

Rapport d'étude de
la phase qualitative

**LES CENTRES DE SOINS
POUR TOXICOMANES
AVEC HEBERGEMENT**

CLI/SR/6958

**Direction Générale
de la Santé**

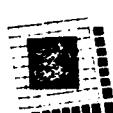
SEPTEMBRE 1992



DEMOSCOPIE

S O M M A I R E

Introduction	
Rappel des objectifs et de la méthode d'enquête.....	1
I LE DISPOSITIF FRANCAIS DE SOINS AVEC HEBERGEMENT.....	5
1.1 Structure(s) mise(s) en place par l'Association Mère	5
1.2 Projets initiaux (leurs éventuelles évolutions)	7
1.3 Histoires propres (influence sur localisation géographique)	11
II LES MOYENS MATERIELS MIS EN OEUVRE DANS LES CENTRES.....	14
2.1 Budget, financements et trésorerie.....	14
2.2 Les locaux : les habitations, les ateliers	27
III LES EQUIPES	33
3.1 Organisation du travail	33
3.2 Composition des équipes	37
IV L'ENTREE DANS LES CENTRES	42
4.1 Profils et origines des résidents.....	42
4.2 Mécanisme de l'offre et de la demande.....	42
4.3 Les modalités d'entrée.....	46
V LE SEJOUR	66
5.1 La durée des séjours	66
5.2 Les fins de séjour.....	67
5.3 La vie quotidienne des résidents.....	71
5.4 Activités des centres. Fonctionnement	74
5.5 Evaluation de l'évolution des résidents	94



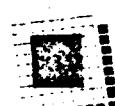
VI LA SORTIE 97

6.1 Suivis mis en place.....	97
6.2 Où vont les résidents ?.....	101
6.3 L'après et les évaluations	104

VII LES PARTENAIRES EXTERIEURS DES CENTRES 110

7.1 Les liens avec le dispositif spécialisé.....	110
7.2 Les liens avec le dispositif sanitaire et social général	114
7.3 Les relations avec la DDASS	116

ANNEXES : GUIDES D'ENTRETIEN



DEMOSCOPIE

INTRODUCTION

1. Rappel du contexte et des objectifs

La Direction Générale de la Santé, dans le cadre de son opération d'évaluation du dispositif spécialisé de prise en charge sanitaire des toxicomanes commencée en 1990, a demandé à l'Institut Français de DEMOSCOPIE de mener l'évaluation des Centres de Soins pour toxicomanes avec hébergement*.

L'enquête a été menée en deux phases simultanées : qualitative et quantitative.

Le présent rapport concerne les enseignements apportés par la phase qualitative.

L'objectif assigné à cette partie de l'enquête était d'éclairer le mode de fonctionnement de ces centres de façon concrète, et plus particulièrement en ce qui concerne :

- * L'entrée dans le Centre,
- * Les critères d'admission,
- * Le séjour du toxicomane,
- * Les activités et objectifs du centre,
- * L'insertion du centre dans un réseau, ses projets.

(*) Seuls les centres financés sur le 47.15 sont étudiés ici



2. La méthode d'enquête

2.1 Phase préparatoire

Analyse de rapports d'activité de quelques établissements, fournis par la DGS, et de rapports d'enquête disponibles.

2.2 Préparation des documents d'enquête

* Guides d'entretien "Directeur de Centre, Intervenant, et Résident" (voir en annexe),

* Echantillonnage des centres.

La liste des centres à étudier a été mise au point avec le Comité de Pilotage de façon à avoir dans l'échantillon des centres très différenciés par :

- leur localisation (ville/campagne)
- leurs modes d'hébergement (collectif et/ou éclaté)
- leur ancienneté,
- leur taille,
- leur orientation thérapeutique.

Ces documents et cette liste ont été validés par le Comité de Pilotage de l'enquête composé de représentants de l'Administration Centrale et départementale, des associations gestionnaires de structures, des intervenants en toxicomanie et des professionnels des organismes publics de recherche.



2.3 L'enquête

Les professionnels chargés de l'enquête à DEMOSCOPIE ont passé une journée complète dans chacun des centres étudiés répartis à travers la France :

2.31 Sur place, leur intervention s'est déroulée de la façon suivante :

- * Interview du Directeur du Centre pendant 1 à 2 heures après prise de rendez-vous préalable.
- * Interviews de plusieurs intervenants du Centre; , éducateurs, médecins, psychologues, et parfois gestionnaires. En moyenne 3 interviews ont été réalisées en plus de celui du Directeur (durée moyenne 45 minutes à 1 heure).
- * Interviews de résidents (selon autorisation ou non du Centre).
- * Visite des différents locaux d'hébergement, d'accueil, d'ateliers, selon la structure visitée.

Observation de la situation du Centre dans l'environnement urbain; de l'état des locaux, de l'organisation de l'espace, de l'ambiance générale.

Les interviews ont été enregistrées sur magnétophone dans la plupart des cas, et analysées sur bande.

Chaque centre a fait l'objet d'un dossier spécifique. Le présent rapport correspond à la synthèse des 15 monographies réalisées (1 centre en région parisienne faisant partie de la liste mise au point par le Comité de Pilotage, s'est révélé fonctionner essentiellement comme un centre d'accueil et n'avoir que peu en commun avec les autres centres d'hébergement. Les informations recueillies pour ce centre ont été intégrées à l'étude seulement lorsque cela est apparu cohérent).

En interne ont été interviewés :

- * 45 Directeurs et Intervenants,
- * 30 Résidents.



2.32 A l'extérieur des centres, l'intervention de DEMOSCOPIE a consisté à interviewer des partenaires réguliers et/ou potentiels de chaque centre. D'une part, les interlocuteurs habituels des centres à la DDASS, et différents interlocuteurs des réseaux sanitaires et sociaux susceptibles de connaître le centre :

- * Médecins hospitaliers, ou Directeurs d'Hôpital (2)
- * Directeurs de Comités de Probation (2)
- * Educateurs spécialisés en toxicomanie en Maisons d'Arrêt (2)
- * Directeurs de Missions locales pour l'emploi (1)
- * Associations locales spécialisées (Jeunes, Parents avec enfants.) (2)
- * Assistantes sociales en Mairies (2)
- * Educateurs techniques bénévoles (sport et autres...) (2)
- * Directeur du F.S.L. (Fonds de solidarité logement) (1)

Les noms de ces différents partenaires ont été fournis soit par le centre, soit par leur responsable DDASS, soit par les Mairies...

Au total parmi ces publics extérieurs interrogés par téléphone (ou en face-à-face lorsque la localisation du centre et les horaires le permettaient) ont été contactés :

- * 21 personnes des DDASS,
- * 14 partenaires extérieurs,
- * 110 personnes ont donc été interrogées dans le cadre de cette phase d'enquête.

Le terrain a été réalisé entre Décembre 1991 et Juin 1992. Il a été mené par 4 psycho-sociologues de DEMOSCOPIE.



**I - LE DISPOSITIF FRANCAIS
DES SOINS AVEC HEBERGEMENT**



DEMOSCOPI

I LE DISPOSITIF FRANCAIS DE SOINS AVEC HEBERGEMENT

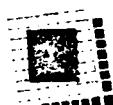
La raison d'être de ce chapitre est principalement de décrire les grandes caractéristiques des centres étudiés.

1.1 Notre échantillon a été établi pour être représentatif de la totalité du dispositif, et il en démontre bien la diversité :

- * Dimensions : de 6 à 35 lits agréés,
- * Ancienneté : du plus récent -1 an d'existence- à 18 ans d'ancienneté,
- * Type de travail : du réentraînement au travail à la psychanalyse Lacanienne,
- * Répartition géographique : de Lille à Marseille, de La Rochelle à Dijon,
- * Mode d'hébergement : internat collectif et individuel éclaté,
- * Localisation : des campagnes reculées aux grandes villes.

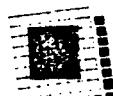
Par ailleurs, les structures mises en place par les Associations sont elles aussi différentes :

- * Quelques centres ne comportent que la post-cure, en hébergement collectif ou éclaté.
- * Quelques uns ont démarré avec un centre d'accueil, puis ont créé une post-cure (à une exception près, où le centre d'accueil a été ouvert après le foyer).
- * D'autres associations ont trois structures :
 - un centre d'accueil, plaque tournante du dispositif s'il est situé dans la même ville,
 - un hébergement collectif, parfois rural,
 - des appartements en ville.



* **Enfin, des cas particuliers :**

- Une association gère une post-cure en internat collectif, des familles d'accueil, un centre d'hébergement et un centre de formation, ces deux derniers étant ouverts à diverses populations.
- Une autre comporte une post-cure, un centre d'accueil avec hébergement d'urgence et un centre de formation.
- Celle-ci a démarré avec un centre d'accueil, puis a ouvert un atelier-entreprise et différents hébergements pour répondre aux besoins : un petit internat collectif, un petit foyer et des appartements.
- Celle-là comporte une post-cure rurale, un centre d'accueil en ville, un atelier-entreprise et des appartements.
- Et enfin, cette autre qui n'a aucun hébergement en propre, mais base son activité sur l'utilisation de l'existant : hôtels, meublés, foyers sociaux... tout en travaillant à la réinsertion professionnelle de ses "résidents" par le biais d'un service particulier de son centre d'accueil, destiné uniquement à la recherche d'emplois.



1.2 Les projets initiaux des post-cures avec hébergement collectif suivent deux grands axes :

1.21 Le premier axe comporte :

- * Tout d'abord la "coupure" avec la vie antérieure et les habitudes des toxicomanes :

"Une bulle où le toxicomane va apprendre à vivre sans drogue"

- * Un travail ré-éducatif au plan physique et social :
 - horaires précis,
 - ateliers obligatoires, ré-entraînement au travail,
 - remise en forme physique : nature, plein-air, activités sportives intenses pour retrouver la confiance en son corps, et le plaisir de l'exercer.
- * Un sevrage obligatoire, l'interdiction des médicaments à l'arrivée.

Ce type de projet est à l'origine de 8 centres de notre échantillon, ouverts en pleine nature, dans des endroits isolés, au cours des années 1980 - 1983.



1.22 Le deuxième axe comporte :

- * Une approche professionnelle et spécialisée du travail psychologique sur soi, sa vie, l'histoire de l'individu, sous forme de psychothérapie ou de psychanalyse.
- * Le groupe est utilisé à diverses fins : "caisse de résonance", ou bien catalyseur de la problématique individuelle par rapport à la vie sociale.
- * Ce travail se fait avec le produit, car il est jugé "plus réaliste" de ne pas exiger une rupture totale immédiate avec ce qui a été le centre de la vie des résidents pendant des années.

"Il faut travailler avec... arrêter le tabou... ils en prennent ailleurs et on en parle".

Ce type de projet-là est présent à la création de 4 centres de notre échantillon, ouverts en milieu urbain, là-même où des toxicomanes vivent et ont vécu :

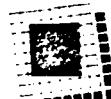
"Vivre dans la ville sans (trop) replonger... sortir... passer devant des pharmacies, etc..., sans entrer..."



Ces deux grands axes d'origine ont donné lieu à deux sortes de variantes :

- * La première reprend les grands traits de chacun et conjugue la "coupure" avec le travail psychothérapeutique. A la sortie de ces post-cures, les résidents peuvent continuer leur progression et travailler à leur réinsertion en ville par le jeu d'ateliers-entreprises, d'appartements et d'un soutien thérapeutique éventuel.
- * La seconde consiste en une évolution du projet initial qui ajoute au grand axe de départ un élément emprunté à la "philosophie" de l'autre :
 - ainsi, ce centre urbain s'est-il orienté vers "un travail plus concrèt de réinsertion" de ses résidents,
 - tandis que ce centre rural a ajouté le travail thérapeutique à son projet réinsertion et déménage son internat pour l'installer en ville.

(Si actuellement tous les centres déclarent mener un suivi psychologique de leurs résidents, tous n'ont pas dans leurs équipes de professionnels spécialisés (psychiatres, psychothérapeutes, psychanalystes...).



1.23 Les post-cures en hébergement éclaté sont en majorité de création plus récente que celles en hébergement collectif : elles ont parfois été ouvertes après quelques années de travail dans cette dernière forme, afin de répondre aux besoins nés du cheminement des résidents.

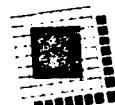
Le projet consiste là en une mise en pratique de la réinsertion en quelque sorte : le résident est déjà assez autonome pour travailler, participer au loyer, réapprendre la vie quotidienne "avec un fil", et un soutien psychologique éventuel. Cette formule d'hébergement permet quelque fois d'accueillir des toxicomanes refusés ailleurs : parents avec enfants, couples, et sidéens encore autonomes, psychopathologies lourdes...

A noter la politique de certaines DDASS * qui poussent vers ces hébergements en raison de leur coût de fonctionnement plus faible que celui du collectif.

(*) Sauf un cas où la DDASS a refusé et où l'accord est venu du Ministère de la Justice.

- 1.3 Les centres avec hébergement collectif ont en général une histoire assez longue pour pouvoir en discerner les grandes lignes, et on peut constater qu'ils ont eu différents types d'évolution, d'ailleurs non-exclusifs les uns des autres.
- 1.31 Quelques associations ont été créées au départ par des amateurs dévoués, bénévoles, soucieux d'apporter une aide à des personnes en difficulté ("à toutes les détresses") : alcooliques, toxicomanes, jeunes en difficulté... Les équipes des débuts comportaient aussi bien des notables, des prêtres, que des musiciens ou un peintre en bâtiment !

Puis, au fil des années, l'importance du service apporté, les besoins existants, ou l'urgence de nouveaux besoins ont amené les DDASS à s'intéresser à ces associations, ou parfois les associations à demander aux DDASS de financer leur activité : à partir de ce moment, on peut constater qu'en général le financement par l'Etat s'assortit d'une professionnalisation des équipes et du départ des anciens.



1.32 Parmi les centres visités, quelques uns ont eu une histoire agitée de crises successives avec à chaque fois d'importants changements d'orientation.

Les quelques centres concernés se situaient tous sur l'axe du travail psychothérapeutique, et ils ont connu de nombreux avatars: périodes d'auto-gestion, prises de pouvoir par les psychiatres, rejets du travail psychanalytique ou au contraire le "cocooning" coupé de l'extérieur, retour au "travail sur la réalité", abandon de la psychothérapie au profit du "soutien psychologique", résistances à installation d'une hiérarchie... etc...etc...

Il semble que dans ces centres-là les équipes se soient renouvelées par vagues coïncidant avec chaque changement.

(Ces centres expliquaient ces crises par une volonté d'évolution, mais cela ne masquait-il pas parfois des problèmes internes à l'équipe qui ont en fait été à l'origine des crises ?).

1.33 On peut constater encore pour quelques centres des évolutions par ajouts successifs où la structure initiale crée d'autres structures complémentaires pour répondre aux besoins qui émergent :

- * Centres d'accueil d'hébergement,
- * Formation,
- * Post-cure,
- * Ateliers,
- * Appartements,
- * Ateliers-entreprise, etc...

Dans ce cas, l'équipe de base paraît s'être maintenue avec adjonction de nouveaux venus pour les nouvelles activités.



(On peut observer une grande diversité entre les centres, à la fois matérielle et philosophique pourrait-on dire, et en même temps un discours unanime sur l'intérêt social et/ou thérapeutique de cette diversité.

Derrière ce discours, nous avons entendu aussi des remises en cause de l'un ou l'autre des axes majeurs de travail :

- * Pour les uns, le travail sur la réinsertion socio-économique est la finalité des centres;
- * Pour les autres, le travail sur le psychisme de l'individu est l'indispensable préalable à une éventuelle réinsertion; réinsertion qui sera l'aboutissement du processus de travail psychothérapeutique, et se fera hors de l'intervention des centres.
- * Plusieurs questions peuvent être posées :
 - Cette tendance à sous-estimer l'efficacité du travail de l'autre, est-elle une conséquence de l'absence de moyens de quantifier les résultats ?
 - Pourquoi cet écart entre le discours sur la valeur de "la richesse du système français", et toutes ces critiques mutuelles en filigrane sur les options faites par les uns ou les autres ?
 - Pourquoi si peu de centres proposent-ils une approche sur ces deux axes avec les professionnels ad hoc ?)



**II - LES MOYENS MATERIELS MIS
EN OEUVRE DANS LES CENTRES**



DEMOSCOPE

II MOYENS MATERIELS

2.1 Budgets, financements et trésorerie

2.11 Budgets

Si la majorité des centres déclare pouvoir fonctionner avec le montant global de leur budget actuel : soit parce qu'ils ont bénéficié d'une mesure de rattrapage des salaires :

"On a eu 420.000 F de la DGS pour mettre nos salaires à niveau... le budget est correct à présent" (centre).

Soit, parce que l'augmentation actuelle du taux directeur leur convient, ce que confirme la DDASS :

"Le taux d'évolution pour la toxicomanie a été fort cette année, en référence à celui des médico-sociaux... le double de celui des CHRS" (DDASS).

On peut observer une assez grande cohérence entre les montants des budgets de la plupart des centres d'hébergement collectif, lorsque les budgets concernent uniquement cette activité et n'englobent pas d'autres structures.



Parmi eux, celui dont le budget se situe très nettement plus bas que les autres *, manifeste d'ailleurs une certaine difficulté "à joindre les deux bouts".

"La situation financière est juste équilibrée, on fait tout pour ne pas dépasser ce qu'on a, mais c'est toujours des tas d'économies à faire... il faut faire attention à tout" (Directeur).

Pour les centres d'hébergement éclaté, cette mise en perspective devient difficile voire impossible, compte-tenu de la disparité de leurs activités respectives. En effet il est difficile de comparer entre eux des centres dont les uns n'ont que des appartements, d'autres ont appartements et foyers, et d'autres encore ont les 2 types d'hébergement, plus des ateliers, sans parler de celui qui gère des aides diverses en n'ayant que des bureaux en ville...

Cependant, quelques uns expriment des difficultés de fonctionnement dues aux étroitures du budget :

"Quand un employé du centre de post-cure est malade il faut qu'un employé du centre d'accueil aille déjeuner au foyer..."

Mais le problème majeur des centres gérant des appartements reste le coût des loyers surtout dans les grandes villes où les pôles touristiques et la difficulté de trouver des appartements, que ce soit en secteur social ou privé.

(*) Environ 1/5ème de moins que les centres apparemment équivalents (pro-rata résidents/encadrement).



Cependant, le mode d'établissement des budgets rend la gestion difficile. En effet les éléments déterminants ne sont connus que très tard dans l'année :

"On ne sait jamais rien avant Septembre-Octobre, on ne peut tabler que sur l'année d'avant et en 91 on a eu 20 % de réduction budgétaire... à 100.000 Frs après on ne sait pas... donc pour la gestion c'est impossible..." (centre).

Malgré l'amélioration en 1992 reconnue par quelques DDASS :

"Il y a eu un gros effort cette année au Ministère : on a connu le taux directeur en Décembre et la notification de l'enveloppe toxicomane en Avril !..." (DDASS).

Nous avons rencontré divers exemples de centres pénalisés par le mode d'établissement du budget :

- * Les structures anciennes ayant démarré avec de petits moyens, puis ayant procédé à des extensions progressives :

"Le taux directeur porte sur l'enveloppe antérieure, donc les petites bases sont pénalisées" (DDASS).



- * Les structures avec un déficit budgétaire qui pénalise l'enveloppe de l'année suivante *.

"Un taux directeur de 4 % ne permet pas de s'en tirer par rapport au déficit antérieur" (DDASS).

Enfin il faut noter, également, l'influence des politiques départementales en la matière :

"Il y a des départements plus ou moins radins sur ces budgets et le nôtre l'est particulièrement" (DDASS).

*"Cette année nous n'avons eu aucun problème budgétaire !" (DDASS**).*

"Ca fait 2 ans que je trafile sur les budgets des hôpitaux... qu'on fait payer la CRAM... les collectivités locales se désintéressent totalement de ce problème de toxicomanie... le département a refusé un budget d'appartements pour des cas sociaux sidéens..." (Directeur DDASS).

-
- (*) Déficit reconduit et non inscrit en "dépenses supplémentaires" comme le font les CAT.
 - (**) Seul le centre de ce département a signalé avoir un poste de plus que le nécessaire, ce qui lui donne une "élasticité" inconnue des autres.



Au final, on peut penser que les DDASS rencontrent souvent des difficultés pour évaluer les budgets qui leur sont soumis, tout d'abord parce que les critères retenus ne sont pas satisfaisants :

"Le problème c'est d'avoir le résultat qualitatif de ces actions qui coûtent quand même cher... nous n'avons pas la maîtrise de l'efficacité de leur action... l'évaluation est difficile, d'autant plus que la clientèle n'est pas du département... ils nous disent qu'ils en suivent 50 %... et les autres ?"
(Directeur DDASS).

"Les frais de personnel c'est 75 % en moyenne, incompressible... donc c'est tout le reste qui est réduit... on vérifie par le taux d'encadrement, mais..." (DDASS).

Des indicateurs comme le taux d'occupation des lits ou le nombre de journées ne sont pas plus éclairants, car nous avons trouvé divers cas où leur signification était à relativiser :

- * Il y a d'abord l'écart entre lits effectifs et lits agréés : les centres recevant des cas lourds -sidéens en particulier- travaillent en dessous du nombre de lits agréés, et ce avec l'accord de leur DDASS, car c'est un moyen d'assurer ce type de prise en charge sans augmenter leur budget.



Quelques centres se sont aperçus, à l'expérience qu'ils avaient, l'intérêt à limiter à 8 ou 10 personnes le nombre de leurs résidents, malgré un agrément pour 10 ou 12.

A cause de la taille de leurs équipes et/ou de l'exiguité de leurs locaux, le travail réalisé était meilleur avec un effectif réduit :

"On a beaucoup moins de passage à l'acte... ou d'exclusion..., à 8 le groupe est mieux stabilisé".

- * Il y a aussi les lits restés vacants :
 - . Dans l'attente de la sortie de prison d'un toxicomane suivi par un travailleur social en relation avec le centre (qu'il appartienne à un centre d'accueil, à une antenne toxicomane ou à un Comité de Probation).
 - . Pour accueillir à la fin de son hospitalisation la personne recommandée par un centre d'accueil bien connu qui aura parfois "programmé" son sevrage, en fonction de cette opportunité.
 - . Pour "laisser les gens souffler" lorsqu'une exclusion particulièrement difficile a perturbé le groupe de résidents.



Et, il y a enfin les lits sur-occupés : c'est le cas d'un centre qui travaille couramment au-delà de son agrément :

"On a souvent douze et même quatorze personnes, alors que notre agrément est pour dix..."

A noter, cette mention en filigrane de la pression budgétaire qui pourrait conduire des centres à comptabiliser des données de façon avantageuse :

"On peut compter les lits occupés le lundi, même si le type est parti avant le week-end..."

A toutes ces difficultés s'ajoute pour les DDASS le manque d'éléments de comparaison au plan national pour situer un centre qui serait la seule institution de ce type au plan régional :

"Leur coût journalier est de 900 francs... c'est 1.000 francs à l'hôpital psychiatrique de x...; leur taux d'encadrement est plus élevé que celui des maisons pour personnes handicapées... mais je n'ai pas d'éléments comparatifs dans la région... ça me paraît élevé mais c'est peut être pareil ailleurs... on n'a pas de statistiques au plan national..." (DDASS).

2.12 Financements

La DGS est toujours le financeur principal des centres, et financeur unique pour la majorité d'entre eux. Les autres financeurs mentionnés sont : le Ministère de la Justice, les Mairies, les CRAM, le Ministère de la Jeunesse et des Sports...

Le trait commun de ces compléments est de demander "beaucoup d'efforts" et de temps aux gestionnaires des Centres, car ils sont longs et compliqués à obtenir d'une part :

"Il faudrait faire que ça : courir les sponsors!"

"Il faut d'abord trouver le bon moment pour eux (Ministère), et après il faut 2 ou 3 réunions... et constituer le dossier... et on n'a le montant qu'en Juillet".

Et limités dans le temps d'autre part, d'où la nécessité de renouveler d'autres démarches pour combler le manque :

"La Mairie nous a alloué la somme de 100.000 Frs en 91, mais il n'y a rien eu cette année"

"On a eu 300.000 Frs pour 3 ans par la Justice... après ? eh bien..."

Par ailleurs, la multiplicité des financements a d'autres conséquences, du point de vue des Associations ou des DDASS :

- * C'est le moyen pour certaines Associations de :
 - matérialiser leurs liens avec d'autres structures intervenant dans le même champ qu'elles-mêmes;
 - consolider les liens avec des partenaires non spécialisés en toxicomanie (situation rencontrée dans des centres ou la réinsertion sociale et professionnelle implique de nombreux contacts avec des entreprises, ou des structures non spécialisées).
- * Quelques DDASS évoquent le risque de ruptures éventuelles dans les politiques des financeurs mettant l'Association en péril et l'amenant à se retourner vers la DDASS en urgence.
- * Il y a possibilité pour l'Association d'obtenir un double financement pour une même action !



- * Et enfin, cela peut entraîner une dérive du fonctionnement des ateliers positionnés sur le marché des entreprises et la perte de la spécificité toxicomane si le financement a été accordé par une Association, par exemple, pour "jeunes en difficulté" :

"Une Association pourrait perdre son identité dans la course au financement si l'action centrée sur les toxicomanes risque d'être coincée par des financements pour jeunes en difficulté par exemple" (Inspecteur DDASS*).

Il faut enfin mentionner que certaines Associations refusent par principe de recourir à d'autres financements que ceux de l'Etat :

"Nous apportons des soins et ça doit être pris en charge par la Santé Publique"

(*) Une DDASS a déjà constaté cette dérive dans le secteur handicapés, où des Associations pour garder des clients et survivre, recrutent du personnel temporaire pour faire le travail pendant que l'encadrant fait de la production.



2.13 Trésorerie

La grande majorité des centres visités se plaint de la trésorerie :

- * Retards sur les paiements pendant l'année,

"C'est plutôt en fin du 2ème mois du trimestre que ça tombe!"

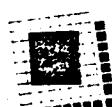
Même les centres aux paiements mensualisés ont parfois des problèmes au moment des vacances,

"On touche Juillet et Août, fin août..."

En outre, les montants versés... sont calculés sur le budget de l'année précédente, d'où des écarts entre les montants et les besoins. Les centres sont donc obligés d'avoir recours aux banques ou bien de retarder au maximum le règlement de leurs factures,

"Il faut jongler pour les salaires, il faut jongler pour les factures..."

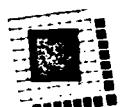
"...on paye des agios à la banque ou alors on tarde au maximum pour payer les loyers...par exemple, la DDASS m'avait fait un papier et je suis allé m'excuser avec auprès des propriétaires !!!..."



- * La dotation réajustant l'ancien budget au nouveau arrive très tard dans l'année, ce qui entraîne quelques à-coups dans les activités des centres !

*"Comme on n'a pas les dotations à temps
on est obligé de réduire beaucoup les
activités les deux derniers mois, et quand
on a la dotation, on claque tout au
maximum... il faut dépenser à temps pour
que le budget soit reconduit!"*

*"Quand on arrive en Décembre, il faut se
dépêcher de les dépenser... parce qu'il faut
faire ni en moins, ni en plus!"*



- * Les nouveaux postes accordés sont financés avec d'énormes retards,

"On a eu l'accord en Janvier pour ce poste et on a été payé en Décembre!"

Les agios payés en banque représentent sans doute des sommes importantes pour les Centres, excepté pour ceux ayant des réserves de trésorerie, ou bien un gestionnaire talentueux en la matière :

"Nous, on n'a pas de problème : notre gestionnaire nous évite beaucoup d'agios..."

(D'après les informations transmises par la D.G.S., en 1992 le montant des budgets et le taux directeur ont été connus plus tôt que d'habitude par les DDASS (dernières notifications reçues fin Mars), pourtant la majorité des centres rencontrés continuent d'évoquer ces retards.

1991 a été une année particulière sur le plan budgétaire, cela expliquerait-il que de nombreuses DDASS aient tardé à transmettre les informations en leur possession ?)



2.2 Les locaux

2.21 Les locaux d'habitation que nous avons pu visiter étaient d'une grande diversité : vieille ferme austère, chalet traditionnel, petit manoir, ancienne maternelle ou petite maison en ville... les mètres carrés au sol ne rendent pas compte des ambiances, des odeurs, des coloris, du mobilier ni du goût de la cuisine...

Les intervenants habitués à leur décor y sont sans doute moins sensibles que les résidents sur lesquels il a un impact indéniable, tant le paysage, que les habitations,

"C'est un vrai petit paradis!" (Homme, 33 ans).

"J'étais émerveillée en arrivant... ici ça donne envie de vivre..." (Femme, 30 ans).

"Ca fait pas trop institution où y'a partout les mêmes meubles, la même lampe de chevet... là, c'est un peu une vraie maison" (Femme, 25 ans).

"Ce centre à Paris c'était design comme chez le dentiste... ici c'est familial... c'est une maison... là-bas c'est des locaux" (Homme, 26 ans).



Les hébergements collectifs situés à la campagne offrent des chambres individuelles (parfois même très spacieuses, dotées de grands lits anciens rustiques à 2 places !), permettant aux résidents qui le souhaitent de les personnaliser un peu (posters, photos, objets personnels...). En ville au contraire (dans les villes comme Paris et Marseille en particulier), ils sont 2 par chambre car les centres sont logés plus à l'étroit; un seul des centres urbains de notre échantillon avait mis la chambre individuelle au rang des exigences de base pour le travail psychothérapeutique des résidents.

Quelques centres ont évoqué l'importance qu'ils accordaient au "cadre de vie" donné aux résidents : sans être luxueux, voire coûteux, il pouvait et devait être convenable et même agréable, à la fois pour respecter leur dignité et les aider à retrouver le goût de la vie "normale".

Les centres d'hébergement éclaté louent des studios pour personnes seules, parfois des couples ou parents avec enfants. Ils ont souvent beaucoup de difficultés à en trouver :

- * Rareté et coût élevé dans les grandes villes ou très touristiques,
- * Réticences fréquentes des propriétaires devant leur type de clientèle.

Un des centres a eu la chance de trouver une agence immobilière qui considérait comme "un marché porteur" toutes ces populations bénéficiant de diverses aides sociales (RMI, AAH, ALP, etc...), et qui les acceptaient donc sous certaines conditions : que l'Association soit locataire et qu'elle garantisse une visite quasi-quotidienne des appartements.



2.22 Les ateliers

Cinq des 15 Centres visités font fonctionner des ateliers :

- * 3 menuiseries en interne,
- * 3 ateliers avec clients extérieurs,
 - . sous-traitance électronique
(réparation électro-ménager),
 - . second oeuvre en bâtiment,
 - . transports et déménagements,
 - . imprimerie.

Les ateliers internes visent le réentraînement au travail - suivre des horaires, utiliser des machines, des outils, produire des objets, fabriquer du mobilier... Il y a une certaine exigence de qualité :

- * Ici les objets fabriqués doivent être "vendables",
- * Là c'est tout l'aménagement et le mobilier des chambres qui a été réalisé (et réussi !, note de l'enquêteur).

Mais, la productivité n'est pas l'objectif.

Les ateliers avec clients extérieurs ont d'autres objectifs : réadaptation au travail, formation professionnelle, réinsertion dans un cadre se rapprochant -autant que faire se peut- de celui d'une entreprise véritable. "Outil majeur dans le processus thérapeutique", ou "sas" entre la post-cure et "la vie normale" ces ateliers sont placés entre des exigences difficilement compatibles :



- * Respecter les délais et les coûts, produire de la qualité pour satisfaire les clients,
- * Assurer partiellement l'auto-financement de cet outil, afin d'alléger le budget de financement pour satisfaire la tutelle,
- * Prendre en compte continuellement les caractéristiques de leurs ouvriers pour remplir leur mission pédagogique et éducative.

La compatibilité devient encore plus difficile, nous l'avons vu, lorsque l'atelier emploie des sidéens,

"Eux aussi ils ont besoin de travailler, quand ils disent qu'ils vont mourir, moi je leur dis "et en attendant de mourir qu'est-ce qu'on fait ? parce que l'accompagnement à la mort... il faut continuer à vivre..."

Parmi les sources de financement des centres, il faut inclure le chiffre d'affaires des Ateliers-Entreprise qui doivent assurer partiellement leur auto-financement, soit en allégeant leurs frais de fonctionnement, soit en assurant le salaire des employés :

"Nous, on s'auto-finance à hauteur de 60 %".

D'où le risque, perçu par certaines DDASS de mettre l'accent sur la production :

Cf. le risque de dérive vers la course à la rentabilité évoquée ci-dessus Paragraphe 2.12 Page 8.



"Doit-on être rentable et boucler le contrat au détriment de la prise en charge éducative..." (DDASS).

La question se pose avec encore plus d'acuité pour les ateliers-entreprises employant des sidéens , dont certains ne peuvent travailler qu'à temps partiel, assis, et qui ont besoin de nombreux arrêts maladie.

"Y'a un manque à gagner, dû à la main d'oeuvre des sidéens... mes collègues tendent à préférer les gens en bonne santé... l'atelier doit-il être rentable ou pas ?"

L'un des centres visités va même se créer un problème supplémentaire : il a été décidé de payer la totalité des charges sociales afférentes à ces personnes, afin qu'elles puissent recevoir des indemnités journalières convenables en cas d'arrêt maladie; en effet, le montant actuel est de 11 Frs/jour correspondant au paiement des charges sociales sur 1/4 du SMIC.



"Un article de la convention signée avec la D.G.S. pour l'atelier prévoyait que l'Etat prenait tout ça à son compte : la totalité des salaires et les charges sociales... là on va avoir un dépassement de 150.000 Frs prévisible sur 92, donc un déficit... on va avoir un problème..."

(Le discours entendu sur les difficultés budgétaires émanaient en général des Directeurs, qui ne sont pas tous directement les gestionnaires de la structure : ce qui peut expliquer le caractère peu technique de ce chapitre.

Le processus des transferts des fonds est structurellement lent, cependant on peut se demander pourquoi de tels retards dans les paiements lorsque les fonds sont disponibles, et que les DDASS n'ignorent pas les conséquences pour les centres (agios, difficultés avec les fournisseurs, etc...) ?)



III - LES EQUIPES



DEMOSCOPE

III LES EQUIPES

3.1 Organisation du travail

3.11 Deux grands cas de figure sont présents au quotidien :

- * Les centres ayant plusieurs structures géographiquement très voisines : un centre d'accueil plus un hébergement collectif et/ou éclaté dans la même ville.
- * Les centres avec un hébergement collectif en milieu rural isolé, même lorsque l'association comporte un centre d'accueil et parfois des appartements dans une ville à proximité.

3.111 Les centres d'accueil et hébergement collectif en ville :

Dans ce premier cas, les plannings sont organisés de façon à ce que les intervenants "tournent" sur les différentes structures :

Centre d'accueil et/ou hébergement collectif et/ou appartements, et parfois même prison pour deux ou trois d'entre eux .

Cette organisation est parfois expliquée par le souhait d'une continuité de suivi des résidents par les encadrants.



Le roulement des intervenants est permis par la fermeture de quelques foyers l'après-midi ou toute la journée.

3.112 Les centres d'hébergement collectif, isolés en milieu rural pratiquent tous la même organisation : les intervenants travaillent de 24 à 48 heures consécutivement, ont un temps de repos (2 à 4 jours), puis reviennent.

Les planning sont souvent établis sur 4 semaines afin d'inclure les "gardes" des week-ends.

En moyenne il y a toujours deux intervenants au moins présents dans la journée, presque toujours un pour le week-end, un pendant la nuit (sauf celui qui emploie des étudiants en droit, médecine ou pharmacie comme permanences de nuit, pour raisons financières).

Les éducateurs techniques des ateliers de production suivent les horaires courants.



3.12 L'organisation des vacances :

Pour les vacances, l'établissement du planning se fait très longtemps à l'avance.

C'est une opération si compliquée que quelques centres ont cherché des solutions :

- * Pour l'un en établissant 2 équipes distinctes jour et nuit,
- * Pour d'autres en fermant l'établissement 1-2 semaines à Noël et/ou 3-4 semaines en Août (principalement des centres en milieu rural).

Dans ce dernier cas, l'accompagnement des résidents présents est minutieusement organisé * :

- * Séjour en famille d'accueil,
- * Stage longue durée avec logement,
- * Retour dans sa propre famille,
- * "Camps d'été", etc...

Le choix est fait par l'institution ou laissé au résident selon le niveau d'évolution que l'on perçoit chez lui.

(*) Ainsi pour celui qui avait choisi l'asile de nuit, le Centre a téléphoné pour annoncer sa venue et connaître les horaires pour les lui communiquer.



(Certaines questions se posent pour les quelques centres qui ferment pour une ou deux périodes par an :

- * Quelles sont les conséquences du gel des admissions dans les centres avant les fermetures :
 - à partir de quand opère-t-on ce gel ?
 - fixe-t-on la durée moyenne des séjours en fonction de ces fermetures plutôt qu'en fonction des besoins ?
- * Quelle est l'influence de ces absences sur l'évolution des toxicomanes ? et en particulier des pathologies lourdes s'il y en a ?).
- * Et, plus généralement, quel est le poids du souci de commodité sur le processus de soin ?

A cela certains centres répondent que ces coupures lorsqu'elles sont bien gérées s'avèrent très positives.



3.3 Composition des équipes

3.31 La composition des équipes rencontrées est la résultante de 3 facteurs :

1er facteur :

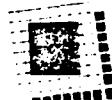
- * L'histoire du centre, son projet initial, sa "philosophie" génèrent certains profils d'équipe et la présence ou l'absence de qualifications professionnelles particulières : par exemple psychologues, médecins absents d'équipes axées sur la réinsertion professionnelle.

"A l'époque on voulait démédicaliser et dépsychiatriser au maximum. La moitié du personnel n'est pas diplômé de l'action sociale" (Centre Rural).

D'autres centres, axés sur le travail sur soi qui avaient embauchés des professionnels du travail social les ont amené à se former aux pratiques psychothérapeutiques.

"Les éducateurs sont devenus analystes après avoir été psychologues..."

Les changements d'orientation et/ou les crises ont entraîné des renouvellements d'équipe parfois liés aux nouveaux besoins.



- * Les anciens n'adhèrent plus au nouveau projet, se sentent remis en cause dans leur statut, leur mode de fonctionnement, leur autonomie.
- * L'embauche des nouveaux se fait à partir de diplômes complémentaires dans le but de constituer une équipe pluridisciplinaire.

"On a voulu une équipe pluridisciplinaire, avec des outils différents pour répondre aux différents besoins"

2ème facteur :

- * L'influence des DDASS joue sur le profil des équipes, que ce soient par les pressions exercées en particulier lors de crises, ou bien par les recommandations liées à la conjoncture, ou autre...

"Alors il y a eu une espèce de guerre entre le Conseil d'Administration et les salariés, et en 1989 la DDASS a exigé l'embauche d'un Directeur, d'un Psychologue, et d'un médecin..."

"Le Directeur de la DDASS préfère les éduc-spé ou les psychos... il n'aime pas beaucoup les assistantes sociales..."
(Inspecteur DDASS).

"Le Directeur du centre demande un poste de plus, mais la preuve des besoins n'est pas faite..." (Médecin Inspecteur).



3ème facteur :

* Les contraintes du marché de l'emploi. Plusieurs centres se plaignent :

. de ne pas trouver de personnel compétent, en particulier pour les centres ruraux :

"C'est difficile de recruter pour un internat, il y a les nuits et les week-ends à assurer"

"Surtout en toxicomanie, les gens fuient, ça leur fait peur!"

. d'avoir des contraintes budgétaires qui limitent les possibilités d'embauche :

"Un psychiatre quart de temps coûte aussi cher qu'un éducateur à plein temps ! pour le même prix, la prestation est plus intéressante!"

"Déjà la toxicomanie ça leur fait peur, et alors les salaires !!!"

Ce qui amène certains à "se rabattre" sur du personnel "sous-qualifié",

"J'étais horriblement coincé sur la question des salaires, j'ai vu plein de gens : ceux qui étaient intéressants voulaient plus cher, pas une que j'ai pu engager... j'ai été obligé de recruter un peu n'importe quoi" (Directeur).

"On se rabat sur des gens qui font des remplacements, qui se montrent sérieux, on les forme et on les garde après" (Directeur).



En conséquence, on peut observer diverses situations :

- * Des "psychothérapeutes" rémunérés selon l'indice d'éducateurs spécialisés sur les fiches de paye, ou bien payés comme psychologues alors qu'ils sont devenus psychanalystes.
- * Des résidents qui, par le biais des aides diverses, reçoivent plus que les éducatrices (l'une 3/4 temps : 6.000 Frs; l'autre 1/2 temps : 3.500 Frs net).
- * Des intervenants perçus comme avares de leur temps, ce qui est mentionné à la fois par l'équipe et par les résidents :

"Personne ne fait jamais une demi-heure de plus que ses horaires" (Educateur).

"Ils parlent de leurs horaires et de leurs salaires, tout le temps..." (Résident, 28 ans).
- * Une équipe où sur 15 salariés, seul le Directeur a une expérience antérieure en toxicomanie.
- * Un Directeur, éducateur de formation et fondateur du Centre, appuyé par son C.A. est remis en cause par le psychiatre, vacataire appuyé lui-même par l'équipe d'éducateurs spécialisés, récemment embauchés : ils lui reprochent de ne pas se cantonner dans des fonctions de direction et d'administration.



- * Deux autres centres où le Directeur intervient au même niveau que l'ensemble du personnel sans que cela pose problème (à noter que ces 2 dernières équipes sont plus petites que celles citées ci-dessus).

"Je fais mon temps pédagogique comme les autres membres de l'équipe"
(Directeur).

(On constate une faible présence de personnel spécialisé dans l'approche psychothérapeutique (en équivalent temps plein, on trouve 0,1 pour les psychiatres et 0,4 pour les psychologues sur l'ensemble des centres, et si on exclue les centres qui n'en ont aucun, on trouve 0,3 ETP pour les psychiatres et 0,9 pour les psychologues) :

- * Peut-on l'expliquer par le coût de ces professionnels dans le budget, par l'absence de candidats ou par les réticences des équipes à intégrer des diplômes plus élevés que la moyenne ?).



IV - L'ENTREE DANS LES CENTRES



DEMOSCOPIE

IV L'ENTREE DANS LES CENTRES

4.1 Profil et origines des résidents

4.11 Quelques centres remarquent que l'âge de leurs résidents augmente avec les années, ce qu'ils expliquent ainsi :

"Quand ils sont trop jeunes, ils sont pas mûrs pour la post-cure"

"...Plutôt les vieux traînards qui ont touché le fond, qui en ont marre de se défoncer"
(Educ. Spé.).

Ils mentionnent parfois aussi que la première demande de post-cure est faite plus tôt actuellement :

"Avant ils la faisaient après 6-7 ans de défoncée, maintenant c'est plutôt 3-4 ans..."

Certains constatent aussi que les résidents manifestent des exigences nouvelles :

"Maintenant on les entend dire : je suis toxicomane donc vous me devez ça ou ça..." (Directeur).



Et il y a toujours beaucoup plus de garçons que de filles, et le phénomène est encore plus net que dans les Centres d'accueil.

La proportion d'anciens détenus est importante également :

"Etre ancien détenu n'est pas un critère puisque 50 % l'est!" (Centre).

Quoiqu'il en soit, les résidents qu'on nous a permis d'interviewer semblent très "motivés". En effet, pour eux, la post-cure a une image particulière dans le cheminement du toxicomane : elle apparaît comme un outil très puissant :

"C'est bien pour quelqu'un qui veut vraiment s'en sortir" (Homme, 24 ans).

"Il fallait que je me soigne...comme j'arrivais pas à me soigner seul, je suis venu ici pour ça" (Homme, 35 ans).

Valorisée par les encadrants des centres d'accueil qui les ont suivis ailleurs :

"Après mon premier sevrage, comme j'ai replongé, ils ont conseillé une post-cure cette fois..." (Femme, 28 ans).



Ou comme la phase ultime, l'étape terminale du processus de sortie du produit :

"La post-cure ça fait beaucoup plus peur que la désintoxication, c'est : j'arrête ou je reprend, mais là c'est long et après..."
(Homme, 28 ans).

"Avant je m'en foutais de mourir, et puis il y a eu un déclic... j'espère que c'est le point de départ d'une nouvelle vie..."
(Homme, 41 ans).

"Quand on fait une demande c'est vraiment qu'on est tombé très bas... suicide ou ... là, je croyais que ça allait recommencer, j'ai eu peur et j'ai fait des demandes..."
(Femme, 30 ans).

Ce qui n'empêche pas les vieux routiers de critiquer leurs expériences précédentes dans d'autres centres.

"à X (..), il y avait des entretiens tout le temps, ça me prenait la tête" (Résident, 29 ans).

"Les centres ouverts ça sert à rien, on revient défoncé..." (Résident, 32 ans).



4.12 L'origine géographique : Les résidents en hébergement collectif sont le plus souvent originaires de régions autres que celles où se trouvent les centres :

"C'est pour me couper du monde, moi je suis de Marseille, je connais beaucoup de monde... à chaque fois que j'ai décroché c'était en dehors de Marseille, à chaque fois que j'ai replongé c'était à Marseille..."
(Homme, 35 ans).

Les résidents des centres d'hébergement éclaté à l'inverse sont en grande majorité originaires de la région et/ou sont connus de longue date. On peut faire l'hypothèse que ces centres préfèrent mettre dans leurs studios des personnes très bien connues pour limiter les problèmes éventuels avec le voisinage... et ces exemples donnés avec des résidents étrangers à la région ne nous contredisent pas !

"On a eu un problème avec un garçon une fois : il a fait sauter son appartement au gaz pour faire sa T.S.!" (centre).

"Il y a eu ce type qui a cassé la porte à coups de hache à 4 heures du matin parce qu'il croyait qu'il y avait un dealer dans l'appartement..." (centre).

Donc, habitent dans les appartements des personnes ayant une certaine histoire dans la région :

"Moi je suis d'ici, et je connais x depuis 1972 à l'hôpital psychiatrique quand j'ai commencé ma toxicomanie" (Femme, 34 ans).

"Il faut faire partie de l'Association pour avoir un appart, x les donne pas tout de suite" (Homme, 26 ans).



4.2 Mécanisme de l'offre et de la demande

4.21 Au départ, on constate une grande disproportion entre le nombre de demandes reçues par les centres (jusqu'à 600 par an pour certains) face au nombre de places offertes (de 6 à 20 dans les centres de notre échantillon).

Beaucoup de centres remarquent une augmentation du nombre de ces demandes et un allongement de l'attente des candidats, faits que certains interprètent comme le signe d'une augmentation du nombre des toxicomanes en recherche de post-cure.

La très grande majorité des demandes est suscitée, conseillée, cautionnée et/ou soutenue par une personne d'un organisme connu, principalement les centres d'accueil, puis les dispositifs liés aux prisons (Comités de probation, Antennes toxicomanie, magistrats...), et l'on peut observer que chaque centre a établi des relations préférentielles avec un certain nombre d'interlocuteurs (dont certains apparaissent fréquemment soit, à cause de leur notoriété, soit parce qu'ils sont implantés dans des régions à forte population toxicomane) : liens personnels établis entre anciens collègues, découverte lors d'un colloque de personnes partageant les mêmes conceptions, collaboration à un programme de recherche INSERM ou autre... ces diverses occasions ont créé des liens qui se sont renforcés à l'occasion d'expériences positives.

Cependant, bien que la plupart des centres demandent que les "accueillis" fassent état d'une recommandation ou d'un lien avec le centre d'accueil, on trouve quelques "candidats libres" par ci par là.



4.22 L'ajustement des demandes et des offres se fait en plusieurs étapes, schématiquement :

- a)- les demandeurs écrivent aux centres,
- b)- les centres envoient une réponse,
- c)- les demandeurs téléphonent, tandis que les centres établissent des listes d'attente,
- d)- quand une place est libre, le centre appelle et le premier demandeur disponible est invité à venir.

4.221 a)- Les demandeurs envoient, semble-t-il, beaucoup de candidatures : en effet parmi ceux qu'il nous a été permis de rencontrer la moyenne s'établissait à 10 lettres par personne c'est-à-dire de trois lettres à vingt selon les cas, (la généralisation des photocopieuses joue peut-être un rôle dans l'accroissement des demandes ? !) :

"J'ai fait une lettre et 16 photocopies"
(Femme, 28 ans).

"Quand je me suis décidé, j'ai écrit 9 lettres dans la journée" (Homme, 26 ans).

Ils écrivent à des adresses conseillées et/ou sélectionnées sur des indications sommaires, ou parfois tout-à-fait au hasard :

"L'assistante sociale m'a donné une liste de 16 meilleures sur l'avis des gens revenus... j'ai écrit à 9..." (Homme, 30 ans).



"Pour moi, je pars pas en vacances, donc savoir que là y'a du cheval, là de la voile, ce n'est pas ce qui compte" (Homme, 35 ans).

"Ils m'ont donné 15 adresses, j'en ai sélectionnées 5... je voulais aller dans le Sud et pas en ville..." (Femme, 30 ans).

"Le psychologue du centre d'accueil connaissait un endroit super avec beaucoup de sport... par les gens qui reviennent..." (Homme, 28 ans).

Selon les résidents rencontrés, une très grande majorité de lettres obtient une réponse, même si celle-ci est (presque) toujours négative :

"Ils ont tous répondu aux lettres, qu'il n'y avait pas de place pour le moment" (Femme, 30 ans).

"Il ont tous répondu à mes 15 lettres" (Homme, 31 ans).

"La réponse c'est toujours non, mais faut toujours téléphoner" (Homme, 28 ans).

Les demandes par téléphone rentrent dans le même processus puisqu'il est en général demandé à la personne d'écrire pour faire sa demande (à l'exception de ce centre qui leur propose d'emblée de venir pour avoir un entretien).



4.222 b)- Les centres ont plusieurs types de réponses :

1)- La première "non : pas de place" est destinée aux demandeurs qui n'entrent pas dans les cadres fixés par les centres,

"C'est tous ceux qui sont pas du tout dans nos critères" (centre).

- . Plus de 40 ans (ou 45),
- . Mineurs,
- . Parent avec enfant,
- . Couple,
- . Psychopathologie lourde,
- . Sida déclaré.

Certains centres acceptent cependant un nombre limité de ces personnes; à noter que les parents avec enfants ne sont acceptés que dans quelques centres d'hébergement éclaté; par ailleurs ces centres rejettent en général les demandes de personnes estimées inaptes à vivre dans la solitude et/ou à assumer un travail.



Un autre facteur de refus pourrait être une demande venant d'un organisme avec lequel les expériences ont été négatives, si l'on se base à contrario sur l'impact d'un envoyeur "de confiance" :

"On fait un premier tri sur l'origine de la demande : les centres, les gens qu'on connaît bien..."

"Quand le sevrage est bien fait, bien suivi, avec pas de médicaments après, comme le fait Marmottan... mais pas "N" !... on peut y aller..."

"La vraie liste d'attente c'est les gens qu'on connaît, qui travaillent avec nous".

Ils envoient ensuite un courrier à la personne : lettre circulaire et une liste des centres de post-cure :

"On répond à tous par une circulaire de refus et une liste des autres centres, une vingtaine pris dans l'ensemble, qu'on change de temps en temps..."

"Ils ont une réponse sous 48 heures, une liste des post-cures et un fascicule de la nôtre".



2)- Un autre type de réponse (à un courrier ou à un appel téléphonique) est, pour quelques centres, une invitation à venir pour un entretien, ce qui enclenche des échanges téléphoniques, qui rejoignent globalement le cas 3 (ci-dessous) avant que le jeune ne se déplace effectivement.

3)- Le troisième type de réponse est : "oui" : mais il n'y a pas de place"; les centres demandent le plus souvent aux jeunes de téléphoner, parfois en contrôlant le respect des horaires d'appels fixés, à moins que ceux-ci n'appellent de leur propre initiative, ou encore poussés par un intervenant de leur entourage :

"Ils doivent appeler chaque vendredi..."
(centre).

"L'assistante sociale m'a conseillé de téléphoner pour faire le forcing... me disant : on sait jamais, si une place se libère..." (Homme, 28 ans).

4.223

c)- Les demandeurs téléphonent :

Au cours de ces échanges téléphoniques se constituent les listes d'attente des centres, qui peuvent servir à tester en quelque sorte la motivation, la détermination de l'interlocuteur, qui doit être capable de résister à des délais allant parfois jusqu'à 3-4 mois; ceci peut permettre en outre une sorte de pré-suivi du résident qui se rend au centre d'accueil pour téléphoner à la post-cure, les 2 institutions encadrant et soutenant ainsi le demandeur.

Il s'opère de cette façon une sorte de "sélection automatique", selon les mots d'un centre, entre les demandes des jeunes et les offres des centres, qui permet un premier ajustement des uns aux autres :

"Par exemple, ceux qui souhaitent une formation professionnelle ne poursuivent pas..." (Educ. Spé.).

"On dit aux couples qu'on ne sait pas travailler avec eux..." (Centre).

"Y'a les entretiens téléphoniques où tout est explicité... certains ça les arrête : ils disent que c'est trop carcéral !" (Centre).

"C'est quelqu'un qui avait besoin du style Blannaves ou Cèdre Bleu ou le Boulou... des groupes de 15-16 personnes... il est pas prêt à faire du travail sur lui-même au niveau psychologique, il a besoin d'une prise en charge de groupe..." (Centre).



Quant aux demandeurs, selon les circonstances de leur vie et/ou l'impression retirée de ces contacts, ils persistent ou "laisSENT tomber" :

"J'avais pas envie d'aller en ville et au téléphone, la bonne femme m'avait pas branchée : des heures ci et ça à tel moment..., assez pète-sec..." (Femme, 30 ans).

"L'autre c'est comme si on parlait librement, rien qu'au téléphone on sent que c'est accueillant" (Femme, 30 ans).

"Même quand ils répondent, ils disent pas comment ça se passe..." (Homme, 35 ans).

"On m'a dit à quoi ça servait, mais pas comment ça se passait..." (Homme, 28 ans).

"Ils sont spécialisés pour les stages de réinsertion alors comme j'ai un CAP de ... et qu'il y a un centre spécialisé AFPA..." (Homme, 31 ans).

De nombreux centres constatent qu'à chaque étape du cheminement il y a "déperdition de clients" : accidents de parcours, incarcération, changement de ville, retour au produit, demande effectuée sous la pression de la famille etc... très peu de demandes aboutissent à une candidature effective le jour où une place est disponible.

"Sur ceux qui appellent, il y en a 1 sur 10 qui écrit..."

"Le jour où on reprend la liste d'attente, il faut passer 50 coups de fil pour en trouver un!"



4.224

d)- Liste d'attente et place libérée : quand une place est libre le centre appelle à partir de sa liste d'attente en respectant pour les hébergements collectifs, des sortes de quotas visant à constituer des groupes équilibrés :

"On évite de faire des sous-groupes majoritaires : filles, sortis de prison, arabes, VIH..." (Centre).

"On ne prend qu'un couple à la fois... jamais autant de filles que de garçons..." (Centre).

"On essaie d'avoir 1/3 de filles, en tout cas au moins 1/4..." (Centre).

"Pas plus d'un sidéen sur 10, sinon c'est trop lourd pour nous".

Il semble qu'il y ait de nombreuses variantes par rapport à cette procédure moyenne :

- Accélération des mouvements,

"Il arrive que sur la demande expresse d'un centre d'accueil connu, on mette un dossier sur le dessus et qu'on l'admette dès qu'on a une place".

- Programmation d'un sevrage par le centre d'accueil en fonction d'une date d'entrée dans un centre avec lequel existent de bonnes relations, et qui va réserver une place à cet effet,

"Certains jeunes après le sevrage, on sent bien qu'il faut pas les laisser trop longtemps..."



- Réservation d'une place pour un jeune sur le point de sortir de prison,

"C'est le centre où on a le plus envoyé de gens... on peut prévoir quand il y aura des places et s'en faire réserver... on les a rencontrés à un colloque à Marseille" (Antenne Toxicomanie).

"On garde deux places pour des types qui vont sortir bientôt... l'un de Fresnes, l'autre de Strasbourg..." (Centre).

A noter que tous les centres récusent la notion d'urgence pour les demandes de toxicomanes, comme contradictoire avec l'esprit même de la post-cure :

"La post-cure ne s'inscrit jamais en urgence, c'est même contre-indiqué... ça voudrait dire fuite, pas d'élaboration..."

Et ils renvoient alors la personne sur d'autres dispositifs d'hébergement (foyers, hôtels, etc...); mais ils se trouvent parfois eux-mêmes dans la situation paradoxale d'avoir à trouver en urgence un (ou des) remplaçants lors de départs inopinés : en effet et sans doute sous la pression de l'Administration de tutelle (concernant les indicateurs d'activités comme le taux d'occupation, ou les journées faites), il se hâtent de trouver quelqu'un immédiatement disponible :



"Hier, on a passé 28 coups de fil pour avoir quelqu'un le lendemain..."

"L'appartement est resté vide 8 jours, parce que de toutes les personnes de la liste d'attente, aucune ne pouvait..."

"Si le gars nous dit : je peux venir dans 3 jours, on a perdu 3 jours..."

"On appelle un centre de Paris..."

"Comme on paye le loyer de toute façon on a intérêt à ce qu'il soit le moins vide possible!"

Cette situation est évidemment un peu différente pour les quelques centres fonctionnant sur des durées établies : "contrat" d'occupation d'un logement*, ou bien groupes sur des périodes précises (sous réserve bien sûr des périodes d'essais durant lesquelles les départs et/ou exclusions renvoient à la situation ci-dessus) :

"Avec les "contrats" passés entre eux et nous, au foyer ou à l'internat, je peux prévoir"

"On a des demandes dès Février pour Août".

(*) Il ne s'agit pas d'un contrat de location mais d'un accord entre l'association et le demandeur.



Quant aux demandeurs, la majorité d'entre eux ne fait pas réellement un choix :

"Ils m'ont répondu en premier et comme les places sont rares !..." (Homme, 24 ans, 1ère PC).

"J'ai pris la première qui a dit : oui" (Homme, 28 ans).

"On a le choix d'aller dans un centre de post-cure, mais pas dans un centre particulier à moins d'avoir du piston !" (Homme, 26 ans).

Il y a choix dans les cas, rares, où plusieurs réponses positives arrivent simultanément :

"Baudelaire y avait déjà envoyé des gens qui s'en étaient mieux sortis qu'ailleurs... et je voulais être éloignée de chez moi..." (Femme, 26 ans).

(A noter que dans notre échantillon, les seules résidents à avoir eu plusieurs acceptations étaient des filles, ce qui étaye les remarques de divers centres sur le nombre plus faible de filles faisant des demandes, et donc leurs chances plus grandes que les garçons de trouver des places dans tous les centres veillant à une répartition équilibrée des sexes).



(Deux remarques s'imposent d'emblée :

- le constat que la plupart des centres opèrent des tris parmi les demandes,
- le constat que les toxicomanes envoient de nombreuses demandes sans pour autant choisir réellement le centre où ils entrent finalement.

- * Quel est le nombre réel de demandeurs derrière ce flot de lettres ?
- * Leur orientation se fait-elle davantage par éliminations successives que par une prescription prenant en compte leur profil psychologique, leurs besoins, leur stade de maturation ? (cet écueil est évité par certains centres d'accueil et de post-cure qui travaillent régulièrement ensemble).
- * Combien de centres d'accueil connaissent-ils exactement le travail réalisé dans chacune des post-cures, compte-tenu en outre de leur diversité ?
- * Combien de centres de post-cure sont-ils capables d'évaluer la situation d'un toxicomane envoyé par un centre inhabituel ?).



(* Enfin, les critères retenus actuellement permettent-ils d'accueillir des demandeurs autres que le "toxicomane-standard" ? (c'est-à-dire célibataire, VIH asymptomatique, sans pathologie lourde, âge moyen (autour de 30 ans), sans enfant ni conjoint, recommandé par Marmottan...).

Rappelons cependant que les autres profils posent des problèmes particuliers :

- Par exemple, les toxicomanes développant des pathologies VIH qui nécessitent une prise en charge très lourde pour les équipes et les budgets.
- Et que certains, par exemple mère avec enfant, sont à l'étude, même si au premier abord les difficultés paraissent insolubles).



4.3 Les modalités d'entrée

Elles sont très différentes selon qu'il s'agit d'une post-cure à hébergement collectif ou éclaté.

4.31 En hébergement collectif, on observe aussi des variations entre les post-cures urbaines et les rurales :

4.311 Les centres d'hébergement collectif en zone rurale sont plus rigoureux sur les conditions d'admission : il est demandé au résident d'arriver sevré*, parfois avec son billet de retour et exempt de prescription de médicaments (à l'exception bien sûr des centres accueillant des cas lourds de sidéens ou psychopathes).

A l'arrivée dans le centre, il y a parfois "vérification" des bagages :

"On les fouille... ils sont prévenus avant de venir... pour que ceux qui sont dedans soient en sécurité..."

(*) L'un de ces centres amène aussitôt à l'hôpital psychiatrique voisin le demandeur que la visite médicale d'entrée a révélé non sevré.



Ou bien on s'en remet à la bonne volonté des arrivants,

"Ici, il n'y a pas de fouille... on leur explique comment on fonctionne... et par exemple Michel, il est venu remettre ses cachets au Directeur presque tout de suite après son arrivée" (Educ. Spé.).

Visite médicale systématique (qui peut avoir lieu après la période d'essai), puis engagement sur un "contrat" moral ou écrit * :

"On a un contrat écrit et tout le monde le signe, eux et nous".

Et entretiens préliminaires (souvent amorcés durant le trajet en voiture depuis la gare !). Puis une période d'essai d'une ou deux semaines avant un engagement ferme de part et d'autre :

"... On leur explique au maximum et on leur dit : vous avez dix jours pour que vous décidiez." (Centre rural hébergement collectif).

(*) "Pas de violence, pas de produit" (plus rarement "pas de sexe"), et respect d'un règlement intérieur (cf. p. 43 contrats et exclusions).

La plupart de ces centres (5) n'acceptent pas qu'il y ait un deuxième séjour :

"Pas de réadmission... on part quand on veut, mais il n'y a pas de deuxième séjour..." (centre).

Si le nouveau venu et l'équipe décident de poursuivre et que l'installation est décidée, il y aura alors une période de **coupure complète** avec l'extérieur (pas de sorties, pas de visites, ni de téléphone), qui va de 3 semaines à 2 mois selon les centres; un des centres visités a même institué la fermeture complète, c'est-à-dire que ce régime dure tout le temps du séjour, soit environ 6 à 9 mois.

Chaque nouvel arrivant aura un intervenant "référent". Selon les cas, il y a possibilité pour le résident de choisir ou non ce référent.



4.312

Les centres avec hébergement collectif en ville
pratiquent de préférence des entretiens à plusieurs
avec le demandeur pour évaluer les motivations et les
aptitudes des demandeurs à travailler sur eux-mêmes;
ils se montrent beaucoup moins exigeants sur les
sevrages :

*"On n'a aucune exigence : ils peuvent être
sevrés ici, ils peuvent même être
défoncés... ils expérimentent..."*

Certains centres fonctionnent plutôt comme foyers
d'hébergement et de transit (en attendant qu'une
place se libère dans un internat rural, ou dans un
appartement, faisant ou non partie de la même
association), les admissions sont plus rapides (3
semaines maximum) et les séjours moins longs qu'en
rural.



4.32 Les centres avec hébergement éclaté fonctionnent le plus souvent avec des personnes connues, qu'elles soient :

- Sortantes de la post-cure rurale de la même association,
- Pensionnaires du foyer de la même association,
- Originaires de la même région et entrés dans le dispositif local depuis longtemps.

Il leur est demandé de participer aux frais, donc de bénéficier d'un CES, RMI ou AAH ou bien de pouvoir rapidement en obtenir :

"Tout ce qu'on leur offre c'est payant et on leur donne les moyens de payer le loyer... que ce soit par un salaire, un RMI, etc..."

"On prend le bail en charge tant qu'il n'a pas les moyens de payer... tout ou partie selon les cas"

"On leur demande d'être en état d'assumer la recherche de boulot et de stage"



A leur entrée dans les lieux, il y a signature d'un contrat, selon diverses modalités, dont la plus courante :

- Le centre, locataire en titre des lieux, signe un contrat privé avec le résident sur les conditions de son hébergement.
- On trouve parfois la formule des "baux glissants" (lorsque les agences l'acceptent) : le bail signé au nom du centre passera au nom du résident lorsque celui-ci offrira une garantie de revenus.
- Citons aussi la formule originale de ce centre qui signe des contrats tripartites : lui-même, le résident et une association sociale locale pour le logement. Le résident trouve par lui-même le logement qui sera à son nom, le centre assure le suivi thérapeutique et l'association, la partie gestion et finance.

Par ailleurs tous les centres locataires en titre ont une clef des appartements, et se réservent le droit de visites imprévues s'ils le jugent nécessaire.

Bien entendu, on y trouvera le même "contrat" qu'ailleurs, ni produit, ni violence.



V - LE SEJOUR



DEMOSCOPE

V **LE SEJOUR**

5.1 **La durée des séjours**

Elle varie selon le type d'hébergement. En collectif, les durées moyennes annoncées sont de 3-4 mois à l'arrivée du résident; en appartements la durée maximale est généralement d'un an par contrats renouvelables de 3/4 mois.

- * Excepté ce centre rural qui a institué des séjours d'une durée pré-établie de 6 mois environ,
- * Excepté les centres gérant des appartements qui établissent des contrats pour des durées précises (le plus souvent renouvelables).

Mais les séjours peuvent être prolongés jusqu'à 6 mois, 9 mois et même 2 ans parfois pour ce centre pratiquant des psychanalyses; il semble que dans notre échantillon la moyenne s'établissent autour de 5 mois de séjour.

La majorité des centres avec hébergement collectif ruraux que nous avons visités -5 sur 7- n'admettent qu'un seul séjour; pour les autres, la possibilité reste de faire un deuxième, voire un troisième séjour *.

Quelques centres remarquent la tendance des séjours à durer plus longtemps :

"Les séjours les plus longs sont les plus profitables, ils sont mieux préparés quand ils sortent".

(*) L'enquête par questionnaires indique que 29 sur 35 des centres avec hébergement collectif acceptent les réadmissions. La notion de réadmission sous-tend une exclusion préalable, ce qui n'est pas forcément le cas d'un deuxième séjour.



5.2 Les fins de séjour

Les fins anticipées semblent très nombreuses si on se base sur les discours des centres visités : entre les exclusions et les départs inopinés après un certain temps de séjour, c'est presque la moitié des personnes entrées dans les centres qui n'y passe pas la durée de séjour annoncée au départ.

5.21 Au début des séjours les exclusions sont nombreuses, toujours ou presque pour les mêmes raisons : le résident n'a pas respecté le contrat sur la consommation et l'introduction de produit dans le centre (alcool y compris). La période d'essai devrait permettre aux nouveaux d'évaluer la correspondance entre leurs besoins et ce qu'offre le centre, puis de choisir de rester ou de partir, mais il est peut-être plus facile pour eux de "partir" en se faisant exclure, que de le décider; dans tous les cas mentionnés, il n'apparaît pas que les centres très rigoureux aient plus d'exclusions que les autres.

En effet, les centres réagissent différemment à ces ruptures de contrat :

- * Certains, plutôt les hébergements collectifs, ne tolèrent aucune entorse; le (ou les) résident (s) est (sont) renvoyé (s) immédiatement :

"On tient au respect du contrat, il faut de la fermeté : les centres ayant eu des pratiques laxistes ont tous fermé..." (Centre collectif rural).

"On est drôlement carré au début : faut pas nous prendre pour des cons... ils nous prennent déjà pour des cons ! ... nous imposons nos limites" (Centre collectif rural).



Parfois après discussion et accord avec le reste du groupe :

"Avec les 3 qui sont partis, je sentais l'angoisse qui montait... ils étaient pas encore prêts pour entreprendre quelque chose comme ça" (Résidente, 30 ans).

"Ceux qui sont partis auraient eu besoin de quelque chose de plus fermé" (Résidente, 25 ans).

* D'autres sont plus souples, voire complètement tolérants en arguant du non-réalisme d'une position trop tranchée.

"Les mecs, ils prennent de la défonce et on travaille avec ça... nous, soignants, on se fait beaucoup d'illusions car on a le désir qu'ils arrêtent la drogue quand ils arrivent chez nous, mais c'est pas possible d'arrêter comme ça puisqu'ils ne savent pas où ils en sont, eux, de leur histoire, de leur personnalité" (Le Directeur).

"Ils peuvent rentrer défoncés et on en parle..." (Centre).

"Ils peuvent rentrer défoncés sans se faire virer systématiquement".

"Il faut travailler avec le produit... arrêter ce tabou..."



- * Pour les centres avec hébergement éclaté, une autre cause d'exclusion est l'inertie, la passivité du résident qui "roupille" au lieu de faire les démarches que l'on attend de lui :

"...si quelqu'un passe 15 jours à branlotter sans chercher du travail !..." (Educ. Spé.).

Pour les ateliers-entreprise, ce sera l'absentéisme :

"On l'a viré à cause de ses absences répétées"

La majorité des centres visités ré-admettent les personnes exclues lorsqu'elles satisfont à des conditions bien définies :

"Il a été admis en Octobre, viré en Novembre, repris en Décembre, là il a claqué son R.M.I. en 2 jours, donc il est parti et on l'a réadmis quand il a pu gérer son R.M.I. autrement"

5.22

Les départs inopinés surviennent semble-t-il à deux époques :

- * Après le deuxième mois de séjour, dans les centres pratiquant des séjours de 6 mois (ou plus) en internat, une partie des résidents se base sur le mieux être physique ressenti et veut mettre fin au séjour :

"Après deux mois, ils sont retapés, la galère est oubliée et ils se mettent à douter : qu'est-ce que je fous là ?..., alors certains partent si le doute est trop dur" (Infirmière psychiatrique).

"Ils ont récupéré physiquement, ils ont l'impression que tout va bien, que c'est pas la peine de rester plus..." (Centre).

- * Et avant la fin du séjour, avant la date de sortie prévue :

"Il s'est fait exclure à 5 mois et 3 semaines ! ... peut-être une façon de partir sans avoir à dire merci...?"

"Y'a des problèmes entre ma femme et mes parents à cause de mon fils... le centre ferme une semaine et je rentre chez moi... si je pars plus tôt, je casse le contrat... quand on part on revient pas... mais je tiens plus..." (Homme, 26 ans - parti 2 jours avant date autorisée, plus de nouvelles).



5.3 La vie quotidienne des résidents

5.31 Les centres ruraux avec hébergement collectif ont établi des emplois du temps pour la vie quotidienne des résidents : la journée-type du toxicomane semble au 1er abord plutôt identique d'un centre à l'autre :

- * Lever entre 7 heures et 8 heures, parfois réveillés, parfois laissés à leur initiative.
- * Puis se retrouver "en bas" après la toilette, lit fait, vers 8 h ou 8 h 30, pour petit-déjeuner en une demi-heure.
- * Etablir l'emploi du temps du jour pour les activités et démarquer; ou bien suivre le planning.
- * Déjeuner à 12 heures (12 h 15, 12 h 30); selon les centres un "temps libre" plus ou moins important est laissé aux résidents après le repas avant de reprendre les activités jusqu'à 17 heures.
- * Avant le dîner, autre temps libre dans les centres où la pause déjeuner est la plus courte.
- * 19 h 30 ou 20 heures, dîner, soirée, T.V., temps libre.
- * 23 heures "chacun doit être dans sa chambre".

Une autre constante est la prise en charge par les résidents de la vie quotidienne : courses (avec un intervenant), ménage, repas, vaisselle sont effectués à tour de rôle.

Les différences apparaissent dans la manière de mettre en oeuvre horaires et plannings :



- * La plupart des centres encadrent de très près leurs résidents dans un planning établi d'avance où toutes les activités sont prévues, programmées voire obligatoires :

"Notre planning est très précis, élaboré... c'est très structuré".

"Les toxicomanes, il faut les surveiller comme le lait sur le feu... être vigilant par rapport au règlement sinon on se fait bouffer, car ils sont très habiles et manipulateurs... on est clair dans ce qu'on dit et fait" (Un Centre).

"Le week-end, les activités dépendent de la compétence de l'encadrant... et c'est programmé"

- * D'autres centres laissent davantage de jeu à l'intérieur de ce cadre : les résidents peuvent choisir de participer ou non, ou bien le temps n'est pas complètement planifié :

"L'emploi du temps c'est une trame générale pour la semaine"

"Il y a des après-midi où on ne propose rien..."

"Après quelque temps, les tâches se répartissent en fonction de ce qu'ils aiment".



5.32 Les centres urbains avec hébergement collectif fonctionnent autrement :

- * Les uns sont fermés dans la journée, les résidents doivent sortir pour faire leurs démarches, et pour se rendre au centre d'accueil où ont lieu les entretiens.
- * D'autres ont des chantiers ou des ateliers extérieurs où les jeunes vont travailler (à mi-temps pour les sidéens). Les emplois du temps portent alors :
 - sur la prise en charge des tâches domestiques quotidiennes,
 - sur les horaires de lever et de présence le soir (un des centres autorise de dîner et même de dormir à l'extérieur à condition de prévenir).

5.33 Les occupants des appartements doivent passer régulièrement dans la journée au centre d'accueil (de 1 fois par jour à 1 fois par semaine), soit pour des entretiens thérapeutiques, soit pour faire le point des démarches entreprises, du déroulement d'un stage, etc.... Ils doivent être présents chez eux le soir. Ils ne doivent pas recevoir : lorsqu'un couple se forme, le (la) partenaire doit faire une demande pour lui-même.

Les intervenants font aussi des visites régulières dans les appartements (de 1 fois par semaine à 1 fois par mois), et accompagnent parfois les résidents pour les courses.

"Je sonne, j'attends, s'il n'y a personne, j'ouvre avec ma clef" (Un éducateur).



5.4 Activités des centres. Fonctionnement :
Modes d'encadrement et de contrôle des centres sur les tâches.

5.41 La prise en charge médicale.

5.411 Les soins médicaux hors VIH :

- * Les centres procèdent le plus rapidement possible à la régularisation du dossier S.S. du résident; s'il a des ressources (R.M.I., A.A.H...), il avance les frais et supporte la partie non-remboursée, sinon le centre le supplée et prend cette partie à sa charge.

Quelques centres ont obtenu des CPAM, des subrogations permettant de se substituer au résident; le dernier centre à en bénéficier apprécie beaucoup de pouvoir régler ainsi le problème des avances souvent difficiles à récupérer :

"Ca nous évite de voir les frais qu'on a payés partir dans la poche du patient quand il s'en va" (Directeur).

Deux des centres ayant plusieurs pôles d'activité (à la fois hébergement collectif et éclaté) ont intégré une assistante sociale destinée exclusivement à la gestion des dossiers S.S. et des remboursements.



- Quelques centres bénéficient de bons d'assistance médicale gratuite :
- Ils les utilisent tant que les dossiers ne sont pas régularisés,
- L'un d'eux, tout en régularisant la situation de ses résidents, se sert continuellement des bons (destinés à l'aide sociale) que lui remet le CCAS discrètement * : système qu'il apprécie beaucoup car simplifiant les procédures.
- Un autre déclare utiliser l'AMG à 100 %, tandis que sa DDASS mentionne une augmentation de budget destinée à stopper ce fonctionnement qui déplaît à la Région...

(A noter les réflexions d'un médecin inspecteur à propos de ces AMG : il craint de voir les bons distribués par les CCAS aux résidents, être employés par ceux-ci à des achats de médicaments prohibés, Temgésic en particulier...).

(*) C'est dans l'un des départements "peu ouverts" à l'action sociale en faveur des toxicomanes.

5.412 Le problème du VIH

La séropositivité n'est pas une cause d'exclusion des centres, tout au plus certains veillent-ils à limiter le nombre de personnes dans ce cas.

A présent, elle est, peut-on dire, intégrée à la vie quotidienne par des règles d'hygiène particulières que tous respectent sans les monter en épingle.

Le statut sérologique des résidents est connu le plus souvent à leur arrivée, mais les intervenants laissent en général à la personne le soin de le faire savoir.

Le tableau change lorsque la personne est entrée dans la maladie; en effet, peu de centres les acceptent (1/3 de notre échantillon).



Certains ont essayé puis renoncé sous l'alourdissement de charges que cela représente :

"On a essayé avec l'accord de l'équipe, un seul sur le groupe... mais on a arrêté, c'était trop lourd à assumer matériellement... tous ces déplacements vers l'hôpital, il aurait fallu une personne rien que pour ça..." (Centre rural).

- * Au plan budgétaire nous l'avons vu, certaines DDASS apportent une aide aux centres, soit en consentant la réduction des effectifs reçus, soit en accordant des augmentations de budget (parfois jugées insuffisantes) :

"On a fait une demande de surcoût à la DDASS, pour l'accompagnement des sidéens, on n'a eu que 100.000 Francs !..." (Centre H.E.).

D'autres DDASS au contraire refusent d'en tenir compte.

- * D'autres acceptent des malades en nombre limité et en fonction de leur état :

"C'est le médecin qui détermine qui peut rester".

"Il faut que le résident puisse assumer 4 heures de travail par jour".



Lorsque l'état de ces résidents s'aggrave, et qu'ils ont besoin de soins réguliers quelques centres les acceptent encore :

"L'hôpital les prend à condition qu'on les visite régulièrement, et qu'on les reprenne à la sortie... c'est très lourd... en 91 ces accompagnements ont représenté un temps plein et demi... sans parler du plan psychologique..."

Tout en mettant en place des possibilités de retour vers les familles, vers les centres d'origine...

Un seul des centres recevant des sidéens les prend en charge jusqu'à la fin lorsqu'ils n'ont pas de retour possible :

"On les laisse pas tomber... et bizarrement le fait de les enterrer, ça réconforte les autres"

- (*) Peu de centres acceptent les sidéens. Compte tenu du nombre de séropositifs actuels, que deviendront et où iront tous ceux qui vont déclarer la maladie ?
- * Les psychopathologies lourdes qui peuvent se déclarer en cours de séjour peuvent-elles être prises en charge compte-tenu de l'organisation actuelle des centres ?
- * Les centres ne peuvent actuellement accepter de résident avec leur enfant... où les mères toxicomanes qui ne veulent pas se séparer de leur enfant (ou refusent un placement DDASS très difficile à arrêter), vont-elles trouver les soins apportés en post-cure ?).



5.42 La sexualité

Elle est autorisée dans la grande majorité des centres, selon diverses modalités :

- * **Les hébergements collectifs (à l'exception d'un seul qui le proscrit explicitement), autorisent les relations sexuelles, et disent mettre des préservatifs à disposition dans un endroit accessible et discret (salle de bain, toilettes).**

La plupart demandent qu'il n'y ait pas formation de couple, et vie de couple à l'intérieur du groupe. Quelques-uns acceptent de recevoir des couples constitués :

"On intervient sur le problème de toxicomanie pour chacun... les problèmes de couple sont en dehors de ça..."

Ou bien qu'ils se forment pendant le séjour :

"A condition qu'ils ne s'excluent pas de la vie communautaire parce qu'ils sont en couple"

Certains considèrent que le travail avec un couple introduit une difficulté supplémentaire :

*"On ne sait pas travailler avec les couples";
"Le couple fait écran à la vie du groupe";
"Ils ne sont pas au même niveau dans leur toxicomanie".*



D'autres centres acceptent les couples comme une réalité non génératrice de problèmes.

Dans les deux cas, sont cités des exemples d'échecs et de succès.

- * Les hébergements éclatés ne permettent pas les mêmes cadrages : lorsqu'un résident se met en couple, il est demandé à l'autre personne de faire une demande pour son propre compte.
Dans les centres qui acceptent des couples, la question ne se pose pas du tout.

Un des centres rencontrés estime que la sexualité ne pose pas de grands problèmes :

- Les toxicomanes ont une libido très amoindrie par la prise de produits,
- Les filles ont souvent un passé difficile (inceste, viol, prostitution...) qui leur fait rechercher plutôt la solitude que des relations amoureuses.



5.43 La vie communautaire ou solitaire

5.431 L'argent

Certains résidents disposent de ressources :

- * RMI
- * ASSEDIC
- * AAH
- * PAL
- * CES

qui peuvent se cumuler.

Les centres d'hébergement collectifs imposent pour la plupart que ces revenus soient économisés, placés sur un livret de Caisse d'Epargne ou un compte bancaire.

Ils veillent à ce que les dettes antérieures connues soient remboursées, ils demandent aussi parfois une participation aux frais de séjour :

"On leur demande 5 à 700 francs par mois quand ils peuvent... mais s'ils ne peuvent pas ce n'est pas une raison pour les refuser" (Centre collectif).

Le plus souvent ils prennent sur ces sommes pour donner aux bénéficiaires de l'argent de poche hebdomadaire -autour de 200 Frs- et/ou de quoi s'acheter des vêtements.

"Ils grossissent beaucoup et tout est deux tailles trop petit!"



L'objectif principal est de constituer un petit pécule remis au résident à sa sortie, pour qu'il puisse assurer ses premiers besoins.

Dans les appartements, ces ressources sont distribuées chaque semaine, ou bien par poste (dentiste, transports...), parfois les courses alimentaires et entretien sont faites en compagnie d'un travailleur social... l'objectif est d'apprendre au résident à gérer un budget, prévoir et économiser, tout en participant au loyer selon des barèmes variables :

"Ils payent 310 Frs au moins... et tous payent mais selon leurs ressources..."

"Ils payent 800 Frs pour le foyer, et pour les appartements c'est le loyer".

Lorsque le résident est sans ressources (aides non encore obtenues, fin de droit ASSEDIC, etc...); il lui est remis un peu d'argent de poche chaque semaine -environ 50 Frs- ou bien le centre lui achète ses cigarettes... lorsqu'une partie des activités est payante, cinéma, équitation, pot dans un café, etc..., ces résidents-là ne peuvent y participer, sauf si le centre y pourvoie :

"Je suis en fin de droit ASSEDIC et tout passe à payer mes dettes... j'ai donc droit à l'aide financière de 50 Frs par semaine, plus 50 Frs pour une sortie" (Résident, 35 ans).



Les centres urbains pratiquent ainsi pour la plupart, tandis qu'à la campagne où dominent les activités de plein air l'argent de poche est plus limité.

Les résidents sans ressources sont acceptés dans un seul des centres d'hébergement éclaté de notre échantillon, à condition que ce soit une situation provisoire :

"... Un appartement avec bail que l'on prend en charge, tout ou partie, tant qu'il ne peut l'assumer"

Pour un des centres, il s'agit d'accompagner la personne sans ressources tout au long d'un processus qui lui permettra, à terme, de réintégrer le système social "normal" : pour cela l'hôtel lui est payé en urgence pour quelques nuits et en même temps il lui est demandé de trouver une place dans un foyer dont l'adresse lui est fournie, ensuite il devra trouver un meublé, et enfin un appartement, lorsque ses démarches entre temps pour un stage, une formation et un emploi auront abouti; durant tout ce cheminement le centre assume les frais par des subsides en liquide, des bons de transports, des tickets de cantines sociales, des avances (achat de vêtements de travail, d'outils...).

"Il faut leur permettre de tenir les engagements pris... notre principe c'est : si tu te donnes une chance, on fait tout pour que tu la perdes pas..."

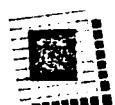


5.432 Les sorties en cours de séjour

Dans les centres ruraux, toutes les sorties des résidents se font accompagner d'un ou deux intervenants; sauf à la fin du séjour où les sorties individuelles commencent à être autorisées. L'un de ces centres pratique même la coupure totale puisqu'aucune sortie, ni visite n'est acceptée pendant toute la durée du séjour (1/4 des résidents poursuit jusqu'à la fin).

Parallèlement, dans la plupart de ces centres, les activités sont obligatoires, ainsi que les entretiens et le choix d'un référent.

Les centres urbains ont d'autres règles : ils demandent que l'on soit présent et/ou de retour à des moments donnés (repas, horaires, le soir...) que les démarches prévues soient effectuées, et des visites ponctuelles faites aux centres d'accueil, pour des entretiens ou des bilans.



5.44 Les activités sport et ateliers

Le sport et les ateliers sont les 2 grands types d'activités présentes dans les centres ruraux, à côté des tâches domestiques et du travail psychologique.

La majorité de ces centres met l'accent sur les activités sportives, "à haute dose", c'est à dire plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement : piscine, football, marche, VTT, boxe, tennis, volley-ball, équitation, voile, selon leurs moyens et les équipements proches; parmi eux la pratique de "sports à risques" : escalade, rafting, spéléo, cherche à ajouter à la remise en forme les sensations fortes apportées par ces sports particuliers.

"Son corps, retrouver le plaisir de se sentir bien, la confiance en son corps..."

"Pour leur offrir un trip aussi fort que la drogue.. leur faire monter le taux d'adrénaline aussi vite qu'elle le faisait!"
(Moniteur escalade).

Les autres centres y consacrent environ une après-midi par semaine, ce qui semble ne pas suffire à leurs résidents :

"J'aurais préféré plus de sport, on en a que 4 heures par semaine, c'est dérisoire... en plus comme l'animateur qui s'en occupe est absent, on en a pas fait depuis 4 semaines..." (Homme, 29 ans).

"Ca manque de sport, c'est la lacune, on ne bouge pas assez..." (Homme, 32 ans).



Quelques centres organisent des journées de plein-air, des randonnées etc... sur le week-end.

Les centres situés en ville, généralement limités par la place, n'ont pas d'équipements propres, sans doute est-ce la raison pour laquelle les activités physiques sont peu importantes dans leurs programmes : ils proposent plutôt la photo, l'aquariophilie... ou bien piscine, musculation, gym etc... à l'extérieur.

Les ateliers sont présents dans la quasi-totalité des centres ruraux de notre échantillon : menuiserie presque partout, basse-cour, jardinage, couture... ce sont des ateliers occupationnels, destinés à un réentraînement à des activités productives, à la rencontre de la réalité, de la nature, etc...

Cependant, quelques centres ont dépassé le stade du "bricolage" des autres : l'atelier menuiserie est quotidien, les produits doivent être d'une qualité suffisante pour être "vendables" ou bien pour figurer dans la maison (meubles, aménagements); même si la productivité est presque nulle, il y a davantage d'exigence sur ce qui est produit et la façon de le produire.



Trois centres (dont 2 en ville) gèrent des ateliers-entreprise, c'est-à-dire travaillant avec des clients extérieurs, des délais, des contrats à respecter : 2 imprimeries, 1 atelier de dépannage électro-ménager, une entreprise de transport-déménagements et de second oeuvre.

Elles représentent des emplois à temps plein ou à mi-temps, et excepté pour l'imprimerie du centre rural, déclarent et salariant leur personnel.

L'atelier de dépannage électro-ménager emploie des sidéens, auxquels il permet de travailler assis, et qu'il conserve même en phase terminale tant que les autres employés sont d'accord.

"Moi, je peux pas aller en chantier, ni en déménagement... on choisit pas, mais ils font en fonction de nous... en ce moment je fraise des petites pièces pour freins de voiture... que des choses assises" (Homme, 26 ans).

Ces entreprises constituent pour les bien-portants, une première étape vers la vie active, elles combinent une partie des contraintes liées à une unité de production avec une compréhension tolérante envers son personnel particulier, sans parler de l'importance d'avoir "un vrai salaire pour un vrai travail".



5.45 Le travail psychologique

Le travail psychologique est présent dans presque tous les centres de notre échantillon, mais sous des formes et à des rythmes différents, en effet :

- * Ce peut être un suivi accompagnant un processus axé davantage sur le ré-entraînement au travail et/ou la remise en forme, le sport : les résidents pourront avoir des entretiens seulement s'ils le demandent ou bien à des fréquences assez lâches, par exemple, tous les 10 jours.
Ce cas de figure se rencontre uniquement dans quelques centres à hébergement collectifs ruraux.
- * Ce peut être un travail placé au même rang que les activités physiques, les ateliers : le travail psychologique est à la fois individuel et collectif, mené par le psychologue du centre, à une fréquence imposée par l'institution :
 - Entretiens une fois par semaine, et parfois en plus "à la demande",
 - "Atelier de parole" réunissant tous les résidents, une fois par semaine.

Cas de figure présent dans une partie des centres à hébergement collectif ruraux.



- * Enfin ce peut être le travail principal demandé aux résidents dans les centres urbains à hébergement collectif et éclaté : entretiens individuels deux fois par semaine avec le psychologue ou le thérapeute (rythme qui se ralentit parfois après le 2ème mois), sur place ou au centre d'accueil pour les résidents en appartements, et ceux dont la structure d'hébergement ferme durant la journée; et parfois "groupe de parole" pour l'ensemble des résidents.

Selon les centres, les résidents des appartements sont suivis, soit par la même personne tout au long de son passage dans les diverses structures "pour instaurer une continuité", soit au contraire par plusieurs membres de l'équipe pour éviter "une personnalisation de la relation" et une dépendance affective.



5.46 La réinsertion administrative et professionnelle

La réinsertion administrative est le premier souci de tous les centres de notre échantillon, et font l'objet des premières démarches :

- * Les dossiers Sécurité Sociale pour la prise en charge des soins importants nécessités par les résidents :
 - Soins dentaires pour la plupart, en post-cure surtout (à partir du 2ème mois de séjour lorsqu'on est à peu près sûr qu'il restera !).
 - Soins médicaux, hospitalisations éventuelles pour les résidents ayant déclaré la maladie VIH, atteints d'hépatite, ou de psychopathologies lourdes...
- * Les demandes de R.M.I. (certains centres sont instructeurs pour le R.M.I.), A.A.H, A.P.I., I. *, etc... qui procurent aux résidents des ressources :
 - servant à participer aux frais de séjour parfois,
 - à constituer un petit pécule en vue de la sortie de la post-cure en hébergement collectif,
 - à pouvoir assumer tout ou partie des frais de logement, de nourriture en entrant dans un appartement.

(*) Revenu Minimum d'Insertion, Allocation Adultes Handicapés, Allocation Parent Isole, Aide Personnalisée au Logement...



Ces démarches sont demandées aux résidents, ou bien on les accompagne dans le but d'une mise à jour nécessaire socialement et économiquement, ainsi que dans un objectif pédagogique et éducatif.

"C'est un travail d'écrivain public!"

La réinsertion professionnelle en revanche est laissée de côté par quelques centres qui considèrent que cela n'entre pas dans leurs attributions.

"On croit de moins en moins à la post-cure comme lieu de réinsertion... c'est un lieu de soin d'écoute, ensuite on l'envoie vers d'autres relais, CHAS, centres d'accueil..."; "nous on ne peut pas tout faire, on est là pour soigner...".

"Les accueillis font ici un travail sur eux-mêmes qui les rendra capables de prendre en charge eux-mêmes leur réinsertion..."

Tandis que les autres la placent au premier rang des objectifs à attendre :

"Les deux derniers mois, on met le paquet sur la réinsertion : recherches d'emploi, stages, etc..."



Ils établissent avec le résident un projet personnel tenant compte :

- * d'une éventuelle compétence antérieure,
- * des goûts de la personne,
- * des possibilités locales,
- * des possibilités du lieu d'origine, puis l'aident à le mettre en oeuvre en l'accompagnant, en le véhiculant, en lui procurant des adresses :

"On fait le taxi!"

De façon à enclencher quelque chose qui prendra le relais de la post-cure collective ou qui permettra l'accès à un logement personnel après les appartements thérapeutiques, stages de formation, avec parfois un diplôme à la clef.

Tel ce jeune -24 ans- parti à l'école d'Angers, pour faire du bûcheronnage acrobatique et qui passera son diplôme en Juin, ou d'autres :

"Il va passer son permis routier"

"Il prépare un BAFA, et là il est interne dans un centre qui dépend de la FOL"

Cet autre -32 ans- en formation en ville, logé en famille d'accueil, a passé le test du centre AFPA pour aller en formation vitrier sur baies vitrées aluminium à Berck.



Recherche de CET, de CES *, de CRE :

"Il est rentré juste avec le R.M.I., sans projet ni rien, il est au travail depuis Décembre, il a passé un bilan psychologique et professionnel.. il a trouvé un emploi à mi-temps à la Mairie..." (A.S. du CCAS de la Mairie de x).

Le logement est un autre volet de cette réinsertion : l'objectif final est évidemment l'accès à un logement personnel avec un bail à son nom, mais la plupart des centres doivent se contenter de solutions intermédiaires :

- * Familles d'accueil,
- * CHRS,
- * Foyers divers,
- * Emplois avec logement,
- * Appartements thérapeutiques,

pour la durée du stage ou pour le nouvel emploi.

Seuls les centres gérant des appartements voient parfois leurs résidents y parvenir lorsqu'ils ont pu se maintenir suffisamment dans leur emploi pour réunir les conditions nécessaires (caution, feuilles de paye, etc...).

(*) Contrat à Durée Déterminée, Contrat Emploi Solidarité, Contrat de Retour à l'emploi.

5.5 Evaluation de l'évolution des résidents

Tous sont d'accord sur un certain nombre de signes :

- * Amélioration physique : l'appétit revient, le sommeil aussi, et le rire,

"Cà faisait 10 ans que je n'avais pas pris 1 kg... j'ai pris 10 kg en 2 mois !" (Homme, 29 ans).

"Au début quand ils arrivent, ils ont froid... je les trouve toujours perchés sur le radiateur !" (Educ. Spé.).

La présentation, l'aspect physique redeviennent un sujet d'attention.

- * S'occupent d'eux-mêmes :

"Amélioration de la tenue de la chambre, affaires pendues, chaussures cirées, cheveux coupés"

- * Intérêt pour les ateliers :

"Au début ils ont du mal à s'y mettre... si je dis rien à midi ils ont toujours pas bougé ! après ça va tout seul... une fois à l'aise dans le groupe, dans la maison..." (Imprimeur).



"Les nouveaux, je dois les envoyer travailler à 9 h moins 5... et puis il y a un moment où ils partent d'eux-mêmes"
(Educ. Spé.).

"J'arrive en retard exprès... et je vois s'ils travaillent tout seuls, ou s'ils sont encore en train de s'habiller!" (Educ. Spé.).

* **Reprise des relations avec la famille :**

"Ils renouent avec les parents, ils leur écrivent..." (Infirmier Psych.).

* **Changements de comportements envers les éducateurs :**

"Ils arrivent à régler avec chaque éducateur les problèmes propres à lui, au lieu de manipuler les uns et les autres"
(Educ.).



Envers les autres résidents :

"Ils se mettent à avoir des gestes : par exemple à prendre en charge la vaisselle d'un gars pour qu'il puisse avoir plus de temps avec sa mère qui vient pour une visite".

- * Evolution psychologique : capacité à verbaliser, ou encore compréhension de sa manière de fonctionner :

"L'exemple de la vaisselle : celui qui ne voulait pas la faire à son tour... ils se sont aperçus qu'ils faisaient comme les enfants : attendre des éducateurs qu'ils décident pour eux, comme des parents..."
(Psychologue).

- * Capacité à envisager la vie à l'extérieur du centre et/ou à élaborer un projet réaliste.

(Y'a-t-il d'autres moyens d'évaluer l'évolution des résidents pendant leur séjour que les signes simples d'une normalité banale : appétit, sommeil, rire, attentions aux autres, intérêt pour les activités proposées ?

Ces signes sont loin des grilles d'évaluation habituelles, ne pourrait-on les y intégrer ?).



VI - LA SORTIE



DEMOSCOPIE

VI LA SORTIE

- 6.1 La sortie est souvent préparée dès l'entrée : la durée du séjour est indiquée d'emblée dans tous les centres, il y a donc une fin prévue, annoncée, et entendue par les résidents qui l'intègrent plus ou moins consciemment :

"Pour moi, je suis ici jusque fin Avril... ça fera 4 mois..." (Femme, 30 ans).

"J'ai envisagé 3-4 mois, jusqu'au printemps... on peut rester 6 mois... je ne sais pas si il y a une limite..." (Homme, 31 ans).

en outre, quelques centres -en particulier ceux avec hébergement éclaté- le manifestent explicitement à leurs résidents :

"Quand ils rentrent on leur parle de leur départ!" (Centre Hébergement Eclaté).

Tous les centres préparent la sortie et préparent leurs résidents à cette échéance, chacun selon ses axes de travail privilégiés.

Les uns mettent l'accent sur le travail psycho-thérapeutique :

"On refuse de travailler réellement sur la réinsertion sociale car on considère que les accueillis font un travail sur eux-mêmes qui les rendra capables de prendre en charge eux-mêmes leur réinsertion..." (.....).



Les autres sur des activités concrètes, d'ordre pratique :

"Il faut tout de suite penser à sortir : le boulot, l'hébergement, le R.M.I., etc..., tout est à déblayer... C'est un exercice de resocialisation". (Directeur Centre hébergement collectif urbain).

"On les tanne pendant tout le contrat pour qu'ils trouvent un logement après..."
(Centre hébergement éclaté).

Parmi les centres d'hébergement collectifs ruraux, quelques uns poussent à la reprise des relations avec la famille :

"On fait beaucoup de travail avec les parents"

Enfin, la majorité des centres utilisent leurs liens avec les centres d'accueil du lieu d'origine du résident -même s'il ne leur a pas été adressé par ce canal- pour lui offrir un éventuel point de chute, en cas de besoin :

"Bien souvent on les réorientent vers les centres d'accueil qui nous les avaient envoyés et ça s'arrête là pour nous"
(Centre d'hébergement collectif).



La sortie proprement dite est programmée dans la majorité des cas à partir d'une "réunion de synthèse" :

"Pour sortir c'est une décision de l'ensemble de l'équipe qui fait le point avec lui pour voir s'il est mûr ou pas..."
(Directeur).

"...Puis je commence à préparer la séparation d'avec l'institution... y'a une progression des sorties, individuelles ou avec la famille... il commence à prendre des contacts avec l'extérieur..."
(Psychologue centre hébergement collectif rural).

avec des exceptions pour ceux qui ont une raison pour partir avant la fin prévue à une date déterminée, embauche, stage, formation...

"On a eu un résident qui avait un projet de théâtre : il a eu un stage qui commençait alors il est parti au bout de 2 mois et demi..." (Hébergement collectif ville).



Ou bien pour ceux qui s'installent dans une dépendance confortable :

"Y'a le risque qu'ils restent dépendants, il faut que nous arrivions à les détacher... ceux qui n'avancent plus parce que on les aide trop... cette fille par exemple : ex-prostituée, toxico, enceinte à présent, qui demande de plus en plus... il va falloir une rupture..." (Centre Hébergement éclaté).

Ou bien pour ceux qui débutent un Sida symptomatique :

"On galère avec les sidéens, tant qu'on n'a pas trouvé de solution... on va vers les centres d'accueil qui les ont envoyés... mais on n'a pas de problèmes avec eux, ils les réaccueillent" (Directeur centre hébergement collectif rural).

Ou arrivent en phase terminale :

"On essaie d'organiser un retour vers la famille, l'hospitalisation... avec l'équipe du centre d'accueil en soutien pour le suivi..." (Centre hébergement).



6.2 Où vont les résidents ?

6.21 **Ils retournent dans leur lieu d'origine** (le centre paie parfois le billet), le plus souvent parce qu'ils y ont du travail : *

"Certains ont un travail qui les attend, un employeur d'accord pour ça... et ils nous disent : j'ai envie de rentrer chez moi... j'ai du boulot qui m'attend..." (Psychologue).

Parfois aussi parce que quelqu'un les y attend (conjoint, enfant et/ou parents...).

6.22 **Ils ont trouvé stage, formation ou travail** sur place ou dans une autre région (certaines formations spécialisées n'existent que dans une ville donnée) : école de bûcheron à Angers, vitre-aluminium à Berck, CREPS à Grenoble, etc...), et un logement provisoire en CHRS, foyers, meublés, petits hôtels, appartements familles d'accueil... etc... (sauf dans les régions touristiques où les emplois comportent nourriture et logement, donc très appréciables pour cette population).

Ensuite, le gros problème reste l'hébergement si l'évolution se poursuit : en effet, tous les centres situés en ville mentionnent le prix élevé des loyers sans rapport avec les salaires auxquels peuvent prétendre la majorité des résidents.

(*) Les Municipalités sont citées comme des anciens employeurs "sympas" qui sont au courant et attendent le retour de cure.



- 6.23 Ou bien ils rechutent et retombent dans les galères d'avant, avec divers recours aux structures du réseau spécialisé; parce qu'ils n'étaient pas vraiment "mûrs" ou trop jeunes :

"J'avais trouvé une place en post-cure au Soleil Levant... après, Paris, rechute, prison, là une psychologue, des entretiens et une post-cure au Trait d'Union... rechute, etc... prison... à Nice... Hôpital, rechute, ré-hôpital, rechute... (Homme, 24 ans).

"A partir de 25-26 ans il y a plus de chances : ils ont épuisé les délices du produit et les ressources du système..."
(Directeur).

"Ceux qui ont 10 ans de défonce et suffisamment de dégoût pour tous les problèmes autour, il y a plus de chances..."
(Psychologue).



Quelques centres ont noté la tendance des sortants à résider un ou deux ans dans la région, puis à retourner finalement dans leur région d'origine :

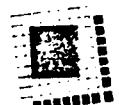
"Ils restent 2 ans sur x avant de repartir là où ils ont leur famille, leurs amis... leur pays quoi ! ... donc c'est pas la peine de se fatiguer à les insérer ici, il faut mieux les réinscrire dans leur région, dans leur famille... c'est aux centres d'accueil de travailler sur le système originel du gars"
(Psychologue).

Il est difficile de parler de l'organisation du suivi, au sens strict de ce terme, en effet il s'agit le plus souvent de contacts ponctuels :

- * Entre l'ancien résident et le centre d'accueil de la région où il réside,
- * Entre l'ancien résident et un membre de l'équipe du centre d'où il sort, et ce le plus souvent par téléphone...

"Il nous téléphonent le plus souvent le soir... quand il sont dans la merde..."

Ces contacts sont souvent irréguliers; c'est presque toujours l'ancien résident qui se manifeste parce qu'il se trouve en difficulté.



6.3 L'après et les évaluations

Le devenir des résidents est une question commune à beaucoup d'acteurs du système spécialisé et/ou sanitaire et social, et chacun cherche quel critère permettra de l'évaluer au plus juste.

- * Pour quelques DDASS, c'est un "indicateur d'efficacité" qui leur fait défaut :

"L'évaluation est difficile, d'autant plus que la clientèle n'est pas du département... eux nous disent qu'ils en suivent 50 %, bien classés après... je les mets pas en doute mais les autres 50 % ?" (Directeur DDASS).

- * Pour certains travailleurs sociaux, c'est l'écart entre la situation actuelle et celle du départ qui constitue l'essentiel :

"On évalue en fonction de sa situation de départ et non selon une norme applicable au français moyen ! ... celui-là 6 mois après il a 5.000 Frs par mois, il cherche un appartement pour le louer seul et son employeur est content, alors ! ..." (A.S. du CCAS de la Mairie).

Pour d'autres, ce sera l'absence de toutes nouvelles :

"Pour nous quand il n'y a pas de retour c'est bon signe !" (Antenne toxicomanie de la prison des Baumettes).



- Pour quelques intervenants, ce sera la sortie du système spécialisé :

"Quand ils ont un travail, une feuille de paye, les assistantes sociales de mairie, de quartier peuvent agir... ils remontent au niveau du système social habituel"
(Comptable centre hébergement éclaté).

- Pour deux des centres de notre échantillon ce n'est pas une préoccupation car ils estiment qu'on ne peut mesurer ainsi leur efficacité :

"On tient pas tellement à savoir ce que ça a donné... on fait ce qu'il faut pour que ça réussisse, faire une intervention qui leur soit une chance..! mais on peut pas tout savoir... et on n'est pas dans une optique de production, de rentabilité..."
(Directeur).

"Leur avenir n'est pas notre préoccupation, au contraire d'autres centres... on les oriente, on les pilote, mais ils font ce qu'ils veulent en sortant... même s'inscrire au chômage c'est un signe de réinsertion..."
(Directeur).

Leurs tutelles respectives évaluent également leur activité sur d'autres critères que le devenir.



- * Les autres centres en revanche seraient tentés d'évaluer le devenir des anciens, mais le problème est de définir des indicateurs fiables, des critères pertinents car ils se trouvent dans la situation paradoxale constituée par le recueil de signes d'autonomie et d'indépendance pour évaluer un travail dont c'est justement la finalité... autrement dit, comment mesurer la qualité de l'apprentissage à voler d'un oiseau une fois parti de sa cage ?

En outre, à l'expérience, les intervenants ont appris que les signes, tout comme l'absence de signes pouvaient être interprétés de façon contradictoire :

"Y'a des départs dans de mauvaises conditions..., coup de tête ou bien viré parce qu'il avait acheté de l'alcool et on a eu ensuite de très bonnes nouvelles..."
(Educ. Spé.).

"Ceux qui nous donnent des nouvelles... 2-3 ans après... ou tout de suite parce qu'ils sont dans la merde... le plus souvent au téléphone" (Psychologue).

"Cette fille de 30 ans avait eu un très bon départ, bien préparé et tout... et on l'a retrouvée 2 jours après morte d'overdose à Nice" (Infirmier).

"C'est impossible de savoir quand un départ est positif ou négatif... on peut le savoir qu'après..." (Educateur).



"Ils n'aiment pas revenir quand ils en sont sortis... c'est moins vrai chez les femmes... on en voit quelques unes..." (Directeur).

"A la fin de ces CDD les jeunes vont le plus souvent ailleurs chez un autre employeur qu'on ne connaît pas... et il est content quand il a trouvé tout seul.. alors on ne sait jamais" (Directeur Hébergement éclaté).

"Et il y a tous ceux dont on n'a pas de nouvelles et qui ont replongé..." (Educateur).

Donc, quelques uns ont abandonné l'idée d'évaluer tout devenir :

"Si les gens réussissent il faut qu'ils tournent la page... on s'en tient à la réinsertion sociale et professionnelle au départ du centre... logement, inscriptions Sécu etc... et un boulot..."

En fait, il y a les "bonnes nouvelles" : un travail, un lien affectif, l'éloignement du produit; et les mauvaises : rechute, prison..., mais seul le temps permet d'y voir clair et d'apprécier la stabilité de l'acquis...

"Il faudrait voir après 4 ou 5 ans..."



Aussi 2 centres collectifs ruraux de notre échantillon ont-ils décidé de faire une recherche sur leurs anciens, grâce au recul apporté par l'ancienneté de leur pratique et un nombre de cas jugés suffisants. Ils ont donc mis en place une procédure d'évaluation systématique du devenir de leurs résidents.

Ces deux centres présentent des caractéristiques ayant peut-être joué favorablement pour ce travail :

- * L'un est extrêmement bien organisé avec une gestion rigoureuse des dossiers des résidents, tenus à jour et enrichis tout au long du séjour.
- * L'autre a établi un important réseau de partenaires pour la réinsertion professionnelle locale des résidents et travaille en relation étroite avec d'autres structures spécialisées du département tant pour le suivi de ses résidents, que pour leur hébergement en attente d'une place.



Tous deux par ailleurs, pratiquent des séjours longs : 4 à 6 mois au cours desquels des liens ont pu s'établir dans le partage quotidien des activités. Ils ont procédé ainsi :

- * Sur 5 années, de 1982 à 1986 pour l'un, de 1985 à 1989 pour l'autre,
- * A partir de questionnaires envoyés aux résidents pour l'un, d'informations obtenues de diverses sources pour l'autre : intéressés eux-mêmes, parents, centres d'accueil et de consultations, etc...
- * Les items retenus dans les 2 cas cherchent à évaluer la situation de la personne par rapport au *produit*, à son état physique, à sa stabilité affective et à sa vie socio-professionnelle.

Le premier y a ajouté une question sur le type d'habitat (personnel, chez les parents, etc...), et l'autre un item sur la situation par rapport à la Justice (problèmes ou pas, sursis, vieilles affaires en cours, affaires en cours, prison).

"Le principal facteur qui a suscité notre étude est l'incapacité d'affirmer objectivement si nos modalités de travail en post-cure permettent l'arrêt d'une pratique d'addiction... ou si elles ne font que la juguler de façon transitoire"
(Rapport d'évaluation du premier centre).



**VII - LES PARTENAIRES
EXTERIEURS DES CENTRES**



DEMOSCOPIE

VII LES PARTENAIRES EXTERIEURS DES CENTRES

7.1 Les liens avec le dispositif spécialisé

7.11 Le réseau des centres de post-cure est constitué principalement, nous l'avons vu plus haut, par un certain nombre de centres d'accueil avec lesquels se sont établies des relations privilégiées; ensuite par des antennes toxicomanies, enfin par quelques autres centres de post-cure avec lesquels les relations sont plus rares car surtout liées à la réorientation d'un résident déçu, ou ne s'adaptant pas à ce qu'offre le centre.

Au-delà de l'énumération des partenaires, il est intéressant de noter les différences dans l'importance des réseaux et dans la fréquence, ainsi que dans le type de contacts, ainsi quelques centres pratiquent des échanges de bons procédés avec d'autres partenaires et se rendent des services mutuels :

- * Cette association d'aide aux détenus (condamnés à des peines légères) à ouvert ses formations aux résidents et les embauche en CES, tandis que le centre visite les détenus-toxicomanes pour leur apporter des soins.
- * Cette post-cure rurale reçoit les toxicomanes que lui envoient quelques centres d'accueil précis et réoriente les sortants vers eux pour un travail de réinsertion sur place.
- * Une autre post-cure dotée d'un foyer et d'appartements reçoit les résidents de ce centre d'accueil avec hébergement d'urgence qui ferme pour le week-end, et réciproquement lorsqu'il a besoin de dépannage.



- * Enfin, cette association d'aide aux parents toxicomanes peut loger ses clients au foyer de cette post-cure tout en continuant leur suivi, tandis que le centre lui adresse ses résidentes enceintes.
- * Un centre d'accueil doté d'un réseau de familles d'accueil prend parfois en charge des "postulants-résidents" de cette post-cure rurale qui attendent qu'une place s'y libère.

Et, à l'inverse, il existe des structures qui refusent la collaboration :

"Ca coinçait avec Diderot... je ne sais pas si c'est une question de personnalité... ils suivent les toxicomanes à condition qu'ils ne soient pas suivis ailleurs... c'est une démarche différente mais complémentaire" (Centre post-cure collectif urbain).
"Quand ils reviennent de post-cure on a le même travail à faire avec eux qu'avant, alors pourquoi les y envoyer ?" (Centre hébergement éclaté urbain).

Toutes ces différences s'expliquent peut-être par cette remarque d'une association-soeur qui collabore étroitement avec une post-cure :

"Les clients ont tendance à jouer sur des failles institutionnelles... ils vont dire à une équipe que ça ne va pas dans l'autre... ça suppose une grande confiance... mais nous on se connaît bien, on se parle !"
(Ass. aides aux parents toxicomanes et à leurs enfants).



- 7.12 Quelques centres ont des relations suivies avec des antennes-toxicomanie, soit en raison de leur vocation initiale d'être un "sas" pour les jeunes sortant de prison, soit parce que leurs caractéristiques conviennent aux besoins.

"Cette post-cure en ville c'est bien pour ceux qui veulent rester dans leur milieu près du produit... démystifier le fait que d'être loin du milieu va résoudre tous les problèmes... et puis on a cette autre post-cure qui offre des activités en plein-air, y'a des débouchés sur place... c'est bon pour ceux qui n'ont pas envie de revenir sur leur région d'origine... plus on a de profils de post-cures différents, plus ça nous intéresse parce qu'on a toutes sortes de toxicomanes..!'" (Antenne toxicomanie de la prison des Baumettes).

"Là c'est petit, proche des gens, plus familial... plus un travail de qualité du fait de la dimension" (Antenne toxicomanie).



"L'antenne-toxicomanie, ça a été monté par les pouvoirs publics sans tenir compte du terrain... nous envoie des gens qu'on n'a pas eu le temps de voir avant... et en fait, ils ne viennent pas!" (Post-cure).

"Tous ces blocages entre le pénitentiaire et le social... pour nous c'est moins facile de travailler avec l'antenne toxicomanie qu'avec x... y'a des liens étroits entre nos travailleurs sociaux et les leurs, donc nos demandes sont facilement acceptées..."
(Directeur Comité Probation).

"J'ai entendu dire que x a un fonctionnement qui voudrait en faire un partenaire incontournable par rapport aux prisons... c'est la bagarre avec l'antenne toxicomanie ?"
(Directeur Comité Probation).



7.2 Les liens avec le dispositif sanitaire et social général

7.21 Les liens établis avec le dispositif sanitaire dépendent de l'état de santé des résidents reçus, ainsi que des axes de travail privilégiés dans ces centres.

Ainsi parmi les centres n'acceptant que des bien-portants (y compris séropositivité asymptomatique), ceux qui travaillent sur la remise en forme et la réinsertion sociale auront des relations avec des médecins généralistes, quelques dentistes et quelques spécialistes (gynécologues par exemple); tandis que ceux axés sur le travail psychothérapeutique consulteront en plus parfois des psychiatres pour les résidents ou leur propre supervision.

Quant aux centres acceptant des malades (Sida déclaré, psychopathologies lourdes, hépatites...) et/ou des personnes non sevrées, ils ont des liens permanents avec les services d'infectiologie des hôpitaux généralistes et avec les services spécialisés des hôpitaux psychiatriques.

"On fait faire des tests tous les 3 mois aux séropositifs non malades..." (Post-cure hébergement collectif rural).

"On travaille avec le CHRU et le CHS, tous les jours... puisqu'on suit les cures, à 2 visites par jour..." (Post-cure hébergement éclaté).

"On dispose d'un lit par semaine à l'hôpital général, à condition qu'on cautionne la personne" (Post-cure hébergement collectif urbain).

Autre facteur de relation, les centres dont certains intervenants assurent des consultations dans les hôpitaux.

7.22 Tous les centres visités ont des liens avec le dispositif social



7.22

Tous les centres visités ont des liens avec le dispositif social

Le minimum consiste, nous l'avons vu, dans la régularisation des dossiers de la Sécurité Sociale, et dans l'obtention des diverses aides auxquelles les résidents peuvent prétendre : donc relations avec les Caisse Primaires d'Assurance Maladie, les CCAS *, etc...

"On a de très bonnes relations avec la Sécurité Sociale : on a quelqu'un qui vient ici deux fois par mois 2-3 heures pour nous régler tous nos dossiers !" (Post-cure hébergement collectif urbain).

"L'expérience et les bonnes relations accélèrent beaucoup les procédures : nos dossiers de R.M.I. sont traités maintenant en 1 mois..." (Post-cure hébergement collectif rural).

Ensuite l'importance du réseau, la fréquence des contacts dépendent des axes de travail choisis par les centres et de leur situation géographique : le travail sur la réinsertion sociale et professionnelle générera davantage de partenariat que la psychanalyse, tandis que le milieu urbain offre plus de possibilités que "la France profonde".

Ensuite, c'est par le jeu des connaissances, des relations personnelles, des participations aux Conseils d'Administration les uns des autres, etc... que s'établissent des liens durables avec la Mission locale, les Entreprises Intermédiaires, la Direction Départementale du Travail, l'Office de Gestion des HLM, le Comité de Probation, etc...

"Je travaille ici depuis 20 ans alors..."
(Directeur Centre hébergement collectif urbain).

(*) Comités Communaux d'Action Sociale.

7.3 Les relations avec les DDASS

7.31 Sur l'ensemble de notre échantillon les relations entre les postures et les DDASS sont plutôt bonnes.

Les DDASS apprécient ou critiquent les points suivants relatifs aux seuls centres qu'elles connaissent n'ayant aucune réelle possibilité de comparer entre régions;

En positif :

- * Constat de bons résultats en terme d'insertion professionnelle, avec une appréciation chiffrée :

"80 % des jeunes ont un emploi à la sortie" (Médecin Inspecteur).

- * Type de travail jugé adapté à la population reçue, et prenant en compte les familles.
- * Evolution du projet initial vers la réinsertion sociale et professionnelle.
- * Coût très faible d'un dispositif particulier permettant l'accueil de cas difficiles et l'intégration sociale en utilisant l'existant sans avoir de structure d'hébergement collectif propre.

"Ils s'occupent d'environ 70 personnes avec un budget d'un million 5".

- * Un recrutement de résidents bien fait.



En négatif :

- * Plusieurs mentions de mauvaise tenue des dossiers : incomplets et/ou manquant de précision (sur profil des résidents en particulier, sur suivi médical).

"Qui sont les résidents ? ce n'est pas noté clairement dans les dossiers... ils ne remplissent les questionnaires qu'au début, lors du premier entretien, puis oublient ensuite de les compléter"
(Médecin Inspecteur).
- * Manque d'éléments permettant d'apprécier l'activité des centres : par exemple, pas de rapport d'activité, comptabilité embrouillée et non disponible, imprécision sur la durée du séjour, et le nombre de résidents reçus...
- * Absence aux réunions où les divers professionnels du secteur échangent leurs expériences...
- * Mauvaise réponse aux besoins locaux.
- * Beaucoup de centres avec des problèmes de recrutement : personnel sous-diplômé, diplômes inadéquats...



7.32

D'autre part, il est intéressant de noter que la moitié des centres visité partagent avec leur DDASS respective, la même perception de leur relation mutuelle, bonne ou moins bonne, tandis que l'autre moitié montre des décalages parfois importants entre les visions qu'ils ont les uns des autres :

- * Ainsi le centre d'hébergement éclaté se sent tout-à-fait incompris dans ses difficultés, tandis que sa DDASS estime qu'il ne répond pas aux besoins locaux, et lui reproche de recevoir en appartement des personnes déjà bien insérées au lieu de profils fragiles.

Ce centre estime à l'inverse traiter en appartement des individus qui relèveraient plutôt de la post-cure !.

"Les gens qu'on reçoit c'est exactement les mêmes que ceux en post-cure... donc le travail qu'on fait, c'est le même, sans les moyens... derrière le "vernis" de la demande d'insertion, il y a le même problème par rapport à la toxicomanie... on ne parle plus que de ça au bout d'un mois... et ça le Ministère n'en a pas conscience..." (Directeur).

"...des soins de luxe à des gens quasiment sortis d'affaire... il faut s'adresser à une population, plus difficile... juste après le sevrage, mais paumés... coupés de leur produit mais pas de leur milieu... avec un soutien de l'équipe..." (Médecin Inspecteur).



- * Ce centre d'hébergement collectif estime avoir de bonnes relations avec la DDASS, tandis que celle-ci aligne un nombre impressionnant de reproches à son encontre : de la comptabilité embrouillée à l'absence de critères d'admission, du manque de thérapie familiale aux dossiers médicaux incomplets, sans oublier le mode de travail utilisé :

"On ne s'intéresse qu'au jeune, et quand il ressort on ne fait aucun cas du milieu dans lequel il retourne... les ateliers sont plus tournés vers l'occupation... ils sont sur eux-mêmes, à la campagne, et il y a un grand fossé quand ils ressortent..."
(DDASS).

- * Cet autre centre à l'inverse, fait état de "relations difficiles" avec sa DDASS, du "peu d'écoute" de ses problèmes, alors que celle-ci semble en avoir une image très positive :

"Par exemple : je n'ai jamais eu la circulaire budgétaire, je les ai par les collègues des départements autour du nôtre..." (Directeur).

"C'est bien conçu, bien installé... une équipe bien structurée... le rapport d'activité de 90 est correct" (DDASS).



- * Enfin, ces trois centres critiquent vivement leurs DDASS respectives sur les points suivants :
 - des Directeurs âgés manquant de dynamisme,
 - création de dispositifs nouveaux sans concertation avec les gens de terrain,
 - lenteur et complications avant de trouver un temps et un interlocuteur compétent pour un problème de budget.

Lesquelles DDASS semblent extrêmement satisfaites du travail effectué, des résultats obtenus et de la capacité de ces centres à répondre aux problèmes nouveaux.

- 7.33 Il faut noter aussi la grande disparité des fréquences des rencontres entre les centres et les DDASS : de une fois par mois à une fois par an !
Il n'y a pas de relation absolue entre cette fréquence et la qualité des relations ou des appréciations, car nous trouvons parmi les moins assidus, des centres ayant d'excellentes relations mutuelles avec leur DDASS, aussi bien que l'inverse.

Au final, la communication entre les centres et leur DDASS pourrait sans doute être améliorée; il semble en particulier que les centres ne perçoivent pas toujours quels éléments ils pourraient apporter à la tutelle pour qu'elle puisse se représenter plus exactement le travail réalisé, les problèmes rencontrés et évaluer les demandes faites.



ANNEXES



DEMOSCOPIE

GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTEURS

Présentation de l'étude d'évaluation des centres de soins pour toxicomanes avec hébergement. Bref rappel de la méthode :

A - L'ENTREE DANS LE CENTRE DES PERSONNES ACCUEILLIES

A1. Modalités d'admission, durée (courrier, entretiens téléphoniques, rencontre, séjour de pré-admission, faire décrire le processus actuel).

A2. Qui envoie ?

- Schémas habituels
- Schémas exceptionnels

A3. L'analyse du processus d'admission (en Centre d'hébergement collectif et en appartements).

Seront abordés les différents facteurs entrant dans la décision (par exemple : les motivations perçues du demandeur :

- . La composition du groupe des résidents présents au Centre à ce moment-là.
- . Le fait de connaître déjà le demandeur ou la personne qui l'envoie;
- . L'urgence perçue dans la demande, l'adéquation avec les activités et le mode de prise en charge du Centre, etc...

Autres thèmes à aborder :

La philosophie du Centre concernant les réadmissions, et (*) l'existence ou non d'un contrat entre le centre et le futur résident - sous quelle forme ?

L'admission de parents avec enfants, de couples ?

La gestion des listes d'attente.

Eventuellement l'orientation des demandeurs non admis vers d'autres centres. Cette orientation fait-elle partie du projet du Centre ?

(*) En cas d'exclusion, les conséquences sur la réadmission.



B - ACTIVITES ET OBJECTIFS

B1. Nombre de lits en centre d'hébergement collectif.

- * Hébergement du personnel sur place ou non, problèmes spécifiques.
- * Intérêt ou non des chambres individuelles sur le bénéfice du séjour pour le résident.

Nombre d'appartements en hébergement éclaté.

- * Problèmes de voisinage, de surveillance, de récupération des locaux ?

B2. Taux d'occupation.

- * Analyse des fluctuations, raisons ?
- * Existence de capacité d'hébergement d'urgence ? arrive-t-on à la maintenir ?

B3. Projets du centre (document écrit existant ?).

- * Histoire du centre et évolution du projet d'origine par rapport aux objectifs de départ (motivations sous-jacentes).
Changement de statut juridique ?
Incidences sur activités.
Priorités actuelles ? Objectifs visés ?

B4. Les activités (modalités)

- * Mode de fonctionnement spécifique du centre pour chacune de ces prises en charge :

- Suivi psychothérapeutique.

- Prise en charge sanitaire et sociale.

(Y a-t-il dans la région des accords spécifiques pour la couverture sociale des toxicomanes résidents ?)

Comment le centre subvient-il aux frais de santé des résidents sans couverture sociale ?
Délais de remboursement.

- Influence du VIH sur l'activité du centre ?

Quelles sont les modalités de prévention utilisées à l'intérieur du Centre (par ex. : règles d'hygiène), et à l'extérieur du Centre (quelles consignes ?).

- En termes de sexualité (ce qui est toléré et ce qui ne l'est pas. A quel moment les intervenants décident-ils de fermer les yeux...).

- Réentraînement au travail.

Existence ou non d'atelier de réentraînement au travail; comment s'inscrit-il dans l'activité du centre ?

- Loisirs, sports (types et organisation).

- Occupations collectives.

- Existence ou non d'un suivi post-post-cure; selon quelles modalités ? (Existence ou non d'un réseau de familles d'accueil, d'entreprises proposant des stages, etc...). Ce suivi fait-il ou non partie du projet du Centre ?

Quels sont les liens conservés avec les anciens résidents ?

Comment le Centre gère-t-il ce suivi s'il existe ?



C - SEJOUR DU RESIDENT

- C1. Durée du séjour moyen d'un résident ?**
- C2. Description de la Journée-type d'un résident (existence ou non d'un planning hebdomadaire, si oui, sous quelle forme ?)**
- C3. Evolutions constatées des résidents pendant le séjour (moyens d'évaluation).**
- C4. La sortie :**
Les critères de sortie et la préparation de la sortie (en particulier pour les appartements thérapeutiques).
Donne-t-on des médicaments ? des consignes ?
- C5. Problèmes rencontrés :**
Exemple : Maladies.
La prise de médicaments est-elle autorisée ou non, par injection ou non ? (cas de diabétiques par exemple).

Exemple : Exclusions.
Leurs conséquences sur le taux d'occupation du Centre.

Exemple : Fermeture du Centre pour les vacances.
Conséquences sur les séjours des résidents et les admissions.

D - LES MOYENS

D1. Matériels : Bâtiments, espace.

D2. Financiers :

- * Situation financière.
- * Incidence des problèmes budgétaires sur les activités et le fonctionnement.
- * Sources de financement complémentaires.
- * Participation éventuelle des résidents aux frais.

D3. Humains :

- * Composition professionnelle de l'équipe.
- * Statut, âge, adéquation statut/diplôme.
- * Qui fait quoi exactement dans l'équipe (tâches spécialisées ou polyvalence ?)
- * Taux d'encadrement.
- * Rotation du personnel.
- * Problèmes rencontrés.

E - L'INSERTION DU CENTRE DANS UN RESEAU

- E1. Relations avec les autres institutions du dispositif spécialisé. Historique, évolution constatée, attentes.**
- E2. Relations avec le dispositif général de soins : médecins de ville, hôpitaux.**
- E3. Relations avec le réseau social CHRS, organismes de formations, ANPE ?**
- E4. Evolutions récentes.**
- E5. Noms et numéros de téléphone des personnes pouvant être contactées par téléphone parmi le réseau de correspondants habituels.**
- E6. Relation avec la tutelle (DDASS).**

F - ADEQUATION GEOGRAPHIQUE

- F1. Origine de la population hébergée ?**
 - * **Implantation actuelle; est-elle adaptée au public accueilli ? (rural/urbain)**

G - BILAN

- G1. Besoins au niveau local/régional.**
- G2. Relations avec la tutelle, avec les autres acteurs du dispositif.**
- G3. Dysfonctionnements perçus.**
- G4. Attentes et suggestions.**
- G5. Bilan des actions menées auprès des résidents (auto-évaluation).**

GUIDE D'ENTRETIEN INTERVENANTS

PROFIL DE L'INTERVENANT

- * Pourriez-vous m'expliquer quel a été votre parcours (études, expériences...) avant de travailler dans le centre ?
- * Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?
- * Quelles sont vos fonctions ? ont-elles évolué depuis que vous êtes ici ? dans quel sens ?

REALITE DU TRAVAIL QUOTIDIEN : "LA JOURNÉE TYPE"

- * Pourriez-vous me décrire le déroulement d'une journée dans le centre ?
 - Y-a-t-il un emploi du temps précis ? lequel ? et le week-end ?
 - Quels sont les rôles de chacun ?
 - Nature des activités proposées ? sont-elles libres ou imposées ? Comment est-ce vécu ?
 - Y-a-t-il eu des évolutions depuis que vous travaillez ici ? lesquelles ?
- * Comment décririez-vous l'ambiance ?
 - Entre les résidents ?
 - Entre les membres de l'équipe d'intervenants ?
 - Entre ces deux populations ?
 - Avec les partenaires locaux ?

LES BESOINS PERCUS

- * Quelles sont les principales évolutions constatées dans le traitement de la toxicomanie ? (évolution des demandes, développement du sida...).
- * Ces évolutions engendrent-elles des modifications dans le centre ? dans votre travail ?
- * Est-ce que ça pose des problèmes/dysfonctionnement ? lesquels ?
- * Que faudrait-il faire pour y remédier ?



GUIDE D'ENTRETIEN RESIDENTS

LE VECU QUOTIDIEN

- * J'aimerai que vous me parliez de votre vie ici : comment ça se passe ? qu'est-ce qui est bien et qu'est-ce qui ne va pas ? ce que vous aimerez changer ? pourquoi ?...
 - Dans le domaine des activités
 - Dans le "règlement" ou l'emploi du temps
 - Dans la répartition des tâches,
 - Dans les relations.
- * Finalement, qu'est-ce qui est le plus satisfaisant et qu'est-ce qui est le plus décevant/insatisfaisant ?

CIRCUIT ANTERIEUR A L'ENTREE DANS LE CENTRE

- * Pourriez-vous me raconter quelles sont les différentes étapes que vous avez vécues/parcourues avant votre entrée dans le centre ? (à qui s'est-on adressé ? résultats ?...).
- * Est-ce votre premier séjour dans un centre de Post-cure ? si non, combien d'autres séjours avez-vous fait avant ? de quelle durée ? il y a combien de temps ? où ? comment ça c'est passé ?
- * Quelles démarches avez-vous effectuées pour entrer dans ce centre ? comment ça c'est passé ?

PROJETS APRES LA SORTIE DU CENTRE

- * Depuis combien de temps séjournez-vous ici ? et a priori pour combien de temps encore ? ça dépend de quoi ?
- * Qu'envisagez-vous de faire à la sortie du centre ?
 - retour ville d'origine ? famille ?
 - projets études ? emploi ? -> quels projets ? quelles démarches réalisées jusqu'ici pour réaliser ce projet ? résultats ?

Si aucun projet : qu'aimeriez-vous faire ? Comment pensez-vous vous y prendre ? quels obstacles se posent ? que faudrait-il pour vous aider ?...

