁶⁴.

Pour aboutir à ce résultat, une prise en compte de l'ensemble des difficultés de la personne est nécessaire. L'articulation entre le centre de soins et le chantier-école apporte un cadre structuré possible pour un travail de qualité, mais les enjeux pour l'avenir sont financiers et institutionnels. La difficulté, en tant que directeur est de trouver un juste milieu entre des objectifs thérapeutiques et des objectifs de formation professionnelle et de production. Néanmoins pour évoluer, il faut

grandir et s'associer. C'est ce que nous cherchons à faire pour ouvrir l'expérience professionnelle à une relation identitaire élargie. C'est l'objectif du partenariat mis en place cette année avec la ferma aux loisirs de Roubaix.

L'idée est de créer une coopérative de légumes biologiques, couplée à des épiceries solidaires, pour la diffusion et la vente des produits, toujours dans le cadre des jardins de cocagne.. C'est une expérience intéressante pour les toxicomanes qui va inscrire, avec nous dans une dimension de responsabilisation plus importante et de socialisation de proximité.

Le passage prochain, prévu en janvier 2003 d'un financement de l'état via les DDASS, à un financement dans le cadre la loi de sécurité sociale, va poursuivre l'ouverture du secteur et ainsi renforcer l'inclusion des toxicomanes dans les dispositifs de droits communs sociaux et médicaux.

Cette volonté de démocratisation du soin aux toxicomanes et de leur insertion, en les faisant sortir de l'exception est une avancée incontestable, mais qui ne doit pas se faire aux détriments des usagers eux-mêmes.

L'expérimentation d'une structure comme le chantier-école montre les risques qu'il y a dans les négociations sur les budgets et les ratios d'encadrement à assimiler les toxicomanes« lourds », à une simple pathologie de la dépendance .La violence de la vie dans la drogue génère de la violence et un rapport au temps spécifique dans la reconstruction et dans l'insertion sociale et professionnelle, qui n'est hélas pas toujours compatible avec la volonté de réduction des enveloppes budgétaires.

Il est donc encore nécessaire, en tant que directeur de défendre une spécialisation et une spécificité de la prise en charge des toxicomanes, dans des structures renforcées, avec des moyens adaptés, pour un travail de qualité. Créer des structures passerelles pour l'insertion des toxicomanes dans les dispositifs de droits communs ne doit pas non plus nous faire oublier que le toxicomane est toujours un délinquant particulier, marqué d'un statut d'exception, un parangon de la société. Son intégration dans la société passe donc par un accès à un statut de droit normalisé, même si sa prise en charge médico-psycho-social revêt un caractère toujours spécialisé. Qu'en est-il donc de la dépenalisation des usages de drogues en France, qui donnerait de fait aux toxicomanes, une légitimité à s'organiser, non plus dans l'anonymat, mais dans une participation démocratique et citoyenne, comme d'autres catégories d'exclus ont pu le faire. C'est une étape symbolique importante que je continue à soutenir .

⁶⁴ HARDY JP. Guide de l'action sociale contre les exclusions. DUNOD
Philippe DEKEIREL - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2002

BIBLIOGRAPHIE des livres lus ou consultés

ALPHANDERY Claude, Les structures d'insertion par l'emploi -Rapport au Premier Ministre
Paris- La documentation française, 1990.

BAILLY/ VENISSE JL (Sous la direction de)
Dépendance et conduites de dépendances-Paris .Masson- Médecine et psychothérapie-1994

BERGERET Jean
Toxicomanie et personnalité- Paris. PUF. Que-Sais-je-1982

BERGERON Henri
Soigner la toxicomanie- les dispositifs de soins entre idéologie et actions- L'Harmattan- 1996

BUHRING Martine. Réussir l'insertion de la rue à l'entreprise d'insertion. Veille sociale de Lyon.
Colloque sur la Souffrance psychique, contexte social et exclusion. 1997

DONNADIEU Gérard
Manager avec le social. L'approche systémique appliquée à l'entreprise .Liaisons sociales

DUBET François
La Galère : Jeunes en survie. Point Seuil

EHRENBERG Alain
L'individu incertain – CALMANN-LEVY. Avril 1995

FONTAINE, MOREL, HERVE, Soigner les toxicomanes, Paris, DUNOD, 1997

GARNIER-MULLER A. Les inutiles. Survivre en banlieues et dans la rue . Les éditions de l'atelier.

GIBIER Lionel, Prise en charge des usagers de drogues
Les toxicomanes- Edition du Seuil- Mars 1995

HARDY Jean-pierre
Guide de l'action sociale contre les exclusions. DUNOD

JAMOULLE Pascale
Drogues de rue- Edition DEBEOCK Université- Octobre 2000

LEFEVRE Patrick
Guide de la Fonction de directeur d'établissement social et médico-social, DUNOD

MAISONDIEU .Jean . La fabrique des exclus.

MIRAMON J-M, Manager le changement dans l'action sociale, Rennes, Ed. ENSP, 1996

PERETTI J-M, Ressources humaines. Paris , vuibert , 1994

OGIEN Alain

« S'en sortir ». Insertion et toxicomanie . annales de Vaucresson

OGIEN A ,MIGNON P, La demande sociale des drogues, DGLDT, La documentation française, Paris, 1994.

OLIEVENSTEIN C, Il n'y pas de drogués heureux. LAFFONT . PARIS

SCHALCKENS-FUCKS, Les soignants et les toxicomanes. Editions LAMARRE

Les rapports français

ROQUES(B), La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé, Paris, Odile Jacob /La Documentation française, 1999

PARQUET(PJ), Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommations de substances psycho-actives , Vanves, CFES, 1997

HENRION(R), Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, La Documentation française, Paris, 1995

PELLETIER (M), Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, La Documentation française, Paris, 1978

Pour une prévention de l'usage des substances psycho-actives. Usage nocif, dépendance, Philippe Jean Parquet, CFES , 1998.

Propositions d'orientation pour une politique interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies : rapport d'étape au 15 Octobre 1998.

Note d'orientation n°98-659, relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés aux toxicomanes, DGS/SP3, 5 novembre 1998

Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2000-2001). MILDT. La documentation Française.

Sources statistiques et répertoires

OFDT, Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances , Paris, 1999

Revues

Actualité et dossiers en Santé Publique : Usages de drogues et toxicomanies ; Revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique N°22, mars 1998

Souffrance psychique, contexte social et exclusion : Actes du Colloque de Lyon-Bron , Octobre 1997

Cahier de l'ACTIF A24CAH. De l'exclusion à l'insertion

INTERVENTIONS. Revue de L'ANIT. Toxicomanies et lois. VI èmes Journées Nationales Antibes 1985

Circulaires

Circulaire DGS/DH du 7mars 1994 relative à la diversification de la prise en charge des toxicomanes, en milieu hospitalier et en réseau de ville

Circulaire DGS/DH du 31 mars 1995 relative aux traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés

Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3Avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996, annexe 1

Circulaire du 26Mars 1999 relative à l'insertion par l'économique

Circulaire CDEn°96-14 et 96-15 du 22 Mai 1996 relative aux plans locaux d'insertion

Circulaire DGEFPn°99/17 du 26 Mars 1999

Circulaire DGEFPn°2000/15 de Juin 2000

Textes référents à l'insertion sociale et professionnelle des publics RMI

Loi n° 88-1088 du 1er Décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

Loi 92- 722 du 29 Juillet 1992 art 1 du JO du 30 Juillet 1992 en vigueur le 1er Janvier 1993 (dispositif d'insertion)

Loi contre les exclusions: Loi n° 98-567 du 29 Juillet 1998