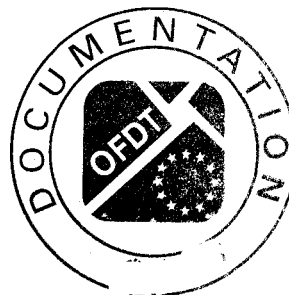


ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES



CAFDES – 2002

IRTS – Nord / Pas-De-Calais

Option : Personnes en difficulté sociale

Rattacher un Chantier Ecole à une post-cure :

Un outil adapté à la réinsertion sociale des toxicomanes

Richard BRICHET

INTRODUCTION

p 5

1^{ère} PARTIE

USAGE DE DROGUES ET DEPENDANCE, HISTOIRE D'UN ETABLISSEMENT SPECIALISE

Chapitre 1 – Un dispositif de soins exceptionnel, pour un public particulier p 7

- 1-1 **La prise de drogue, une histoire vieille comme l'humanité** p 7
 - 1-1-1 Devenue fléau social p 9
- 1-2 **Le toxicomane, un consommateur aux mille visages** p 10
 - 1-2-1 Une population qui reste mal définie p 10
 - 1-2-2 La dépendance comme frontière entre l'usage et la toxicomanie p 11
- 1-3 **Les dispositifs de soins et d'insertion pour toxicomanes en France** p 14
 - 1-3-1 La loi de 1970 et le cadre légal de prise en charge des toxicomanes p 14
 - 1-3-2 La prise en charge sanitaire actuelle des usagers de drogues illicites p 17

Chapitre 2 - Le centre *la maison* un établissement en évolution p 19

- 2-1 **L'AEP, une association gestionnaire de club de prévention** p 19
 - 2-1-1 Une histoire, une organisation p 19
 - 2-1-2 Des travailleurs sociaux confrontés à la toxicomanie p 20
- 2-2 **Un centre de transition pour jeunes toxicomanes Roubaisiens** p 21
 - 2-2-1 Un projet en phase avec les besoins de l'époque p 21
 - 2-2-2 *La maison*, un établissement à la campagne p 22
- 2-3 **Les résidents du centre** p 23
 - 2-3-1 Des jeunes des 'quartiers' à orienter p 23
 - 2-3-2 Une évolution progressive p 23

Chapitre 3 – <u>Un établissement en évolution</u>	p 25
3-1 Du centre de transition au centre thérapeutique résidentiel spécialisé	p 25
3-1-1 De la demande associative à la volonté de l'état	p 25
3-1-2 Un important tournant pour la structure	p 26
3-1-3 L'arrivée d'un directeur pour dynamiser et organiser le changement	p 27
3-1-4 Novembre 1999, un nouveau président, un nouveau directeur associatif	p 29
<u>Conclusion de la première partie</u>	p 29

2^{ème} PARTIE

UN ETABLISSEMENT SOCIAL POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Chapitre 1 – <u>Assoir l'établissement sur des bases solides</u>	p 31
1-1 Un centre à transformer en établissement	p 31
1-1-1 Une équipe indifférenciée	p 31
1-1-2 Un équipement hôtelier en voie de dégradation	p 32
1-1-3 Une dotation globale calculée au plus juste	p 33
1-1-4 Un établissement isolé sur son territoire	p 34
1-2 Mettre en place les conditions d'une prise en charge globale	p 35
1-2-1 Réécrire le projet d'établissement	p 35
1-2-2 Organiser et différencier l'équipe	p 37
1-2-3 Inscrire le centre sur son territoire	p 40
1-2-4 Organiser le droit d'expression des usagers	p 41
Chapitre 2 – <u>L'insertion par l'activité</u>	p 44
2-3 Analyse du dispositif	p 44
2-3-1 Définir le mot insertion pour l'établissement	p 44
2-3-2 Analyser le champ de l'insertion par l'activité économique	p 46

2-3-3 Le chantier école, un outil d'insertion adapté	p 48
Chapitre 3 – <u>La marginalisation sociale de l'utilisateur de drogues</u>	p 50
3-1 Toxicomanie et désinsertion	p 50
3-1-1 Une réalité brutale	p 50
3-1-2 Une situation fort complexe qu'il faut reconnaître	p 52
3-1-3 Le mythe du toxicomane isolé et désocialisé	p 54
<u>Conclusion de la deuxième partie</u>	p 55

3^{ème} PARTIE

LE CHANTIER ECOLE UNE AIDE A L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES TOXICOMANES

Chapitre 1 – <u>intégrer l'ancien exclu toxicomane dans la société</u>	p 56
1-1 Lutter contre la désaffiliation, une éthique de direction	p 56
1-1-1 L'établissement et l'action sociale	p 56
1-1-2 La citoyenneté au cœur du projet	p 57
Chapitre 2 – <u>Mettre en place les conditions de retour vers l'emploi</u>	p 58
2-1 Le projet chantier école, ultime étape du soin	p 58
2-1-1 Présentation du projet	p 58
2-1-2 Un public diversifié	p 59
2-1-3 Recrutement et sélection	p 60
2-1-4 L'accompagnement des personnes	p 62
2-1-5 Un travail consistant et utile	p 63

Chapitre 3 – <u>Les moyens de l'intervention</u>	p 64
3-1 Des hommes pour un projet	p 64
3-1-1 L'éducateur spécialisé, au cœur du projet	p 64
3-1-2 Etablissement et chantier, deux entités pour une seule direction	p 65
3-1-3 Les bénéficiaires du chantier, le contrat emploi solidarité	p 65
3-2 Le montage financier	p 67
3-3 Le partenariat	p 68
Chapitre 4 – <u>Communiquer et évaluer l'action</u>	p 69
4-1 La communication, vecteur de la relation	p 69
4-1-1 A son niveau interne, administrateurs et établissement	p 69
4-1-2 Le contexte de l'évaluation	p 71
4-1-3 Pour aller plus loin dans la communication	p 73
Conclusion de la troisième partie	p 74
 <u>CONCLUSION GENERALE</u>	 p75
<hr/>	
<u>Bibliographie</u>	p 78

INTRODUCTION

Depuis la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, le phénomène de la toxicomanie s'est profondément modifié. D'aventurier à la recherche de modes de vie alternatifs en révolte contre l'autorité du père, l'usager de drogue est devenu au fil des décennies un délinquant, puis un malade délinquant, pour rejoindre actuellement la vaste cohorte de l'exclusion, en gardant toutefois sa spécificité péjorative.

L'arrivée massive en France des traitements de substitution, l'évolution du concept de la toxicomanie à celui d'addiction incluant l'ensemble des produits psycho actifs que ceux ci soient licites ou illicites et la modification du paysage économique, ont contribué à ce changement.

En 1998, la note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998, relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes enjoint les centres de soins à assouplir leurs conditions d'accès et de séjour notamment vis à vis des projets incluant une prise en charge médicamenteuse ou de substitution. La note demande à ce que se soit la post cure qui s'adapte à la personne et non l'inverse particulièrement en prenant en compte les aspects sanitaires et sociaux et non plus seulement les aspects éducatifs et psychologiques. Enfin, elle précise que la post cure doit être l'occasion pour la personne reçue de ' s'engager dans une dynamique d'insertion'.

La même année, la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions met en évidence l'importance pour un établissement de soins, de veiller à la continuité des soins en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette occasion est réaffirmée la notion de 'réseau' et 'd'approche globale' dans la prise en charge des personnes en situation d'exclusion et de précarité¹.

¹ Loi n° 98-657, du 29 juillet 1998, dans son article 73.

Le centre d'hébergement spécialisé de Wignehies dont je suis le directeur depuis septembre 1997, a élaboré dans l'année 1998, un projet thérapeutique qui répond aux demandes du législateur et aux principes qu'il énonce dans le décret n° 92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres de soins spécialisés aux toxicomanes : prise en charge médicale, psychologique et prise en charge sociale et éducative incluant l'aide à l'insertion ou la réinsertion.

Cependant, introduire la notion d'insertion dans un établissement de soins recevant un public très déstructuré, n'est pas une action qui va d'emblée de soi. S'il est nécessaire au préalable, de mettre en place les conditions du soin, il faut aussi se poser la question de la pertinence de l'outil d'insertion susceptible d'être mis en place, et de la notion même d'insertion par rapport au public reçu.

Le concept de santé publique englobe à la fois les réponses sanitaires à la souffrance individuelle, psychique et / ou mentale, et les interventions sociales fondées aussi bien sur la prévention que sur les actions d'insertion². En effet, les publics en situation précaire que nous recevons au sein de l'établissement nécessitent une prise en charge à la fois sanitaire et sociale, et les actions de santé mises en œuvre doivent articuler le soin et l'insertion.

C'est ce principe qui m'anime tout au long de ma direction d'établissement.

Je vais donc traiter dans ce mémoire du projet de rattachement d'une action d'utilité sociale à un établissement de soins avec hébergement pour personnes toxicomanes. L'outil en question est un chantier école. Ce chantier est né d'une volonté d'inscription partenariale. Il s'agissait en effet pour l'établissement que je dirige, de s'ouvrir d'abord à son territoire afin de se positionner ensuite comme créateur d'un outil d'insertion pour le territoire et pour le public reçu par l'établissement.

Dans la première partie, je présenterai à la fois le public reçu, ses particularités, son originalité, et les mesures législatives prises pour sa prise en charge. Puis, je m'attacherai à décrire le centre dont j'ai la direction, à travers son histoire et son évolution.

² Cité par Marcel JAEGER, dans l'articulation du sanitaire et du social, DUNOD, PARIS, 2000, en conclusion.

Dans la seconde partie, après une analyse critique de l'établissement et une description de sa nécessaire redéfinition, j'apporterai une réflexion sur le programme de lutte contre les exclusions et sa pertinence par rapport aux toxicomanes. Enfin je tenterai d'amener des éléments de réflexion sur la marginalisation sociale des usagers de drogues.

La troisième partie sera consacrée aux modalités pratiques de mise en place d'un chantier école rattaché à l'établissement. Cette action inscrit l'établissement dans la dynamique de son territoire, tout en lui permettant d'apporter une action valorisante pour l'environnement. Elle permet également, par sa mixité, de lutter contre les représentations sociales négatives liées à l'image de marginalité du toxicomane. Enfin, elle permet à certains usagers du centre de se retrouver après un parcours de soins, dans la réalité d'un parcours d'insertion.

PREMIERE PARTIE

USAGE DE DROGUES ET DEPENDANCE, HISTOIRE D'UN ETABLISSEMENT SPECIALISE

CHAPITRE 1 - Un dispositif de soins exceptionnel, pour un public particulier

1-1 La prise de drogue, une histoire vieille comme l'humanité

Les premières drogues sont apparues chez les plantes au cours de l'évolution des règnes animaux et végétaux. Moyens de défenses chimiques pour se protéger des prédateurs, ces substances absorbées accidentellement par des hommes, étaient capables de produire, à doses infimes, d'importantes modifications psychiques.

Les sociétés de chasseurs-cueilleurs, sans doute les plus anciennes de la planète, utilisèrent alors ces états de conscience altérés pour entrer en communication avec leurs innombrables dieux et accéder à la 'vérité révélée'.

Les notions de fêtes, de magie, de religion et de médecine n'étaient pas dissociées. La plus ancienne des fusions entre ces dimensions, le chamanisme, se servait de l'extase

obtenue à partir de l'ingestion d'une drogue pour jeter un pont entre l'ordinaire et l'extraordinaire, dans un but divinatoire, cérémoniel ou thérapeutique.

Le pavot est mentionné dans les tablettes Sumériennes du III millénaire. Les Egyptiens recommandent l'emploi de l'opium en tant que sédatif et Homère dit de lui qu'il *éloigne toutes les peines*.

Le chanvre vient de Chine. Connu et utilisé depuis le IV millénaire avant notre ère, il *soulage le corps, permet de communiquer avec les esprits mais son utilisation prolongée fait voir des monstres*.³

³ Cité par Antonio Escohotado, dans *histoire élémentaire des drogues*, page 18.

L'utilisation de solanacées, telles que la belladone, la datura, la jusquiame et la mandragore était fréquente en Europe et associée au métier de sorcier.

Le continent Américain connaît des dizaines de plantes visionnaires.

L'utilisation de stimulants purs tels la caféine ou la cocaïne ne remonte à la nuit des temps. Bétel en Inde, Kat en Somalie, noix de cola en Afrique occidentale, ces drogues procurent une poussée d'énergie qui permet de manger moins et de travailler plus.

Les plantes productrices d'alcool sont en nombre illimité. Une tablette cunéiforme datant de 2200 ans avant JC recommande la bière en tant que stimulant. Le code d'Hammourabi (XVIII siècle avant notre ère), protège le buveur de vin de palme et de bière. L'ancien testament contient d'innombrables références au vin.

L'ivresse donc est une expérience tantôt religieuse, tantôt hédoniste, que l'homme recherche depuis l'antiquité avec différentes substances psycho actives.

Ainsi le traité de l'opium paru en 1700 écrit que : *il rend les rêves agréables, libère de la peur, de la faim et de la douleur et garantit à celui qui le consomme tranquillité d'âme, présence d'esprit, rapidité et succès dans les affaires, assurance, splendeur, maîtrise de soi, cordialité, force, satisfaction, paix de la conscience et impartialité..* ;⁴

1-1-1 Devenue fléau social

Epiphénomène évoqué sur le mode de l'exceptionnel avant les événements de mai 1968, le terme de fléau social est employé à partir de 1970, avec notamment la mise en place de la loi du 31 décembre 1970 qui constitue, encore aujourd'hui, le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre la drogue.

A l'époque, la prise de drogue s'associe à un esprit de contestation de la société en vigueur et à la recherche de modes de vie alternatifs. Cette consommation intéresse de plus, massivement la jeunesse. Elle représente dans l'imaginaire la dissidence d'une génération vis à vis de valeurs traditionnelles jugées obsolètes. La prise de toxiques est donc associée à une mystique et une politique. Le drogué de plus, utilise un produit

⁴ Cité par le même auteur, page 85.

interdit. Il se met donc, de par sa consommation, hors la loi. Celle ci doit traiter ensemble ces deux phénomènes. L'usage du produit crée en effet un double problème : un problème sanitaire, car le produit est toxique et rend extrêmement dépendant et un problème judiciaire, car l'usage du produit est interdit par la loi. Le consommateur est alors placé devant une nécessaire double prise en charge, celle de la loi et celle du soin. Cette situation ne facilitera pas les prises en charge.

De plus, le phénomène de prise de toxiques par une population jeune est un fait entièrement nouveau, et les études, l'expérience, manquent pour comprendre et faire face de façon pragmatique.

Le toxicomane est considéré comme un individu dangereux. Marginalisé et se marginalisant lui même à travers sa dépendance, victime d'une représentation sociale particulièrement négative, il réclame par son attitude une prise en charge spéciale.

Ces facteurs ont contribué à l'émergence du dispositif spécialisé. Le secteur sanitaire traditionnel s'étant montré réticent à accueillir les usagers de drogues perçus comme des malades 'différents'. Les individualités prêtes à s'investir sur la question de la toxicomanie, ont donc été d'abord des psychologues et psychiatres eux mêmes critiques à l'égard des institutions. C'est en 1971 que Claude Olievenstein crée le centre Marmottan. Le dispositif, à partir de cette date, s'oriente vers la spécialisation. Les établissements sanitaires traditionnels préférant orienter les usagers de drogues sur ces structures nouvellement créés.

L'importance du secteur associatif dans le dispositif sanitaire et social français de lutte contre la toxicomanie sera et reste encore aujourd'hui prépondérant.

1-2 Le toxicomane, un consommateur aux mille visages.

1-2-1 Une population qui reste mal définie.

La mesure du phénomène 'toxicomanie' est un exercice difficile. Les analyses disponibles sont rares, et il est aléatoire de chercher à mesurer la vie d'un toxicomane tant les sources d'informations sont éparpillées et se contredisent. La plupart des données administratives sont postérieures à 1980 et beaucoup d'archives ont été détruites.

Le développement des consommations a suivi une logique différente selon les lieux. Des villes comme Metz, Bordeaux, Marseille ont connu des évolutions proches de celle de Paris, tandis que d'autres cités ont connu un développement plus tardif. C'est le cas

par exemple de Lille. On peut cependant distinguer 3 époques : 1970 / 1975 ; 1975 / 1985 ; 1985 / 2000, cette dernière époque voyant exploser le phénomène de la poly toxicomanie et un changement important dans la consommation : d'une part un usage sans cesse grandissant de stimulants de type cocaïne et crack, d'autre part une utilisation de nouvelles substances de type ecstasy, enfin une banalisation de l'usage du cannabis.

L'image sociale du toxicomane est sans cesse en cours de mutation. Nous sommes passés de l'image de l'aventurier à la recherche de modes de vie alternatifs, à l'inactif disqualifié à la recherche de défonce. Actuellement, le toxicomane tend à apparaître comme un grand exclu et la représentation qu'il projette est fortement péjorative. Cependant le mot 'toxicomane' est à ce point mal cerné et statique, qu'il ne possède pas l'opérationnalité nécessaire pour rendre compte de la réalité des situations et par là, de la mise en œuvre de programmes de soins et de prévention plus adaptés.

C'est cette imprécision qui fait dire à des personnalités comme Jean Bergeret, que 'le toxicomane 'n'existe pas'⁵. Pour ces auteurs⁶, en effet, la toxicomanie est un mythe. Ce qui est important, ce n'est pas le symptôme mais les causes qui ont engendrées le symptôme : causes sociales, économiques mais aussi et surtout, causes à rechercher dans l'individualité de chaque sujet.

Pour moi, le toxicomane représente un individu avant tout désaffilié, en crise, à un moment particulier de son histoire. C'est une personne qui ne peut, pour des raisons liées à différents facteurs d'ordre sociaux, familiaux, biologiques, psychologiques,

s'insérer positivement dans la société, et qui a recours, pour soigner sa disqualification, à la prise régulière de produits psycho actifs capables de créer, entre lui et le monde qui l'entoure, un isolement ou une médiation nécessaire à sa survie. Je rejoins là la conception de Claude Olievenstein⁷ quand il affirme que la toxicomanie surgit à un triple carrefour 'celui d'un produit, d'un moment socio culturel, et d'une personnalité'. Ainsi, lorsqu'il fait une demande de soins à l'institution, je le considère comme un malade, un malade psycho, bio, social, et comme tout malade, il possède en lui la possibilité de 'guérir', c'est à dire d'aller mieux. Le toxicomane souffre d'une incapacité majeure pour rencontrer l'autre et commercer⁸ avec lui. Il s'engage alors

⁵ Cité par Claude Olievenstein, dans les toxicomanes parmi les autres, de Jean Bergeret, préface.

⁶ Comme par exemple, Markos Zafiroopoulos, Thomas Szasz.

⁷ Olievenstein Claude, la drogue ou la vie, Paris, Robert Laffont, 1983

⁸ J'utilise ce terme au sens de Montesquieu dans sa thèse du 'doux commerce', c'est à dire la capacité pour des individus de s'engager dans un espace d'échanges créateur de liens sociaux. Ici, le toxicomane est dans

dans un processus de consommation, lui même facteur de dépendance et finalement de déchéance. Cependant, ce processus n'est pas inéluctable. Cette incapacité n'est pas une fatalité, elle se soigne et se prend en charge à travers des techniques de soins individuelles et collectives.

1-2-2 La dépendance comme frontière entre l'usage et la toxicomanie

C'est en effet le concept de dépendance qui apparaît actuellement le plus opérationnel pour définir le public pris en charge dans les centres de soin. J'en ajouterais un autre, celui de désaffiliation et de crise.

La dépendance d'abord, induit un comportement à risque. Il s'agit en effet : du mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoigne trois (ou plus), des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois⁹ :

- 1) Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes
 - a) besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou un effet désiré
 - b) Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2) Sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a) syndrome de sevrage caractérisé de la substance
 - b) la même substance (ou une substance apparentée), est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
- 3) Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé

⁹ l'incapacité d'échanger par peur de l'autre, peur de lui même, peur en fait de ce que pourrait créer l'échange. Il est donc malade de la relation. La drogue lui permettant de médiatiser cette relation au risque de l'aliénation.

- 4) Désir persistant ou effort infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance
- 5) Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- 6) D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance
- 7) Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Si l'on se réfère à la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de 1950, la dépendance se définit comme une appétence morbide et prolongée, dégénérant en habitude tyrannique, manifestée par certains sujets pour des substances ou médicaments toxiques du système nerveux dont ils font l'expérience accidentellement ou volontairement. Aujourd'hui, l'OMS définit la toxicomanie comme étant 'la perte de la liberté de s'abstenir du toxique'.

Le rapport du Professeur Parquet amène une approche centrée sur le comportement. Cette définition souligne la dimension psychopathologique et comportementale de rupture par rapport à un comportement habituel du sujet. La dépendance psychique est elle aussi prise en compte. Enfin, la temporalité des comportements d'usage est également soulignée.

Ainsi, une distinction précise est faite entre l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Si l'usage n'est pas synonyme d'escalade, on doit pouvoir par des stratégies de prévention, en limiter les risques. Car tout usage de substances psycho actives est un comportement à risque. Par contre, usage nocif et dépendance se situent dans le cadre de la maladie. La barrière est ici la perte de liberté.

Au niveau du centre dont j'ai la direction, nous nous situons dans la prise en charge de personnes dépendantes d'un ou de produits psycho actifs, qui répondent à la définition du DSM IV.

⁹ Dépendance, DSM IV

Je rajouterais un deuxième élément qui est celui de la désaffiliation et de crise.

Le terme renvoie au mot affiliation qui lui-même se définit comme le fait d'être rattaché, inscrit à un groupe, un parti¹⁰. Le terme de désaffiliation correspond à la rupture de cette affiliation. Ce terme, qui est repris par le sociologue Robert Castel¹¹, désigne pour lui, l'aboutissement d'un processus dynamique, d'un parcours allant de l'intégration, à la vulnérabilité vers l'inexistence sociale.

La crise est caractérisée par un événement subit, brutal et signifiant une rupture par rapport à un état de stabilité antérieur. La vie d'un usager de produits psycho actifs n'est pas caractérisée par un état de précarité, de marginalisation ou de désocialisation constant. Au contraire, l'usager vit souvent de longues périodes de stabilité, de sociabilité et de permanence. La demande de soins survient souvent lors d'une période de rupture d'une sociabilité stable : événement extérieur déstabilisant (divorce, affaire de justice, maladie...), ou lors de l'effondrement d'une sociabilité précaire (sortie de prison, de cure, renvoi de la famille...).

Les personnes que nous recevons correspondent bien à ces deux définitions. Dépendants du produit : ce sont en effet de grands poly toxicomanes usant et abusant de toute la panoplie des substances psycho actives, que celles-ci soient illicites (héroïne, cocaïne, cannabis), que licites (alcool, médicaments).

Désaffiliés, car tous se situent, à l'entrée en dehors des normes sociales, dans des situations d'assistanat associant les problèmes psychiatriques, somatiques aux troubles comportementaux et à l'errance institutionnelle.

En crise, car cette situation correspond le plus souvent à un moment de rupture dans leur existence.

¹⁰ Petit Robert, dictionnaire de la langue française

¹¹ Castel Robert, les métamorphoses de la question sociale, Paris, Gallimard, 1995.

1-3 Les dispositifs de soins, et d'insertion pour toxicomanes en France

1-3-1 La loi de 1970 et le cadre légal de prise en charge des toxicomanes.

C'est la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 qui constitue le cadre légal de la prise en charge des toxicomanes en France. C'est une loi qui possède un double aspect : à la fois de soins mais aussi de répression. Cette loi présente en effet plusieurs objectifs :

- Réprimer sévèrement le trafic.
- Poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants en proposant une alternative thérapeutique à la répression.
- Assurer la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers qui souhaitent se faire soigner.

La loi fait référence à une liste de substances stupéfiantes définies par la commission des stupéfiants et psychotropes, en accord avec la réglementation internationale.

Le trafic est sévèrement réprimé et les peines prévues sont lourdes¹².

L'usage, privé ou public, même sans nuisance pour l'entourage, est également sanctionné d'un an d'emprisonnement ou d'une amende. Cette répression de l'usage fait l'objet de débats contradictoires, et d'annonces de modifications, depuis des années. A l'heure où ces lignes sont écrites, la répression de l'usage n'a cependant fait l'objet d'aucune modification.

L'usager a néanmoins plusieurs moyens à sa disposition pour éviter les poursuites. Il peut se faire spontanément traiter. Dans ce cas, théoriquement, la justice tient compte de sa volonté de soins et arrête les poursuites. Le procureur peut aussi classer l'affaire et ne

¹² Les infractions d'importation, d'exportation, de production, de fabrication de stupéfiants sont sanctionnées par des peines d'emprisonnement de 10 à 20 ans.

pas donner suite. Enfin, le procureur peut décider de prononcer une injonction thérapeutique.

L'injonction consiste à enjoindre à un usager interpellé, de suivre une cure de sevrage ou de se mettre sous surveillance médicale. Il n'y a cependant pas de contrainte d'exécution de la procédure, le parquet informe les autorités sanitaires qui orientent l'utilisateur vers un mode de prise en charge approprié. L'autorité sanitaire contrôle la bonne exécution de la procédure et doit informer le parquet en cas de non exécution de la mesure de soin. Dans ce cas, le procureur recouvre toute son autorité pour exercer les poursuites.

En définitive, c'est le procureur qui décide seul des suites données à une affaire de stupéfiant. Il peut poursuivre, faire une injonction ou classer l'affaire. Cependant, s'il prononce l'injonction, il perd son pouvoir de contrôle et ne peut qu'attendre une information sur la prise en charge, effective ou non, du soin.

La loi a prévu également, des astreintes au soin. Par exemple, la loi peut astreindre et non plus enjoindre¹³, l'utilisateur à faire une cure. Dans ce cas, si la cure est bien suivie, le juge ne prononce pas les peines prévues. Le plus souvent cependant, les juridictions ont recours aux dispositions de droit commun dans le cadre du contrôle judiciaire, du sursis mise à l'épreuve, de l'ajournement de peine, notons aussi les possibilités de libérations conditionnelles assorties de conditions, et le chantier extérieur qui est une mesure d'alternative à l'incarcération.

Depuis la loi de 1970, de nombreuses dispositions législatives ont été introduites. Je présente ici un résumé de l'esprit de ces dispositions.

- La loi du 17 janvier 1986 crée une nouvelle incrimination pour pouvoir juger, en comparution immédiate les petits trafiquants et les usagers revendeurs.
- La loi du 31 décembre 1987 renforce la répression du trafic.

- La loi du 23 décembre 1988 crée le délit douanier de blanchiment.
- La loi du 12 juillet 1990 crée des obligations à l'égard des banquiers en ce qui concerne les pratiques liées au blanchiment.

¹³ La différence entre les termes est subtile, astreindre apportant un degré de plus dans la contrainte, enjoindre se contentant d'ordonner expressément, selon la définition du Petit Robert.

- Le nouveau code pénal (entré en vigueur en 1994), reprend les dispositions de la loi de 1970 et criminalise les infractions commises dans le cadre du trafic organisé.
- La loi du 13 mai 1996 institue un délit général de blanchiment du produit du crime et renforce la répression du trafic de stupéfiants.
- La loi du 19 juin 1996 intervient sur le contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication de stupéfiants.

Le cadre de la loi en matière de toxicomanie pose depuis 30 ans beaucoup de problèmes aux acteurs de soin, car elle place l'utilisateur dans la double identité du malade et du délinquant. Les débats passionnés ne permettent pas la mise en œuvre d'une politique de prise en charge plus rationnelle, et la société oscille sans cesse entre la logique répressive et la logique de soin.

Aujourd'hui cette loi apparaît comme devant être aménagée et dans le même temps, cet aménagement paraît difficile à mettre en œuvre.

Aménager, car la loi ne correspond plus à la réalité de terrain. Les modes de consommation se banalisent, surtout pour le cannabis et les drogues de synthèse, tandis que les usagers les plus dépendants (ceux qui fréquentent les centres de soins), utilisent tous les produits qu'ils ont à leur disposition, que ceux-ci soient légaux ou illégaux. Les poursuites pour usage sont rarissimes. La vente libre des seringues¹⁴ et la politique de réduction des risques, entre en contradiction avec la loi de 1970 qui implique que le port de seringues est une présomption de délit.

Difficile à mettre en œuvre car la toxicomanie est un sujet sensible au cœur de représentations affectives et donc susceptible de passion plus que de raison. C'est ainsi que l'ensemble de la population accepte le principe d'une prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes. Cependant, les réticences, l'incompréhension et les peurs sont encore d'actualité, comme en témoigne la difficulté à implanter un lieu de soin en raison de l'opposition des habitants. Le toxicomane est donc toujours un sujet à la fois de fascination et de répulsion.

¹⁴ Décret du 11 août 1989.

1-3-2 La prise en charge sanitaire actuelle des usagers de drogues illicites.

Le dispositif sanitaire s'appuie sur un dispositif spécialisé, le plus souvent géré par des associations loi 1901, et qui comprend :

- Les centres spécialisés de soins pour toxicomanes sans hébergement, au nombre de 190, qui assure l'accueil et l'orientation des usagers, le suivi médical, psychologique et l'accompagnement social.
- Les centres spécialisés de soins pour toxicomanes avec hébergement, au nombre de 50, qui assure une prise en charge médico psychologique et socio éducative.
- Les centres de soins en milieu pénitentiaire, intervenant en milieu carcéral.
- Les appartements thérapeutiques qui est un mode de prise en charge permettant à l'utilisateur de faire une pause.
- Les familles d'accueil qui interviennent à différentes étapes du parcours de soin.
- Les hébergements de transition ou d'urgence, au nombre de 17, qui assurent une prise en charge limitée dans le temps.

Ce dispositif spécialisé a accueilli pour l'année 1997, 60 170 usagers¹⁵.

A côté de ce système spécialisé, les toxicomanes sont également pris en charge par le système de soins général et notamment les hôpitaux et la médecine de ville. En ce qui concerne les hôpitaux, le plan de 1993 préconisait une meilleure implication des services hospitaliers au niveau du sevrage. Cependant, à partir de 1996, la priorité est de créer des équipes de liaison et de soins aux usagers de drogues et de former les professionnels de santé.

Les médecins généralistes sont de plus en plus impliqués dans la prise en charge des usagers surtout depuis l'apparition des traitements de substitution à la buprénorphine haut dosage, connue sous le nom de subutex. En 1997, 61% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir reçu un usager de drogue au moins dans l'année. Ce qui conduit à une augmentation de 50 % de la fréquentation des généralistes par les usagers entre 1995 et 1997¹⁶.

¹⁵ Source DREES, citée dans l'observatoire Français des drogues et des toxicomanies, année 1999.

¹⁶ Enquête de la société EVAL, citée dans l'observatoire Français des drogues et des toxicomanies, 1999.

La substitution a pris une grande ampleur à partir de 1996, par la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage. Ce produit, dont les règles de prescription sont souples¹⁷, est devenu le principal traitement médical de la toxicomanie largement devant la méthadone. En 1998, on estimait à 7 150 le nombre de patients sous méthadone, et à 57 200 le nombre de patients sous subutex, pour un total de 64 300 personnes sous substitution.

Au niveau de l'établissement, nous recevons des usagers qui font à la fois le tour des possibilités de prise en charge aussi bien dans le secteur spécialisé que dans le secteur de droit commun, et qui utilisent toute la panoplie de soins offerte. Ainsi l'usager 'type', a souvent été pris en charge par des structures de type CHRS (centre d'hébergement et de réadaptation sociale), ou des foyers de jeunes travailleurs, et par des structures appartenant au secteur spécialisé, centre de transition, centre ambulatoire, appartements thérapeutiques. Il est ainsi souvent institutionnalisé passant d'une prise en charge à l'autre.

En ce qui concerne la prise en charge sanitaire, l'usager a le plus souvent également expérimenté toutes les possibilités : post cure, substitution à la méthadone, au subutex, traitement médicamenteux, cures de sevrage, suivi par un ou plusieurs généralistes.

Ces périodes de soins ou de prises en charge sociales, étant entrecoupées de périodes d'errance et de consommations.

¹⁷ Le subutex peut être prescrit par n'importe quel généraliste, formé ou non, sur carnet à souche et pour une période de 28 jours. Le patient est invité à s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge psycho sociale, mais ceci ne représente absolument pas une obligation. Devant certaines dérives (détournement, mésusage et trafic), la prescription est maintenant de 7 jours.

Chapitre 2 – Le centre la maison, un établissement en évolution

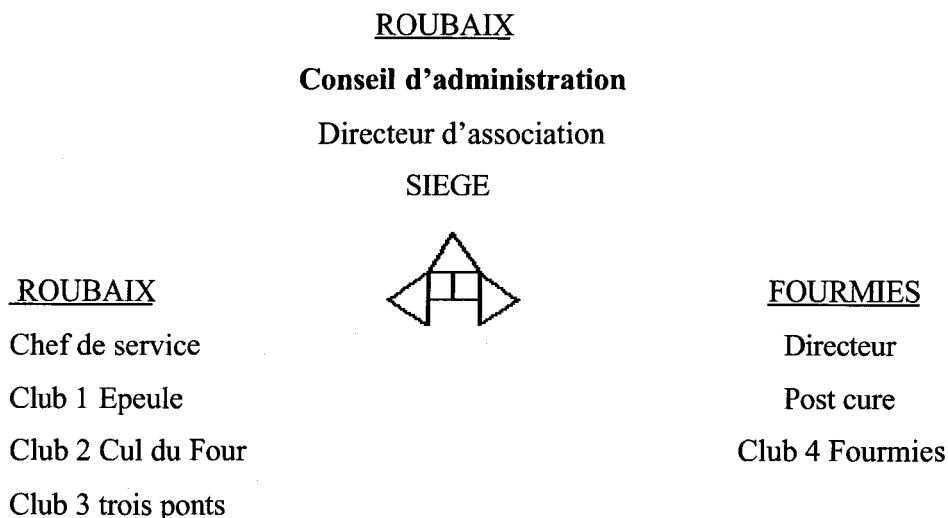
2-1 L'AEP, une association gestionnaire de clubs de prévention

2-1-1 Une histoire, une organisation.

L'association AEP a été créée en 1980. Issue historiquement du mouvement de l'armée du salut, elle s'appelait à l'origine 'association d'éducation populaire des clubs 78. L'association a monté dans un premier temps, deux clubs de prévention spécialisée à Lille, s'est ensuite déplacée sur Roubaix en créant un club, puis un deuxième dans des quartiers défavorisés de la ville. En 2000, elle a ouvert un troisième club toujours sur Roubaix. Une quatrième équipe, enfin, vient de se créer cette fois à Fourmies (octobre 2001).

L'association travaille en effet sur deux sites : Roubaix, où elle gère trois équipes de prévention, et Fourmies / wignehies (canton de trélon), où elle gère une équipe de prévention spécialisée et la post cure *la maison*, dont je suis le directeur.

L'organigramme actuel est le suivant :



Les statuts de l'association sont les suivants :

- Promouvoir des actions de prévention et d'animation
- Favoriser la promotion collective des jeunes et des familles par la prise de conscience de leurs responsabilité sociale au moyen de leur participation à ses activités et à son organisation.

Le projet associatif est donc bien un projet de prévention spécialisée. Ce dernier implique la mise en œuvre d'actions socio éducatives en milieu ouvert en intervenant face à certaines situations de fragilité affective, de ruptures avec l'environnement social et familial, d'exclusion quant à l'accès aux biens primaires, au savoir, à la culture, la santé, l'emploi¹⁸. L'organisme gestionnaire est habilité par le conseil général dans le cadre de la procédure instituée par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico sociales.

De 1980 à 1992, l'association a fonctionné uniquement en référence au projet associatif initial initié par les prérogatives de la prévention spécialisée.

En 1992, les difficultés rencontrées par les éducateurs de rue des équipes de prévention, vis à vis de la montée en charge des problèmes liés à la toxicomanie, a décidé l'association à monter un projet d'accueil et d'hébergement pour toxicomanes.

2-1-2 Des travailleurs sociaux confrontés à la toxicomanie.

Ancienne ville industrielle de grande importance, Roubaix a vu sa situation sociale se dégrader dramatiquement suite à la crise économique des années 80. Une population

¹⁸ Textes de références : code de la famille et de l'aide sociale, article 40 et 45 ; arrêté du 4 juillet 1972 relatif aux clubs et équipes de prévention ; arrêté du 11 mars 1986 relatif au conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée.

fort jeune¹⁹, un taux d'immigration important²⁰, un chômage très supérieur à la moyenne nationale²¹, dans un contexte marqué par les restructurations, les fermetures

d'usines l'absence de perspectives d'avenir, ont provoqué une déstabilisation sociale d'envergure entraînant à son tour des phénomènes d'anomie sociale faisant le lit de la misère, de l'assistanat et de la toxicomanie.

La drogue se met à occuper une place centrale dans certains quartiers défavorisés. Objet de plaisir, de défonce, d'oubli, elle est aussi un moyen économique de survivre pour de nombreux jeunes laissés sans repères. Les clubs de prévention se retrouvent en première ligne à gérer des situations sociales ou le phénomène de consommation / vente de drogues est omniprésent. Dans les territoires où se situent leurs actions, la drogue fait partie du paysage et sa prise en compte est impérative.

Or, à l'époque (1992), la prise en charge spécialisée est centrée sur le sevrage suivi de la post cure, dans une optique d'abstinence. Les équipes de prévention de l'AEP, sont donc confrontées à une demande exponentielle pour laquelle il y a peu de réponses. Cette situation crée une tension au niveau des travailleurs sociaux qui se retrouvent dans une situation d'impuissance, et au niveau politique de la ville, du département, des comités de quartiers qui font pression pour qu'enfin 'on prenne en considération le phénomène de la drogue à Roubaix'.

Les éducateurs sont confrontés au problème de la toxicomanie et plusieurs cas d'overdose bouleversent et mobilisent les habitants et les intervenants sociaux.

L'engorgement des centres de post cure crée un délai d'attente qui se solde à plusieurs mois. Il n'y a donc pas de solution de prise en charge rapide à l'issue de la cure hospitalière de sevrage, et les toxicomanes, de retour dans leurs quartiers, rechutent inmanquablement.

L'association met donc en place un projet d'accueil et d'hébergement rapide pour les toxicomanes de Roubaix sortant de cure hospitalière.

¹⁹ La population de Roubaix pour les 0-19 ans est de 33,6 %, pour 24,6 % pour l'ensemble de la France. Source INSEE 1999.

²⁰ Pour Roubaix, la proportion d'étrangers est de 14,06 %, au niveau national, elle est de 5,58 %, source INSEE 1999.

²¹ 31,9 % pour Roubaix, 21 % pour la France, source INSEE 1999.

2-2 Un centre de transition pour jeunes toxicomanes Roubaisiens.

2-1-1 Un projet en phase avec les besoins de l'époque.

Le projet de prise en charge rapide est nommé : centre d'hébergement relais.

L'objectif est de prendre en charge rapidement des toxicomanes issus des quartiers, les éloigner, consolider le sevrage effectué en service hospitalier et les orienter vers des post cures hors département dans un but de réinsertion et d'abstinence.

Ce lieu se voyait comme un maillon au milieu d'une chaîne thérapeutique. Il s'agissait de préparer, de mettre en place, d'affiner avec le jeune toxicomane, un projet de soins et d'insertion. Le centre se voulait une étape en vue d'une post cure adaptée aux projets des toxicomanes.

A une époque où la substitution était rare : 60 personnes en programme méthadone sur le territoire national, pas de substitution légale au subutex, le projet correspondait parfaitement avec les logiques de soins de l'époque qui associait : la cure la post cure la réinsertion dans l'abstinence. Il existait 660 places de post cure pour environ 250 000 toxicomanes. Il n'y avait d'autres alternatives de soins pour un toxicomane que ce triptyque : cure, post cure, abstinence. Les toxicomanes des quartiers étaient de ce fait obligés de faire une cure de sevrage s'ils désiraient se faire soigner, alors même que certains n'étaient pas prêts pour un parcours d'abstinence. Dans ce cadre, le centre de transition ne dérogeait pas à la règle. Pour y accéder, il fallait passer par l'étape sevrage.

A la suite d'une longue réflexion partenariale, le centre est créé par décision de la commission permanente du conseil général en date du 7 juin 1993. Le travail mené est ensuite évalué par une commission spécialisée entre juin et octobre 1994.

2-1-2 *La maison*, un établissement à la campagne.

Un des objectifs de l'association était de permettre par l'éloignement, une protection et un recul suffisants pour faire le point sur l'orientation la plus propice à la réinsertion sociale. Wignehies est une petite ville d'environ 5 000 habitants située à l'extrême

pointe Est du département, à la limite du département de l'Aisne. Située à 120 km de l'agglomération Lilloise, Wignehies appartient au canton de Trélon, lui même inséré dans une région rurale, l'Avesnois, région fort peu industrielle surtout constituée de bocages, de prairies et de forêts. De fait, le cadre et la distance permettent l'effet de coupure souhaitée, sans être un obstacle au travail en partenariat avec les autres structures du département, et de l'association gestionnaire en particulier. La structure est en effet conçue pour recevoir exclusivement des toxicomanes originaires du Nord, et notamment de Roubaix.

L'originalité et la spécificité du projet réside dans la volonté et les moyens de rester en prise directe avec le contexte et la réalité sociale des personnes accueillies, et de continuer l'action éducative menée par les travailleurs sociaux des clubs de prévention.

2-2 Les résidents du centre

2-2-1 Des jeunes des 'quartiers' à orienter

Le public est constitué de toxicomanes sevrés, majeurs, de sexe masculin. Un rapport d'étude interne, fait en juillet 1994, soit 9 mois après l'ouverture montre que :

- 49 % des résidents accueillis sont âgés de 20 à 24 ans, et 51 % de 25 à 30 ans.
- La grande majorité est issue de la métropole Lilloise.
- 94 % connaissent des difficultés familiales.
- 83 % sont sortis du système scolaire avant le BEP.
- 94 % sont au chômage à leur arrivée au centre.
- 80 % font l'objet d'antécédents judiciaires.

La durée du séjour est d'environ 1 mois.

En 1 an ½ de fonctionnement, le centre accueillera 125 personnes. 55 % d'entre elles seront originaires de Roubaix, ce qui correspond à l'implantation des équipes de prévention spécialisée.

Les ruptures de contrats représentent 47 % des admissions, les autres usagers sont dirigés vers des services de la chaîne spécialisée : post cures, appartements thérapeutiques, familles d'accueil.

2-2-2 Une évolution progressive

Au cours des 3 années de fonctionnement en tant que centre d'hébergement relais (1993-1996), les rapports d'activité successifs mettent en évidence une situation de plus en plus dégradée et précaire du public associé à une co morbidité physique et psychique grandissante.

- Le taux de personnes porteurs du virus de l'hépatite C passe de 7, 80 % en 1994 à 40, 27 % en 1996.
- Le taux de personnes sous main de justice passe de 28 % en 1994 à 36, 11 % en 1996.
- Le taux de personnes sous RMI passe de 33, 6 % en 1994 à 48 % en 1996.
- L'âge moyen augmente, passant de 24, 20 ans à 25, 80 ans.

- Enfin les personnes reçues était en 1994, originaires à 55 % de Roubaix, en 1996, ce pourcentage passe à 37 %.

La prise en charge s'en trouve alourdie et rend nécessaire un travail plus approfondi dans l'aide et l'élaboration du projet de réinsertion social et professionnel. La structure qui axait ses prestations autour de la préparation physique et mentale à un départ rapide, se trouve démunie face à ses évolutions. Il n'existe en effet à l'époque à l'intérieur de la structure, aucun atelier de réentraînement à l'activité et aucun partenariat en rapport avec l'insertion. De plus, l'année 1996 voit l'apparition massive de la substitution, mesure qui bouleverse complètement la prise en charge des toxicomanies. La priorité n'est plus à l'abstinence, elle est à la prévention des risques Au niveau de la structure, les usagers reçus ne désirent plus s'éloigner mais rester dans le département. La demande des DDASS est d'accueillir des personnes sous substitution²². Le changement est majeur.

²² La note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998 stipule à ces propos qu'il est souhaitable que les établissements de post cure en hébergement acceptent des personnes sous traitement médicamenteux et /ou sous traitement de substitution.

Chapitre 3 – Un établissement en mutation

3-1 Du centre de transition au centre thérapeutique résidentiel spécialisé.

3-1-1 De la demande associative à la volonté de l'état.

Bien que le projet d'origine soit axé sur un centre de pré post cure, la direction générale de la santé, par l'intermédiaire de la DDASS exige, à l'occasion de la demande de conventionnement présentée par l'association en 1996, que l'établissement se conforme aux critères du décret n° 92-590 du 29 juin 1992, relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Par cette exigence, l'état refuse donc que l'agrément du centre soit axé sur un centre de pré post cure, comme le souhaitait l'association, mais au contraire qu'il se transforme en centre résidentiel thérapeutique spécialisé.

Les raisons sont d'ordre logiques et opérationnelles.

Le Nord est un département très touché par la toxicomanie ainsi que l'attestent les études publiées par l'observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Le phénomène reste en effet géographiquement concentré : treize départements concentrent 50 % du phénomène. Le département du Nord assure à lui seul 20 % des interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy. Il se situe, au niveau de l'indicateur global des 20 départements les plus touchés par les toxicomanies en deuxième position, juste après Paris : l'indicateur global pour Paris est de 2,45, il est de 2,25 pour le Nord. En comparaison, le département le moins touché du groupe, le Vaucluse, se situe à 1,05²³. De plus, le Nord se place en tête de liste à la fois pour les interpellations, mais aussi pour les recours aux soins et au niveau des sur doses.

En 1996, il y avait pour la région Nord, Pas de Calais, 2 centres d'hébergements spécialisés totalisant une offre de 16 places. Or, le souhait de la DDASS du Nord est de favoriser la prise en charge des toxicomanes de la région par les structures du département, précédant ainsi la note d'orientation du 13 novembre 1998 qui précise que : compte tenu de la nécessité de réinscrire la personne dans une dynamique sociale, il n'est pas légitime de refuser des personnes en provenance du département de la post cure²⁴.

²³ Sources SESI, OCRTIS, citées dans drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, OFDT 1999.

Ainsi, et de façon pragmatique, l'état demande à l'association, d'élaborer un nouveau projet thérapeutique afin de l'adapter au décret du 29 juin 1992. A cette condition, un arrêté de dotation pourra être exécuté, et une convention signée.

3-1-2 Un important tournant pour la structure.

Le projet d'origine axé sur un centre de pré post cure, doit évoluer pour permettre la mise en place des projets individuels des résidents qui, auparavant, étaient orientés vers des centres adaptés à leurs demandes. Il n'est plus question d'orientation. Le centre doit mettre en place lui même les conditions d'une prise en charge globale telle que définie par le décret de 1992. Ce décret stipule que les centres de soins doivent assurer :

- La prise en charge médico psychologique du toxicomane
- La prise en charge sociale et éducative du toxicomane qui comprend l'aide à l'insertion ou la réinsertion.

Chaque centre de soins doit élaborer un projet thérapeutique qui fixe ses objectifs thérapeutiques et socio éducatifs. Ce projet étant établi pour une durée de 5 ans.

Pour le personnel du centre le changement est important. L'équipe doit s'adapter à ces nouvelles données et s'engager dans des suivis au long cours (6 mois en moyenne), exigeant des résultats pragmatiques et évaluables. Les suivis d'origine étaient en effet courts (1 mois), centrés sur une mise en forme physique et psychique suivi d'un départ vers une post cure qui réaliserait la prise en charge globale telle que décrite par le décret. Le personnel n'avait donc pas construit ni réfléchi à la mise en place d'outils adaptés à une action globale au long cours. Le centre va devoir faire face à des modifications essentielles du projet thérapeutique pour l'adapter aux nouvelles données concernant la prise en charge des toxicomanes. Les années 96 / 97 sont dans ce domaine, des années de changement à plus d'un titre. La toxicomanie dépasse les zones urbaines pour se répandre dans tous les milieux et notamment les zones rurales relativement épargnées. Les toxicomanes à l'héroïne ne vieillissent tandis que de nouvelles formes de consommations apparaissent (crack, ecstasy), chez les sujets jeunes. Les polytoxicomanies sont la règle et l'usage du cannabis se banalise. Mais l'événement le plus important reste l'apparition massive de la substitution avec

²⁴ Note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

notamment la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage. Le nombre de toxicomanes sous substitution passe en effet de quelques dizaines à 23 000 en 1996²⁵.

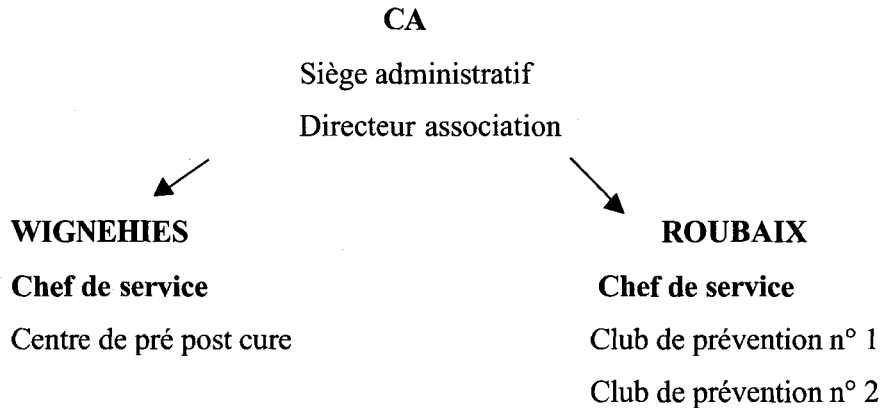
D'autre part, la situation sanitaire des toxicomanes reste préoccupante : 20 % de ceux ci sont infectés par le virus du VIH, un usager de drogue sur deux a une sérologie positive pour l'hépatite C ; les pathologies psychiatriques associées sont fréquentes. En matière de soins, la priorité est au pragmatisme. Les mots clefs sont : prévention des risques et insertion sociale.

L'équipe de soin du centre de Wignehies doit apprendre à gérer au long cours des parcours de soins complexes et cahotants. L'équipe doit mettre en place une politique de réduction des risques, dans une optique de réinsertion, pour des toxicomanes vieillissants sous substitution. Les usagers sont de moins en moins adressés par les clubs de prévention : 55 % en 1995 ; 37 % en 1996 ; 10 % en 1997. Ils proviennent principalement du partenariat spécialisé, centres de soins en ambulatoire et cures de sevrage. Le centre doit donc faire face à un important changement institutionnel.

3-1-3 L'arrivée d'un directeur pour dynamiser et organiser le changement.

Parmi les mesures demandées par la DDASS pour le conventionnement du centre de pré post cure en centre résidentiel spécialisé, figuré la nécessité d'engager un directeur à temps plein. L'organigramme du centre de pré post cure était le suivant :

²⁵ Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, OFDT 1996.



La gestion quotidienne du centre était assurée par un chef de service sous délégation du Directeur associatif, qui se déplaçait une matinée par quinzaine pour une mission de contrôle de la tenue générale de l'établissement. Le Directeur associatif se chargeait également des entretiens d'admission et sélectionnait les résidents admissibles au centre. La gestion financière et administrative du centre était réalisée par le siège associatif. Par une lettre en date du 2 juillet 1997, le Directeur des affaires sanitaires et sociales considère cette situation comme préjudiciable à la structure et demande la modification du poste d'encadrement par un poste de Directeur temps plein, résidant sur place, et possédant 'les compétences en terme d'actions auprès des toxicomanes, mais également une stature qui rassure l'équipe à travers un positionnement solide à l'égard des bénéficiaires de l'action'.

Au moment de l'inspection pour le conventionnement, le centre connaissait en effet des difficultés de fonctionnement liées notamment à un problème d'encadrement. Le chef de service était en arrêt longue maladie. Le directeur associatif, qui venait une fois tous les quinze jours, n'avait pas le temps suffisant pour diriger, à la fois l'équipe de Wignehies et les clubs de Roubaix. Le centre se situe géographiquement à 120 km de Roubaix, dans une région enclavée mal desservie par le réseau routier. En outre, pour l'association, le centre se présentait comme une structure lointaine, 'perdue dans l'avesnois'. Le Directeur associatif avait besoin de s'appuyer sur un responsable local, notamment pour la gestion du personnel et le management de l'équipe. Sa préoccupation rejoignait celle de la DDASS de nommer un directeur plein temps sur la structure. Cette dernière avait bien pressentie, au moment de l'inspection, ce risque de dérapage de la fonction de pilotage du centre et des dérives possibles que cette situation

pourrait entraîner. Je fus donc nommé à la direction de l'établissement en septembre 1997.

3-1-4 Novembre 1999, un nouveau président, un nouveau directeur associatif.

Fin 1999, le président de l'association changea, et le directeur de l'association prit sa retraite.

Une directrice fut nommée, et le président, pour le centre de Wignehies, insuffla la politique suivante :

- Développer et pérenniser les ateliers de réentraînement au travail à l'interne mis en place en 1998.
- Ouvrir l'établissement sur l'extérieur pour en faire un centre ressource en matière de soins et d'insertion sur le territoire.
- Réfléchir à la mise en place d'une action d'utilité sociale pour favoriser l'insertion des usagers après les soins.
- Améliorer la représentation de l'association sur le territoire et implanter des actions nouvelles au regard des besoins locaux.
- Mettre en œuvre les outils et moyens organisationnels susceptibles d'optimiser la légitimité du centre en tant qu'établissement social.

Par délégation de la directrice d'association, je fus chargé de mener à bien cette politique.

Conclusion de la première partie

Public original, le toxicomane ne se laisse pas facilement circonscrire à une catégorie particulière bien définie. Phénomène mal appréhendé, souffrant d'une représentation affective péjorative, la toxicomanie a fait l'objet de peu d'études scientifiques rigoureuses, et sa réalité mouvante est encore mal connue.

Centre de pré post cure puis de post cure, l'établissement dont j'ai la direction, a déjà vécu, malgré son jeune âge, une histoire mouvementée. Reconnu et conventionné comme centre thérapeutique spécialisé depuis 4 ans, il a la volonté de s'inscrire et de

répondre aux modalités de prise en charge telles que définies par le décret de juin 1992 : allier le soin et l'insertion, travailler en partenariat, ouvrir le centre sur le territoire. Ces convictions m'animent. Le changement du président et du directeur de l'association, fin 1999 ont beaucoup clarifié mes délégations qui se sont vus nettement déterminées. Je pus ainsi disposer d'une délégation de pouvoir et d'une reconnaissance au sein du conseil d'administration me permettant de m'engager dans une direction. Cependant, avant tout plan d'action, il est nécessaire d'en élaborer la stratégie et de bien connaître l'existant. C'est cet impératif que je vais décrire dans la deuxième partie de ce mémoire.

2^{ème} PARTIE

UN ETABLISSEMENT SOCIAL POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

La mise en place d'un projet d'activité d'utilité sociale au sein d'une post cure pour toxicomanes, implique au préalable de mener une réflexion analytique sur plusieurs domaines. Il importe d'abord de se demander si le projet correspond bien aux orientations de l'association et aux missions de l'établissement. Ensuite, étudier si les moyens mobilisés pour la mise en oeuvre du projet sont pertinents par rapport à ce que l'on peut attendre des résultats de l'action pour les bénéficiaires.

Tout projet se construit sur un existant. Il est donc important en préalable du lancement de savoir si cet existant est capable d'accueillir le nouveau projet et s'il va en tirer un avantage supplémentaire en terme d'efficacité.

Cette deuxième partie sera donc consacrée à l'analyse de ce préalable indispensable avant de présenter, en partie 3, la création de l'action en elle même.

Chapitre 1 – Asseoir l'établissement sur des bases solides

1-1 Un centre à transformer en établissement

1-1-1 Une équipe indifférenciée

L'équipe, à mon arrivée, était composée de 6 salariés temps plein. Il n'y avait pas de profil de poste. Chacun faisait les pauses, selon le système des 3/8, le centre étant ouvert 24 heures sur 24, toute l'année. Au niveau qualification, les deux salariés diplômés étaient un éducateur spécialisé et un psychologue (titulaire d'un DESS²⁶), qui faisait fonction d'éducateur. Au niveau profil de poste, on trouvait ensuite une maîtresse de maison, et deux agents techniques. L'ensemble de l'équipe était placé sous l'autorité d'un chef de service, titulaire d'un diplôme d'état d'éducateur spécialisé. L'équipe était indifférenciée et chacun faisait fonction d'éducateur.

²⁶ DESS : diplôme d'études supérieures spécialisées.

La prise en charge des résidents était placée sur le système du 'réfèrent'. A l'arrivée de l'utilisateur, un membre de l'équipe prenait sa situation en charge et devenait sa personne ressource tout au long du séjour. Chaque membre de l'équipe travaillait donc de façon autonome dans la prise en charge. Un bilan était présenté à la réunion institutionnelle hebdomadaire, mais tout au long de son séjour, l'utilisateur n'avait affaire pratiquement qu'à un seul membre de l'équipe qui était responsable de son séjour et du projet de sortie. Cette situation créait une situation de compétition entre les membres de l'équipe, chacun développant des savoir faire personnels (contact partenarial privilégié par exemple) qu'il gardait pour lui. Le travail d'équipe était de ce fait morcelé en individualités. Je rappelle que l'objectif institutionnel était la préparation psychologique et administrative à un départ rapide vers une prise en charge adaptée. Dans ce sens l'organisation de l'équipe pouvait paraître adéquate. Cette individualité dans le travail devait cependant montrer ses limites dans le concept plus vaste d'une prise en charge globale sanitaire et sociale, au long cours, de personnes en situation de grande précarité, hébergées dans un établissement social.

1-1-2 Un équipement hôtelier en voie de dégradation

Le centre, compte tenu de sa fragilité financière des débuts, avait été meublé et équipé correctement mais de façon assez spartiate. Les équipements surtout n'avaient pas réellement été pensé par rapport au public, et notamment sa capacité à la dégradation volontaire ou non des locaux. Des difficultés budgétaires rendaient problématique des investissements nouveaux. Il n'y avait pas de personnel d'entretien. Les deux éducateurs techniques faisaient essentiellement de l'éducatif. Les résidents étaient responsables de l'entretien des locaux, sous la direction de l'équipe, mais non pas dans une optique d'atelier de réentraînement à l'activité, mais plutôt sous la forme de 'corvées' à exécuter. Cette situation, associée au fait que chaque membre de l'équipe travaillait de façon personnelle à l'opérationnalité du départ des résidents, entraînait une dégradation régulière de l'ensemble hôtelier, qui devenant de moins en moins esthétique, confortable et fonctionnel, créait un désinvestissement de l'établissement tout à fait préjudiciable à la mise en place d'un projet thérapeutique de longue haleine, incluant un travail de fond sur la réhabilitation psychologique et sociale d'utilisateurs en

situation de grande précarité. Garantir un contexte d'hébergement propre, rigoureux, esthétique et fonctionnel est en effet de la plus grande importance pour la réhabilitation d'un public habitué au squatt, à l'errance et à l'oubli de soi.

1-1-3 Une dotation globale calculée au plus juste

En tant que pré post cure, le centre était financé par le conseil général au titre de la prévention des toxicomanies. A partir de 1997 et en conformité avec le décret n° 92-590 du 19 juin 1992 régissant le fonctionnement des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, le centre reçu une dotation globale de financement annuelle arrêtée par le préfet. En 1997, le total des charges soumis à approbation s'élevait à 2 545 KF. L'ampliation de l'arrêté préfectoral en date du 28 novembre 1997, fixe la dotation globale de financement applicable à l'établissement à 2 000 KF, soit 79 % du montant des charges. La différence étant à trouver auprès de crédits non pérennes.

Cette situation financière délicate se reproduira d'années en années, d'autant que la dotation allouée par l'état restera à 2 000 KF pendant 2 années, sans tenir compte de l'évolution des charges. Un taux directeur sera retenu à partir de 1999. Depuis mon arrivée, 30% du montant des charges soumis à approbation restent à trouver auprès de financement non pérennes. Il s'agit de crédit Européens, ou auprès de la ville, ou au titre d'autres actions ponctuelles menées par le centre. Comme ces fonds arrivent en fin d'année budgétaire, l'établissement 'tient' sans avoir recours au découvert bancaire, grâce à la réserve de trésorerie de l'association.

La convention qui agréé le centre est en cours de renouvellement. A cette occasion, la stratégie menée actuellement est de conforter la position financière de l'établissement au travers une dotation consacrée au soins (dotation direction générale de la santé) et une dotation Européenne pérenne (5 ans), au titre de l'objectif 3, axe 2, mesure 2, relative à l'accompagnement des politiques de l'état pour l'insertion et contre les exclusions. L'établissement verrait ainsi reconnaître sa double prise en charge au titre

du soin et au titre de l'insertion au travers l'exercice d'une activité d'utilité sociale prenant la forme d'un chantier école. Ceci permettrait d'asseoir la légitimité de la prise en charge globale de l'établissement à mener une action de soin et d'insertion tout en le sécurisant financièrement.

La nouvelle convention réactualisée verrait donc la reconnaissance financière de l'aspect 'insertion' dans l'activité du centre et ce pour un budget de 1 000 KF. L'ensemble représentant un budget global de 3 000 KF correspondant aux activités de soins et d'insertion en faveur du public reçu.

1-1-3 Un établissement isolé sur son territoire

La politique de communication vers l'extérieur du centre de pré post cure était basée sur la discrétion. Le directeur associatif avait rencontré des difficultés d'implantation du centre, que l'association voulait en zone rurale, du fait des a priori péjoratifs liés aux représentations mentales des toxicomanes. Trouver un lieu acceptant la création d'un centre pour toxicomanes n'avait pas été chose facile. Le projet thérapeutique d'origine n'exigeait pas non plus une inscription du centre sur son territoire puisqu'il s'agissait d'orienter des usagers vers d'autres dispositifs de la chaîne de soins spécialisées. De plus, le directeur associatif qui avait la responsabilité du centre, ne pouvait venir qu'une fois tous les 15 jours, et son souci était que l'établissement se fasse le plus discret possible pour éviter les rumeurs, les rejets afin de pouvoir remplir sa mission : prendre en charge rapidement des usagers de drogue Roubaisiens et les orienter.

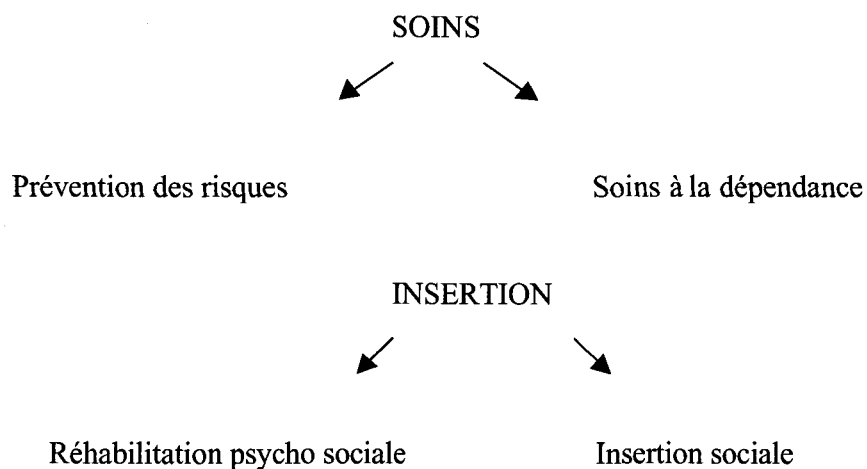
De fait, le centre et l'association était à mon arrivée complètement inconnus sur le territoire. Personne ne connaissait l'AEP, ni l'établissement. Cette situation était bien entendu, impossible à gérer pour un établissement social travaillant dans le cadre de la prise en charge globale incluant la mise en place de projets individuels et collectifs associant le soin et l'insertion.

1-2 Mettre en place les conditions d'une prise en charge globale

1-2-1 Réécrire le projet d'établissement

Elaborer un nouveau projet d'établissement est toujours un acte important et délicat. Il s'agit en effet de la mise en place de l'ossature de l'établissement, l'acte par lequel il acquiert une identité. Les établissements, souligne Patrick Lefèvre, ont besoin d'un projet pour penser l'action sociale et médico sociale²⁷. L'écriture du nouveau projet d'établissement représentait pour moi le moyen de donner du sens à l'action, par rapport à l'histoire de l'établissement, les exigences du décret de juin 1992 relatif aux centres de soins spécialisés pour toxicomanes, et le public reçu. Il s'agissait de positionner l'établissement dans son domaine de compétence, de clarifier son rôle et sa mission. Ce document a mis 2 ans pour s'élaborer définitivement dans sa version actuelle, à travers des essais et des erreurs, et au travers une large concertation avec l'équipe.

Le projet s'articule selon deux modalités fortes que sont d'une part le soin et d'autre part l'insertion selon le schéma suivant, eux mêmes définis en 4 axes



L'ensemble du projet règle à partir de ces 4 axes, les objectifs généraux, de la structure et pour les usagers ; les actions mises en œuvre ; les moyens utilisés et les indicateurs d'évaluation.

²⁷ Citée dans, guide de la fonction de directeur, Patrick Lefèvre, DUNOD, Paris, 1999, page 163.

Trois chapitres sont consacrés à :

- L'amélioration de la prise en charge des personnes ayant des problèmes en lien avec la justice.
- La mise en place des conditions d'hygiène, de sécurité et de confort de l'établissement.
- L'organisation du droit d'expression des usagers

Il a été nécessaire de programmer des travaux et de mettre en action une stratégie de restauration et d'adaptation de l'établissement pour répondre aux normes d'hygiène, de confort et de sécurité exigées par la réglementation.

Un emprunt associatif et la libération d'une provision pour travaux ont permis la réalisation, étalé sur deux années du programme de réhabilitation suivant :

- Mise aux normes de sécurité et de confort des espaces cuisine et sanitaires²⁸
- Mise en adéquation des dispositions générales relatives à l'aménagement des lieux de travail²⁹.
- Remise aux normes européennes et restauration du système de sécurité incendie.
- Réfection des espaces réfectoire et atelier

L'ensemble des travaux a été réalisé par des entreprises.

J'ai attaché une grande importance à la réalisation de ces travaux qui pour moi permettent au centre de s'identifier en tant qu'établissement. Il est en effet indispensable que le personnel évolue dans un cadre rigoureux définis par des lois et des normes. Le lieu de travail acquiert ainsi une dimension symbolique qui contribue à l'identité du professionnel. La professionnalisation du cadre de travail permet en quelque sorte l'introjection par le salarié de sa fonction. Un directeur d'établissement a une responsabilité hôtelière vis à vis du public reçu et une responsabilité générale vis à vis des conditions générales de travail.

²⁸ Selon l'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

²⁹ Suivant les articles du code du travail R232-1 et suivants .

1-2-2 Organiser et différencier l'équipe

Un projet, aussi élaboré soit-il n'existe que parce qu'il est animé par des professionnels motivés. Le personnel constitue la ressource essentielle et majeure de la compétence d'un établissement.³⁰

A l'origine indifférencié, j'ai progressivement modifié l'organigramme du personnel en créant des fiches de poste, des secteurs d'activité, en embauchant du personnel.

Deux années furent également nécessaires au cours de laquelle la constitution de l'équipe fut complètement modifiée. Ce changement entraîna la démission de deux salariés, et l'embauche de 5 nouvelles personnes. 3 créations de postes : deux veilleurs de nuit en CEC³¹, et une assistante de réinsertion en emploi jeune. Deux embauches en CDI d'éducateurs technique.

Le psychologue faisant fonction d'éducateur spécialisé étant requalifié sur son titre.

L'organigramme est actuellement le suivant :

Directeur

Cadre technique : psychologue

<u>Educatif / insertion</u>	<u>Hygiène / cuisine</u>	<u>Insertion</u>	<u>Nuit</u>
Educateur spécialisé	Maîtresse de maison	Assistante de	2 veilleurs
Moniteur éducateur		réinsertion	
2 agents techniques			

La stratégie mise en œuvre dans la définition des postes a été la suivante :

Je souhaitais répondre à 3 impératifs :

- 1) Assurer une prise en charge globale
- 2) Apporter une différenciation technique entre le soin et l'insertion
- 3) Assurer un hébergement de qualité et en toute sécurité

³⁰ Supra cité, page 203.

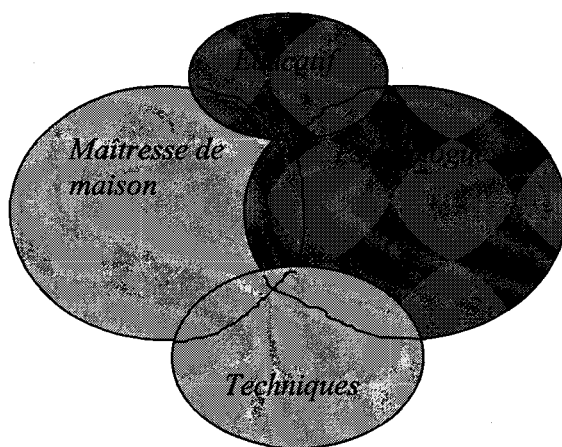
³¹ CEC : contrat emploi consolidé

Cela à travers les contraintes suivantes :

- 1) Respecter le budget
- 2) Inscrire résolument l'établissement en tant que centre de soins
- 3) Tenir compte de la nécessité d'ouverture de l'établissement 24 heures sur 24, toute l'année
- 4) Respecter les termes du code du travail et de la convention collective

Chaque professionnel remplit donc une mission de spécialiste et une mission de généraliste.

L'équipe éducative se compose de deux professionnels éducatifs qui mettent prioritairement en œuvre vis à vis du public des outils pédagogiques et éducatifs et de deux agents techniques (titulaires de BEP professionnel) qui mettent en œuvre prioritairement des actions en relation avec les savoir faire et savoir être en vigueur dans le monde du travail. Cependant, ces deux catégories de personnel ont également une activité généraliste d'aide, de soutien et d'accompagnement.



Ceci est aussi valable pour le psychologue qui assure une fois par semaine une soirée éducative.

La maîtresse de maison, responsable prioritairement de l'hygiène et de la cuisine, répond également à une fonction éducative.

L'équipe éducative et le psychologue effectuent quelques nuits dans l'année (ce qui est obligatoire compte tenu de l'amplitude du travail).

Chaque professionnel accepte donc une certaine polyvalence dans ses tâches mais reste le référent pour sa spécialité professionnelle.

J'utilise les possibilités offertes par la formation continue pour motiver, former, adapter les compétences des différents professionnels. Les 'techniques' suivent des formations organisées par les instituts de formation, tels l'IRTS³², sur des modules concernant les toxicomanies, l'inadaptation sociale, l'accueil en établissement, etc. Ils ont suivis également, en 2001, une formation qualifiante sur la sécurité incendie pour les établissements recevant du public.

Ils seront engagés en 2002, dans une formation qualifiante de moniteur d'atelier.

L'emploi jeune, assistante de réinsertion est depuis 2 ans en formation qualifiante d'assistante sociale.

Les éducateurs participent aux rencontres et formation organisées par l'ANIT³³.

La maîtresse de maison a suivi une formation hygiène en établissement.

Les veilleurs de nuit bénéficieront d'une formation, veille de nuit en établissement (IRTS).

L'ensemble des professionnels a bénéficié d'une formation aux premiers secours d'urgence organisée par les pompiers de Fourmies.

A côté des formations extra, j'ai voulu mettre en place une dynamique à l'interne d'auto formation.

J'ai donc monté avec le psychologue, une bibliothèque à l'usage des professionnels qui comporte des revues et livres concernant les addictions, les soins, la législation et des informations continues concernant les toxicomanies que je me procure grâce à l'internet³⁴.

Cette stratégie de formation est au service des personnels et de l'établissement. Il s'agit en effet de conjuguer l'aspect de dynamisation psychologique que procure toute formation à l'apprenant à l'intérêt technique que ces formations peuvent apporter à

³² IRTS : institut régional du travail social Nord Pas de Calais

³³ ANIT : association nationale des intervenants en toxicomanie

l'établissement et donc aux usagers en terme de performance (meilleur accueil, meilleures prestations, meilleur encadrement, etc.)

Les formations permettent également une meilleure intégration des personnels, permettent de lutter contre les phénomènes de 'burning out'. En outre, et cet aspect me paraît aussi important, les formations facilitent la mobilité professionnelle, mobilité qui sera de plus en plus exigée sur le plan social.

1-2-3 Inscrire le centre dans son territoire

Il était important de développer le partenariat et la reconnaissance, par le territoire, de l'établissement. Il existe sur le canton, un dynamisme associatif et de réseau fort important. Inscrire un établissement dans ce dynamisme est impératif. Un internat de peut rester replié sur lui même sans courir le risque de se scléroser et de ne plus correspondre aux besoins. Ouvrir l'établissement, c'est lui permettre d'évoluer, de se tenir au fait des changements et de s'adapter à ceux ci. Dans le cadre du projet d'établissement, c'est lui donner les occasions de saisir les opportunités qui vont lui permettre de mettre en place concrètement les objectifs du projet. Un directeur se doit d'être à l'écoute de son environnement au travers les moyens de communication offerts par celui ci. La participation aux différents lieux de communication où s'échangent l'information (instances municipales, réseau locaux), et le développement d'accord de coopération fut un domaine privilégié d'actions dès mon arrivée. Je mis en place au niveau du soin un accord de coopération avec un médecin généraliste, un cabinet d'infirmiers, et un pharmacien ; et au niveau insertion, je signais un partenariat avec l'office nationale des forêts (travail d'environnement forestier), une boulangerie (récupération d'invendus), des magasins d'électro ménagers (récupération de machines destinées à la démolition). L'ensemble de ces actions permettant une amélioration de la prise en charge des personnes accueillies dans l'établissement dans ses axes de soins et d'insertion.

Ce partenariat, source d'innovations et d'évolution, constituant également le préalable à la mise en place du projet 'chantier école'.

³⁴ Par l'intermédiaire notamment du site gouvernemental : www.drogues.gouv.fr

J'ai également inscrit ma démarche partenariale en intégrant les réseaux santé et insertion du canton.

En matière de santé, le réseau 'à ta santé', a été créé en février 1995 sur l'initiative d'une assistante sociale de la caisse primaire d'assurance maladie et du directeur du centre communal d'action sociale de la ville de Fourmies. Il a pour finalité de 'rendre un service adapté à l'usager dans sa globalité par le biais d'un meilleur accès aux soins et à la santé'. Il s'agit d'un regroupement de professionnels représentants de nombreuses institutions et associations oeuvrant dans le domaine de la santé sur l'ensemble du canton. Une charte partenariale a été signée le 26 novembre 1999 par 38 institutions. L'état a valorisé le réseau par la visite de Madame Gillot, secrétaire d'état à la santé et aux handicapés, le 16 février 2000.

J'ai intégré ce réseau en 1998 et participé à l'animation du projet 'jeune'. Le réseau est encore aujourd'hui très actif.

En matière d'insertion, l'animation en réseau revient au plan local d'insertion par l'économique (PLIE), qui fédère dans ses réunions et plates forme, l'ensemble des acteurs d'insertion du canton.

Je participe aux réunions et travaux du PLIE depuis sa création en 1999.

Je suis membre également du bureau du comité communal de prévention de la délinquance (CCPD) avec lequel l'association a monté le projet du quatrième club de prévention.

La stratégie qui m'anime dans cette recherche d'inscription partenariale est le souhait de maintenir l'établissement mais aussi moi même, dans un milieu ouvert et évolutif. L'avantage du partenariat c'est qu'il permet de se confronter à la réalité des autres. Ces derniers amènent des opportunités mais également des limites dans la mesure où les certitudes personnelles viennent se frotter à celles des autres ce qui permet finalement la remise en question et la construction de projet plus rigoureux.

1-2-2 Organiser le droit d'expression des usagers

Les établissements de soins aux toxicomanes ne sont pas encore intégrés dans les dispositions de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales.

Cependant, le projet de loi rénovant l'action sociale et médico sociale intègre dans les institutions sociales et médico sociales les structures du dispositif spécialisé en toxicomanie.

La note d'orientation de la direction général de la santé en date du 2 mai 2001 précise que :

- Cette évolution a pour finalité de donner aux structures du dispositif spécialisé un cadre juridique de droit commun, qui leur permette de faire l'objet d'une planification et d'une articulation entre le système de soins hospitalier et les institutions sociales.
- L'intégration dans la catégorie des institutions médico sociales constitue une normalisation du dispositif toxicomanie.

L'article 9 du projet de loi rénovant l'action sociale et médico sociale définit la liste des services et établissements qui composent la catégorie des institutions sociales et médico sociales. Le 8° de l'article 9 vise ' les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins et d'accompagnement en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique'. L'établissement 'la maison', est indéniablement incluse dans cette définition.

Dans les principales dispositions du projet de loi rénovant l'action sociale et médico sociale, figure le principe fondamental du droit des usagers.

L'établissement garantit depuis son ouverture le respect de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité des usagers reçus.

Cependant, j'ai, avec l'équipe, formalisé le droit des usagers au travers un certain nombre d'outils regroupés, au niveau du projet d'établissement, sous le chapitre 'organisation du droit d'expression des usagers'.

Ce droit est organisé de la façon suivante :

- Un livret 'à l'usage des demandeurs' est envoyé à chaque personne qui fait une demande d'entrée, un livret à l'usage des professionnels est envoyé à son référent de terrain. Ces livrets informent des dispositions de l'établissement et des modalités de la prise en charge³⁵.
- A l'entrée, l'utilisateur reçoit un livre d'accueil qui réprecise l'organisation du centre.
- Tout au long de son séjour, l'utilisateur bénéficie d'un contrat de séjour individualisé qui est rédigé par l'utilisateur au cours d'entretiens avec le psychologue.
- Les usagers disposent d'un 'espace d'expression' dans l'établissement constitué d'un bureau, d'un panneau d'affichage, de matériel pour écrire et d'un classeur 'questions / réponses'. Ils peuvent ainsi formaliser des questions auxquelles je réponds par écrit dans un délai de 3 jours.
- Il existe dans l'établissement, une réunion hebdomadaire dite institutionnelle réunissant l'éducateurs spécialisé, le moniteur éducateur et les résidents ; une réunion mensuelle réunissant les usagers avec l'éducateur, le psychologue et le directeur.
- Ces différentes modalités d'expression sont affichées pour information dans chaque chambre.

J'ai cherché par cette organisation à concilier le droit des usagers avec les caractéristiques particulières de leurs difficultés et notamment leur extrême dépendance qui provoquent des bouffées brutales de désir de consommation de produits psycho actifs³⁶, obligeant à construire un règlement limitatif de liberté.

³⁵ Voir annexes

³⁶ Phénomène de craving, se traduisant par de violentes envies de consommation intervenant à distance du sevrage, responsables de ruptures du processus de soins.

Cette organisation a aussi été élaborée dans le respect de l'équipe et son souci légitime de sécurité.

Il est bien évident qu'elle peut s'améliorer et nous réfléchissons, avec le GRANIT³⁷, à la création, pour le public toxicomane, d'un règlement de fonctionnement tel que défini dans l'article 261-5 du projet de réforme de la loi de 1975.

³⁷ GRANIT : groupement régional des intervenants en toxicomanie Nord Pas de Calais.

Chapitre 2- L'insertion par l'activité.

1-3 Analyse du dispositif

1-3-1 Définir le mot insertion pour l'établissement.

Le concept d'insertion est au centre de nos préoccupations au sein de l'établissement. Si les modalités de la prise en charge des soins sont parfaitement rodées et évidentes, la partie insertion est beaucoup plus délicate à mener, et soulève de nombreuses interrogations. Nous recevons un public extrêmement désaffilié, destructuré, largement en marge des circuits sociaux, et ce depuis des années. C'est un public qui se définit par ses manques : manque de qualifications, d'expériences de travail, de diplômes, qui vit dans un climat de marginalité active (deal, vols, 'magouilles' en tout genre), en évoluant dans un contexte économique où l'emploi se fait rare et exigeant. Faire retrouver, dans ces conditions, un emploi du secteur marchand à notre public relève de la quadrature du siècle. Réduire le terme insertion à ce seul objectif, relève de l'aveuglement, tout en étant très préjudiciable pour l'équipe car porteur d'échecs à répétition.

Le concept d'insertion sociale, au sein de l'établissement, n'est donc pas réduit à l'accès à un emploi salarié du secteur marchand ou à l'entrée dans une formation qualifiante. Les actions que nous menons en terme d'insertion, contribuent cependant à améliorer la sphère relationnelle en permettant la reconsidération et en améliorant l'employabilité par l'acquisition de savoir être et de savoir faire.

Comme l'écrit Jean Pierre Hardy³⁸, 'l'insertion passe par l'activité et la citoyenneté et non pas uniquement par l'emploi salarié....s'il faut anticiper sur le prochain quart de siècle, ce sont des directions de la citoyenneté et du lien social qu'il faut créer'.

Ainsi dans notre programme d'insertion, nous faisons référence à la théorie 'vitaminée' de Warr (1987)³⁹ qui suggère que certaines formes d'activité peuvent, à la manière des vitamines, enrichir la santé mental et la santé physique. De nombreuses études ont montré que la santé mentale est d'autant meilleure que l'activité dans laquelle s'inscrit

³⁸ Guide de l'action sociale contre les exclusions, Jean Pierre Hardy, DUNOD, Paris, 1999, page 118

la personne sans emploi, est variée, structurée et porteuse de sens. Ainsi, investir dans une activité améliore l'estime de soi, l'identité sociale et facilite le retour à l'emploi. Proposer, à un groupe de grands exclus toxicomanes un ensemble d'activités de travail au sein d'une structure organisée, participe, par une mise en œuvre d'actions à la limite du soin, à une pré insertion dans la vie sociale. A court terme, la personne s'implique dans une activité et développe un sentiment de valorisation d'elle même. A long terme, elle développe des acquis et une vision plus positive du monde. L'ensemble favorisant un retour vers l'emploi.

Ainsi au sein de l'établissement, nous ne sommes pas restés strictement sur une vision d'insertion vers l'emploi, mais avons développé l'idée d'activité de pré insertion, comme complément du soin. Nous rejoignons les idées de Boissonnat⁴⁰ (1995), avec son projet de contrat d'activités en conférant au mot 'insertion' une signification multidimensionnelle.

Au niveau de l'établissement, il existe des outils définis sous le terme d'ateliers de réentraînement au travail qui remettent l'utilisateur dans un contexte d'activités.

Ceci dans un double but :

- Soit celui d'occuper l'utilisateur dans le cadre d'une activité de type ergo thérapeutique, avec pour finalité l'amélioration de la sphère mentale et comportementale.
- Soit celui d'engager l'utilisateur dans une dynamique de retour vers l'emploi ou, dans un premier temps, vers une activité de pré insertion de type chantier école.

Nous respectons ici le désir et les possibilités de l'utilisateur de s'inscrire dans un parcours à finalité d'insertion, ou dans un parcours à finalité de soins.

Environ 30 % des usagers reçus dans l'année s'engagent dans un parcours d'insertion. Parmi ces 30 % , la moitié se dirigent directement vers des emplois du secteur marchand ou vers une formation qualifiante. L'autre moitié a besoin d'une étape supplémentaire entre les ateliers de réentraînement au travail et le secteur classique.

Cette constatation nous a engagé dans la construction d'un projet répondant à cette demande.

³⁹ Cité par Georges Liénard dans l'insertion : défi pour l'analyse, enjeu pour l'action, MARDAGA, Hayen, 2001, page187

Quels outils pour cette demande ?

1-3-2 Analyser le champ de l'insertion par l'activité économique

Pour réinsérer les exclus dans la communauté, il faut leur donner une chance de se prendre en charge, de se rendre utile, de retrouver leur dignité par un travail autonome et responsable réalisé sur un marché ouvert qui leur permette de mesurer leurs capacités⁴¹. Ce document définit les spécificités des structures relevant du secteur de l'insertion :

- Mixtes, c'est à dire économiques et sociales
- Partenariales, par nécessité logique
- Territoriales, car répondant aux besoins locaux

Cependant, et comme le souligne encore Claude Alphandéry, 'elles peuvent naître à tout instant en fonction d'initiatives locales qui reconnaissent des besoins spécifiques de services ou de produits, et qui, en prenant appui sur ces besoins, recrutent des personnes en difficulté. Ainsi est souligné le caractère d'adaptation de l'action par rapport à un public spécifique et à un besoin non satisfait.

IL existe en effet une grande diversité de structures pour une grande diversité de publics. Globalement on peut distinguer les structures participant à l'activité marchande :

- Entreprises d'insertion, fonctionnant comme de véritables entreprises avec un haut niveau d'exigence en terme de productivité et qui recrutent en vue d'un accès direct à l'emploi marchand, des personnes rencontrant en difficulté. Ce qui présuppose une certaine sélection des personnes employées du fait de la productivité.
- Entreprises de travail temporaire d'insertion, qui sont des entreprises de travail temporaire classique organisées pour recevoir un public en difficulté.

⁴⁰ Boissonnat J, le travail dans 20 ans, Odile Jacob, la documentation française, Paris, 1995.

- Associations intermédiaires, qui embauche des personnes sans emploi en difficulté pour les mettre à la disposition de personnes physiques ou morales.

Les activités d'utilité sociale :

- Organismes relevant des articles 45 et 46 du code de la famille et de l'aide sociale qui organisent des actions visant à prévenir la marginalisation et à faciliter la promotion sociale des jeunes et des familles.
- Organismes relevant de l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale, tels que les centre d'hébergements et de réinsertion sociale (CHRS), et les centres d'adaptation à la vie active (CAVA).
- Les chantiers école, ou chantier d'insertion.
- Les régies de quartier

Enfin le secteur mixte : Ces structures exerçant des activités à la fois marchandes et non marchandes, en développant une offre de biens et de service en vue d'une commercialisation, et des activités présentant un caractère d'utilité sociale. Appartiennent à ce secteur certains ateliers des CHRS, certains chantiers école ou certaines régies de quartier.

Les critères légaux d'inclusion dans ces dispositifs sont :

- Etre sans emploi et rencontrer des difficultés sociales et professionnelles particulières .
- Signer un contrat de travail.
- Bénéficiaire de mesures spécifiques d'accueil et d'accompagnement.

Le conventionnement des structures passe par une procédure commune :

- Instruction par la DDTEFP⁴²
- Avis préalable du CDIAE⁴³
- Décision de la DDTEFP

La convention est annuelle ou pluriannuelle dans la limite de 3 ans. Les publics doivent être agréés par l'agence nationale pour l'emploi.

⁴¹ Rapport de Claude Alphanféry (1990), cité dans l'insertion par l'activité économique, supplément ASH, page 9.

⁴² DDTEFP : direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

⁴³ CDIAE: conseil départemental de l'insertion par l'activité économique.

1-2-3 Le chantier école, un outil d'insertion adapté

Les chantiers formations, chantiers écoles, chantiers extérieurs existent depuis des dizaines d'années en France et en Europe. Le chantier école s'est néanmoins considérablement développé depuis 10 ans en raison du décalage croissant entre la demande et l'offre d'emploi, la mise en place des contrats aidés et la mobilisation des collectivités dans la lutte contre l'exclusion.

Le chantier école naît toujours d'une double préoccupation :

- Celle de faire progresser des personnes éloignées de l'activité économique.
- Celle de mener une action utile au 'pays', au quartier et aux habitants.

Le chantier école implique la mise au travail pour une production grandeur nature, de personnes encadrées par un personnel qualifié techniquement et pédagogiquement.

Le chantier répond à un certain nombre de fondements, regroupée en une charte⁴⁴ :

- Priorité aux personnes.
- Non à la démarche occupationnelle.
- Oui à la valorisation des personnes.
- Organisation professionnelle et encadrement de qualité.
- Inscription du chantier école dans un parcours d'insertion.
- Obligation d'évaluation.
- Logique d'intérêt collectif.
- Volonté de développement local.
- Stratégie globale.
- Nécessaire changement des priorités globales

La loi de lutte contre les exclusions introduit dans son article 18 le terme de chantier école selon la rédaction suivante :

L'état peut également conclure des conventions mentionnées à l'article L 320-4-16 avec des organismes relevant des articles 45, 46 et 185 du code de la famille pour mettre en œuvre des actions d'insertion sociale et professionnelle au profit des personnes bénéficiant de leurs prestations ainsi qu'avec les chantiers écoles et les régies de quartier. La circulaire d'application du 26 mars 1999⁴⁵ précise que :

⁴⁴ La charte des acteurs, déclinée dans chantier école guide méthodologique.

⁴⁵ Circulaire DGEFP 99-17 du 26 mars 1999 relative à la réforme de l'insertion par l'économique.

Les formules du type chantier école couvrent des initiatives locales multiformes souvent mises en œuvre à l'initiative des conseils généraux et des communes. Leur objectif est la mise en situation de travail de personnes de faible niveau de qualification et en situation d'exclusion sociale et professionnelle, dans le cadre d'activités telle que la restauration du patrimoine naturel ou bâti. Ces activités doivent se dérouler dans le cadre de besoins collectifs non satisfaits. Les chantiers développent leurs activités économiques en recourant à des mesures d'insertion diverses, essentiellement des contrats en alternance et les contrats de type CES ou CEC⁴⁶.

Les chantiers écoles se sont regroupés en association dont l'objet est de :

- Regrouper l'ensemble des acteurs de chantiers
- Faire respecter la charte des acteurs
- Mener toutes actions répondant aux besoins et attentes de ses membres
- Agir pour la reconnaissance des chantiers école par les pouvoirs publics
- Développer les relations entre associations
- Développer toutes actions permettant la promotion et la valorisation des chantiers école

L'association chantier école a signé avec la délégation générale de l'ANPE une convention nationale pour cadrer les conditions de la mise en œuvre de l'obligation de labellisation des publics employés en CES, CEC dans les structures d'insertion par l'activité économique.

Le chantier école est donc une entité bien structurée et organisée grâce à une charte, une association et une convention nationale avec l'ANPE. Cette organisation et cette reconnaissance permet aux porteurs de projet de bénéficier de conseils et d'un cadre rigoureux permettant de mener à bien les actions envisagées.

⁴⁶ CES : contrat emploi solidarité ; CEC : contrat emploi consolidé.

Chapitre 3 - La marginalisation sociale de l'utilisateur de drogue

3-1 Toxicomanie et désinsertion

3-1-1 Une réalité brutale

Les enquêtes (données institutionnelles, études sur les populations particulières, études sur les populations générales), mettent l'accent sur la radicalisation des états de pauvreté et la précarisation des toxicomanes. Rodolphe Ingold, dans une rétrospective des tendances de la toxicomanie de 1970 à l'an 2000⁴⁷ note que le point le plus frappant de l'évolution des situations sociales est celui de la paupérisation de cette population. Il estime à 31 % la proportion de ceux qui touchent le revenu minimum d'insertion. Il remarque que les pratiques de mendicité et de recours aux aides sociales de base sont devenues fréquentes, le travail sexuel affecte une grande proportion de filles. La stigmatisation des usagers de drogues, loin de s'être amendée, bénéficie d'un second souffle. Les études épidémiologiques de l'INSERM montrent un état de dégradation de l'état de santé des toxicomanes⁴⁸. L'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), estime pour le mois de novembre 1999, une prise en charge de 17 374 toxicomanes par les centres de soins spécialisés. Pour autant, le nombre de toxicomanes pris en charge s'accroît d'année en année avec un doublement en 5 ans. La tendance au vieillissement est signalée dans l'ensemble des études : l'âge moyen est passé de 25, 9 ans en 1987 à 30, 7 ans en 1999. Les personnes qui ont recours aux centres de soins sont en majorité des héroïnomanes, qui souffrent d'une toxicomanie ancienne et qui sont polytoxicomanes. Ainsi comme l'écrit Anne Coppel : Les toxicomanes connus des services sanitaires et sociaux sont le plus souvent des toxicomanes marginalisés dont la toxicomanie est ancienne (de 6 à 10 ans et plus). Les jeunes usagers restent secret le plus longtemps possible. Ceux qui se présentent comme toxicomanes dans les services sont aussi ceux qui n'ont plus rien à perdre, leur toxicomanie a déjà été identifiée, aussi bien par leurs proches que par les services de police⁴⁹.

⁴⁷ Publiée dans drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, observatoire français des drogues et toxicomanies, édition 1999.

⁴⁸ Etude épidémiologique 1991 – 1992, F FACY, INSERM et direction générale de la santé.

⁴⁹ Anne Coppel, l'économie souterraine de la drogue, conseil national des villes, maison des sciences de l'homme, 1994, page 83.

Ces observations rejoignent les bilans d'activité de l'établissement qui montrent par exemple pour l'année 2000 :

Profession	Aucune	Intérim	Contrat aidé	CDD	
	78 %	13 %	3 %	6 %	
Ressources	RMI	Assédict	Sans	Autre	
	57 %	12 %	25 %	2 %	
Logement	Parents	Tiers	Foyer	SDF	Autofinancé
	47 %	16 %	12 %	9 %	16 %
Etudes	Sans	CAP	BEP	BAC	BAC+
	31 %	34 %	19 %	12 %	3 %

L'enquête DREES de novembre 1999⁵⁰, met en évidence un taux d'inactivité pour les toxicomanes de 62 %. Le détail du taux d'actifs, 38 %, se décompose en 18, 9 % d'emploi stable pour 19, 1 % d'emploi précaire.

Le département du Nord connaît un développement important de la toxicomanie depuis les années 89/90. Une étude ethnographique de l'IREP de 1996⁵¹ décrit les usagers de psychotropes de Lille, comme une 'population d'usagers souvent très marginalisés, méfiants vis à vis des structures d'accueil et de soins et qui ne disposent pas de modèle par rapport à une culture de l'injection et aux stratégies de réduction des risques'. L'étude met également l'accent sur la sévérité des carences sociales et sanitaires des usagers.

La précarisation des toxicomanes apparaît ainsi, au regard des chiffres, extrêmement massive. La disqualification, la désaffiliation, l'ancienneté dans la dépendance, et un âge sans cesse en augmentation, font des toxicomanes un public très difficile à réinsérer. Cependant, leur situation sociale mérite une analyse plus fine.

⁵⁰ Opus cité page 38

⁵¹ Rodolphe Ingold, étude multicentrique sur les attitudes et les comportements des toxicomanes face au risque de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite C, Paris, IREP, 1996.

3-1-2 Une situation fort complexe qu'il faut reconnaître

Les structures de soins spécialisées, et notamment les structures avec hébergement, ne touchent qu'une partie des consommateurs de drogues illicites et ce surtout depuis l'arrivée massive des traitements de substitution (février 1996). De nombreux usagers n'ont pas recours aux dispositifs socio sanitaires. Différentes études ont montrées que les héroï nomanes s'adressent aux structures sanitaires dans un délai proche de 2 ans à la suite de leur première prise d'héroïne, et ceci dans 76 % des cas. Cependant, une enquête⁵² a aussi mis en évidence que dans une large proportion de cas, les toxicomanes utilisaient des équivalents à ce premier recours aux institutions spécialisées qui aboutissaient à une arrêt immédiat de la consommation, par un retrait du milieu (déménagement, éloignement familial), et ce de façon précoce après la première prise de produit.

De plus, le recours répétitif aux structures de soins pour gérer la dépendance ne constitue pas nécessairement un indicateur de sortie de la toxicomanie. Certaines conduisent les usagers de drogues à une répétition sans fin du recours aux institutions spécialisées ou à l'incarcération.

Albert Ogien écrit⁵³ : 'Les traitements dispensés dans les centres de soins ne se montrent efficaces que pour un tiers des patients reçus....Un constat s'impose donc : la majorité des drogués met un terme à sa dépendance par ses propres moyens, dans une succession d'essais et d'échecs répétés avec ou sans l'aide de proches, de parents, de médecins ou de service d'assistance'.

Cette observation peut se rapprocher du phénomène de guérison spontanée (maturing out), décrit par la littérature scientifique depuis une vingtaine d'années. Certains spécialistes estiment à deux tiers la proportion de toxicomanes n'ayant jamais été médicalement et socialement pris en charge pour leur conduite addictive⁵⁴. Cette constatation se rapproche d'une étude de l'office fédéral de la santé publique Suisse (Berne 2001), qui met en évidence que la plupart des toxicomanes s'en sortent soit spontanément, soit avec une aide appropriée et que la plupart du temps, les toxicomanes font beaucoup d'efforts pour normaliser leur vie mais que le recours à la normalité est

⁵² Rodolphe Ingold, les toxicomanes incarcérés, Paris, IREP, 1986.

⁵³ Albert Ogien, sociologie de la déviance, Paris, Armand collin éditeur, collection U, 1995, page 147.

lent. L'étude met aussi en évidence qu'une intégration réussie dans le monde du travail facilite l'abstinence et que les contacts sociaux aident à s'en sortir plus facilement.

Toutes ces études se rapprochent des constatations faites par nous mêmes au sein de l'établissement. Il est évident que nous touchons une faible partie des usagers de drogues et que nos clients sont caractérisés par leur extrême dénuement, et leur état de désaffiliation massif. Nous accueillons donc, certes des toxicomanes, mais aussi et surtout de grands exclus.

En matière de prise en charge, nous rejoignons les constatations faites par Albert Ogien : 1/3 des patients reçus dans l'année 's'en sortent '. Nous entendons par là, qu'ils quittent l'établissement avec un projet d'appartement autonome, un travail, une gestion de leur dépendance par une substitution bien menée ou par une abstinence. 1/3, voit leur situation globale s'améliorer sensiblement avec notamment un confort et une qualité de vie facilitée, mais tout en restant dépendant du système des aides sociales et de l'assistanat (RMI, foyer logement). 1/3 n'améliore pas significativement sa problématique existentielle et retrouve rapidement le style de vie lié à l'errance et à la dépendance.

Ces constatations nous amènent à dépasser le strict cadre de la toxicomanie dans nos efforts d'adaptation du cadre de soins au public reçu. Il nous faut donc traiter en même temps la maladie toxicomaniaque avec la nécessaire prise en charge des phénomènes de dépendance, les carences psychiques, les déséquilibres psychologiques, la fragilité mentale à l'origine de la poursuite de la toxicomanie et de l'impossibilité de s'en dégager, la co morbidité somatique liée à la poursuite sans précautions d'une conduite de risque (hépatite C, sida), et la maladie sociale liée à la chronicité de l'état d'exclusion.

Tout cela nécessite une prise en charge globale adaptée, dont le chantier école constitue l'ultime étape cependant réservée à une partie seulement des accueillis, soit environ 30 % sur l'année. Le problème de la sortie restant entier pour les autres, notamment ceux qui ne parviennent pas à s'adapter ou s'inscrire dans la dynamique de l'établissement. Cependant, une réflexion plus poussée de la toxicomanie s'impose encore si on veut bien cerner et mieux comprendre le phénomène et par là améliorer la prise en charge.

⁵⁴ Philippe Mosse, la prise en charge des toxicomanes, LEST . 97, convention MIRE n° 94/41, 1997.

3-1-3 Le mythe du toxicomane isolé et désocialisé⁵⁵

Il est clair, et mon expérience de directeur d'un centre spécialisé le confirme chaque jour, que les toxicomanes appartiennent à une micro société qui ont en commun de partager collectivement une série d'activités et une même expérience, celle de l'usage de psychotropes. Les toxicomanes forment un groupe, qualifié de marginal et jugé négativement.

Il est également clair, et là je fais encore une fois référence à mon expérience, mais également à celle de mes collègues intervenants en toxicomanie, qu'il existe une réelle socialité à l'intérieur de ces groupes de toxicomanes et dans l'univers des psychotropes.

De plus, je pense, à l'instar d'autres chercheurs ou intervenants, que ces groupes ne s'opposent pas à la société, mais qu'ils tentent de vivre avec elle. Ainsi, il est extrêmement important dans un établissement de soins aux toxicomanes, de déconstruire l'image du toxicomane asocial, étranger au monde, l'établissement et son équipe devenant plutôt un espace transitionnel d'échanges entre le monde social classique et le monde particulier de la toxicomanie. Ainsi, il est possible de mieux appréhender les résultats vis à vis des sorties de l'établissement et en faire la lecture plus positive et moins dramatique suivante :

- 1/3 des accueillis sortent effectivement vers une socialité classique.
- 1/3 a amélioré les passerelles entre la socialité toxicomaniaque et la socialité classique.
- 1/3 retrouve la socialité toxicomaniaque antérieure mais sait qu'une possibilité de pont existe entre ces sociétés.

Ainsi le monde de la toxicomanie n'est pas seulement fait d'anomie et de désorganisation. Il est beaucoup plus complexe qu'une simple analyse le laisserait supposer. Les toxicomanes développent de nombreuses habiletés pour survivre et ne sont pas en dehors de la société. Robert Castel écrit : 'qu'il n'y a personne en dehors de la société, mais un ensemble de positions dont les relations avec son centre sont plus ou moins distendues'⁵⁶. Le défi d'une post cure, c'est de proposer à la fois des outils fiables et pragmatiques d'inclusion dans la société classique, et des modalités de prise

⁵⁵ Ce titre est tiré du livre de Nadia Panunzi Roger, le toxicomane et sa tribu, Desclée de Brouwer, Paris, 2000

⁵⁶ Robert Castel, la métamorphose de la question sociale, Paris, Fayard, 1995, page 442.

en charge ayant pour objectif l'amélioration de la sociabilité marginale des toxicomanes. L'utilisateur est ainsi respecté dans son vécu : il peut, s'il le désire et s'il en a les possibilités, se rapprocher du centre de la société, mais il a aussi la possibilité d'améliorer sa position décentrée. Il reste en tout état de cause responsable de son destin.

Conclusion de la deuxième partie

A notre époque, l'emploi conditionne encore largement l'insertion sociale des individus. Depuis la fin des années 70, le salariat connaît cependant de grands bouleversements, et nul ne peut prédire à l'heure actuelle, sur quel paradigme la société se reposera dans le futur.

L'établissement 'la maison', a pu, à partir d'un projet de centre de transition, se repositionner comme établissement social accueillant pour de longues durées des personnes en situation de grande vulnérabilité sociale. De cette restructuration est sorti le projet chantier école ayant pour objectif la pré insertion sociale des toxicomanes.

Cependant, l'action sociale que l'établissement mène en faveur de cette insertion, n'est pas réductible à l'emploi. Au contraire, elle doit rester libre et ouverte et travailler l'insertion avec comme objectif l'amélioration de la qualité de vie et de l'inscription sociale des publics accueillis.

Le chantier école peut servir de sas vers l'emploi, comme il peut servir à d'autres alternatives, du moment que l'utilisateur reste au c.ur du projet et en soit le premier bénéficiaire.

3^{ème} PARTIE

LE CHANTIER ECOLE, UNE AIDE A L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES TOXICOMANES

Chapitre 1 – Intégrer l'ancien exclu toxicomane dans la société

1-1 Lutter contre la désaffiliation, une éthique de direction

1-1-1 L'établissement et l'action sociale

L'établissement se situe au c.ur de l'action sociale. Je définirais celle ci comme la somme des moyens et attitudes qui tentent d'agir sur la société pour que les individus et les groupes y trouvent leur place. Le terme action implique une dynamique et en effet, les mesures prises par l'établissement pour agir sur les conséquences multidimensionnelles et multifactorielles des difficultés des personnes ne sont pas définies une fois pour toute, mais sont au contraire ouvertes et évolutives, face à de nouvelles pressions sociales, ou devant l'évolution des demandes des publics. L'établissement se situe donc résolument dans la mouvance de la complexité, et fait de l'incertitude une force créatrice.

Il est bien entendu que revient au directeur le rôle de tenir ferme la barre du navire pour qu'il ne s'abîme pas dans l'océan d'un chaos stérile. L'incertitude ne peut, paradoxalement, bien se gérer qu'à partir de la cohésion et de la sécurité. Alors seulement peut être envisagée l'acceptation des équilibres instables qui permettent en permanence ce que Jean Pierre Hardy nomme : la dialectique d'intégration – dépassement – subversion.

Je me sens proche de sa pensée quand il écrit : ' si l'action sociale des pouvoirs publics se doit d'être organisation de dispositifs, cela ne veut pas dire instrumentalisation des acteurs, mais acceptation de leur appropriation critique en faveur des besoins des publics.

Ainsi, rapporter à l'établissement cette pensée articule bien les différents rapports dialectiques entre les usagers, l'équipe et la direction, chacun s'appropriant le cadre en le faisant vivre, c'est à dire bouger.

C'est dans cette vitalité que l'action sociale menée par l'établissement peut être productive de valeurs et de lien social.

1-1-2 La citoyenneté au c.ur du projet

Le projet qui m'anime au travers l'établissement, et par rapport à la population reçue, que j'ai tenté de bien définir tout au long de ce mémoire, c'est comme l'écrit Jean Pierre Hardy : ' d'assurer le mieux vivre ensemble, afin de façonner en permanence, un projet de citoyenneté'.

Les actions menées et toute la dynamique de l'établissement sont au service de cette idée : permettre à chacun de vivre son originalité et son autonomie en s'intégrant dans une dialectique de citoyenneté globale.

Par l'animation et la création du chantier école, je n'ai pas la prétention d'insérer la totalité des personnes reçues dans le secteur marchand et le travail salarié. Ma stratégie se situe ailleurs. Elle vise à remettre les personnes bénéficiaires du chantier dans une évolution personnelle. L'objectif est de créer une forme d'action gratifiante pour faire passer la personne du statut d'aidé au statut d'aidant. C'est une action d'insertion au sens large, à la limite du soin. Ce qui est recherché, c'est la restauration de l'estime de soi et de la confiance en soi.

Cependant, est affirmée la notion de parcours, ce qui implique une dynamique. L'utilisateur n'est pas figé au niveau du chantier qui lui même s'articule entre un avant et un après. Le projet veut cultiver le paradoxe de la modestie et de l'ambition et donc évoluer dans une certaine incertitude. Modestie, car ce dispositif qui s'adresse à des usagers en grande difficulté est tributaire du champ économique général, et je ne sais pas, à l'heure où j'écris ces lignes, si l'évolution sociale permettra de donner à tous un statut et une place reconnue dans la société. Ambitieux, parce que le chantier école a une action sur le lien social et favorise largement une reprise d'emploi ou l'accès à une place sociale reconnue.

Nul ne sait à l'heure actuelle, si l'emploi salarié continuera d'être la principale façon d'être reconnu et identifié dans nos sociétés. Une grave incertitude pèse en effet à long terme, sur le retour à l'emploi pour tous. Mais ce qui est certain, c'est comme le souligne Hobbes : 'Que l'homme a besoin d'un contrat pour vivre. Cela lui est nécessaire pour dépasser son état de nature propice à tous les excès'. Je citerais aussi

Saint Simon pour qui : ‘ la société est une machine organisée dont toutes les parties contribuent de manière différente à la marche de l’ensemble⁵⁷.

Nous ne pouvons donc pas savoir vers quel changement nous entraînent le mouvement des idées, la mondialisation, l’avènement de l’Europe, les mouvements sociaux. Cependant, ce dont je suis convaincu, c’est que l’objet de l’action sociale, c’est essentiellement le lien social, qu’il s’agisse de le renforcer ou d’en prévenir la désagrégation.

Le projet chantier école est créé dans cette philosophie.

Chapitre 2 – Mettre en place les conditions du retour dans l’emploi

2-1 Le projet chantier école, ultime étape du soin

2-1-1 Présentation et origine du projet

L’origine du projet est à situer dans la mise en place de l’atelier ‘ bois environnement ’ interne à l’établissement, et dans les relations partenariales que je mène depuis mon arrivée avec les différents acteurs sociaux du canton.

En 1998 et 1999 je mis en place plusieurs ateliers dans l’optique de développer le soin par l’activité tel que je l’ai décrit dans le chapitre 1 de la partie 2, et je signais pour cela, plusieurs convention de partenariat, dont une avec l’office nationale des forêts⁵⁸.

Un atelier, l’atelier bois, prit plus d’ampleur, fut l’objet d’un certain engouement de la part de l’équipe et des usagers et permit dans les années 99 et 00, la remise à l’emploi dans le secteur marchand, de 6 résidents (3 directement dans la filière bois, et 3 autres dans des métiers en périphérie).

D’autre part, un besoin local d’activité apparut au niveau des acteurs de l’insertion porté par le PLIE, qui cherchait des opérateurs capables de mener des actions d’insertion pour ses publics.

Dans l’année 2000, l’office national des forêts, rechercha activement une association souhaitant gérer son dispositif ‘ accueil du public ’ qui emploie des personnes en contrat emploi solidarité, pour assurer la partie sociale et gestion des contrats. Comme nous

⁵⁷ Saint Simon, œuvres, tome 5, anthropos, page 177.

⁵⁸ Voir annexes

travaillions déjà ensemble depuis deux années sur l'atelier 'bois', elle fit naturellement appel à l'association.

Il y avait donc rencontre d'un besoin d'utilité collective avec un porteur de projet potentiel, l'ensemble porté par une dynamique territoriale.

A la suite d'une réunion 'contrat bois' animée par le conseil général, représenté par le responsable environnement, la décision de monter un projet chantier école 'environnement forestier' fut prise.

Le projet a été déposé à la direction du travail en septembre 2001.

Il est prévu pour recevoir 6 personnes pour 1 an. La date de départ du chantier est fixée à début 2002. L'intitulé des postes est : agents d'entretien de l'environnement forestier.

Les horaires et rythme de travail : 20 heures / semaine, 3 jours semaine, temps de formation en sus.

Je vais maintenant décrire plus précisément l'action et utiliser pour cela le présent de l'indicatif pour des raisons de meilleure lisibilité.

2-1-2 Un public diversifié

Le public qui intègre le chantier école est issue de l'établissement et du canton de Trélon.

Les usagers provenant de l'établissement ont réalisé préalablement un parcours de soin complet supérieur à 6 mois. Pendant cette période, ils ont bénéficié des modalités prévues par le projet thérapeutique concernant les axes soins et réinsertion. Ainsi en matière d'insertion, ils ont tous travaillé dans les ateliers de réentraînement à l'activité proposés à l'interne et managés par les éducateurs techniques. Ils sont abstinentes ou prennent correctement un traitement de substitution. Leurs situation judiciaire est à jour et ils sont inscrits à l'ANPE. Ils sont désireux de poursuivre leur parcours de soins par un parcours d'insertion. L'équipe et notamment le psychologue considèrent également que l'inscription dans le chantier peut leur être bénéfique.

En même temps que la demande d'entrée dans le chantier école, les bénéficiaires ont fait une demande de logement indépendant. Ils débute donc le chantier soit dans un logement autonome soit dans un appartement de suivi appartenant à l'établissement

mais située dans une autre zone géographique que le centre. Cette autonomie est indispensable, puisque le public n'est plus considéré en parcours de soin mais en parcours d'insertion.

Le public issu du canton de Trélon est un public en difficulté suivi par les acteurs et partenaires mettant en œuvre les politiques locales d'insertion : plan local d'insertion par l'économique (PLIE), agence nationale pour l'emploi, et permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO). Ces personnes ont un référent qui leur propose d'intégrer le chantier pour un parcours d'insertion.

Le public est donc mixte par l'origine (régions différentes), l'âge (les personnes issues du canton sont plus âgées), la problématique (les publics issus de l'établissement sont plus désocialisés). Cette mixité est souhaitée car d'une part nous considérons que l'interaction entre les différents publics est bénéfique et d'autre part, elle permet de lutter contre les représentations péjoratives dont sont l'objet les toxicomanes. Je ne voulais pas non plus construire un chantier 'spécial ancien toxicomane' qui aurait été à l'encontre de l'objectif d'insertion.

Le public est donc composé d'anciens toxicomanes stabilisés ayant bénéficié d'une longue période de soins, et de personnes du canton en difficultés sociales présentant des problématiques complexes d'ordre psychiques, comportementales, familiales, également addictives. La différence se situant dans l'ancrage au 'pays', les personnes issues du canton étant nettement mieux insérées que les personnes issues de l'établissement qui ont généralement coupé les ponts avec leur passé.

2-1-3 Recrutement et sélection

Le recrutement est effectué en binôme par l'office national des forêts, donneur d'ordre, et l'association, qui a la maîtrise du suivi psycho social des bénéficiaires.

La procédure de recrutement passe par l'agence nationale pour l'emploi qui réalise un diagnostic afin de déterminer si le chantier école correspond bien à une étape utile dans le cadre du parcours d'insertion de la personne. Dans cette optique, l'ANPE met en œuvre son rôle d'accompagnement individualisé des demandeurs. L'ANPE vérifie également que les publics pressentis pour le chantier répondent bien aux critères des contrats emploi solidarité : pour les plus de 26 ans :

- Demandeur d'emploi de longue durée
- Chômeurs de plus de cinquante ans.
- Bénéficiaires du revenu minimum d'insertion depuis plus d'un an.

Et pour les moins de 26 ans :

- Chômeur de longue durée ou jeune issu d'un quartier défavorisé.
- Jeune appartenant à un foyer bénéficiaire du RMI.
- Jeune suivi par les services de la protection judiciaire.

Les personnes issues du centre ont, en plus de ces critères, effectué préalablement un parcours de soins dans l'établissement et sont stabilisées psychologiquement et comportementalement notamment au niveau de leur dépendance aux produits psycho actifs. Ce dernier point signifiant qu'elles sont, soit abstinentes, soit sous substitution.

Les personnes sont vues individuellement en vue de leur embauche par le responsable de district ou son représentant en ce qui concerne l'office national des forêts, et par le directeur de l'établissement de post cure en ce qui concerne l'association employeur.

Quatre points sont examinés :

- L'aptitude physique, puisque le travail étant réel, il est nécessaire que les personnes puissent le réaliser. Dans les 15 jours suivants l'embauche est d'ailleurs réalisée une visite médicale d'embauche.
- La possibilité matérielle de participer à l'action, notamment en ce qui concerne l'articulation des revenus antérieurs avec le contrat emploi solidarité.
- La motivation, en effet, si celle ci est 'travaillée' par l'équipe et le psychologue de l'établissement en amont du chantier pour ce qui concerne les personnes venant du centre, elle est moins évidente pour les personnes issues du canton qui, parfois, ne sont pas prêts à s'engager dans ce type de démarche. Or, il est nécessaire qu'existe chez la personne une adhésion à l'action.
- La constitution du groupe, car il est nécessaire de veiller à ce que le groupe soit équilibré c'est à dire capable de progression. Il faut en effet veiller à ce que dans le groupe existe une certaine hétérogénéité entre les personnes en mélangeant des éléments plus stables avec des personnes plus difficiles. En somme, il faut tenter de constituer le meilleur groupe possible parce que les relations que les personnes vont mettre en œuvre auront un fort impact, en positif comme en négatif, sur la capacité du chantier à être porteur d'insertion.

2-1-1 L'accompagnement des personnes.

Il faut distinguer deux types d'accompagnement :

- L'accompagnement technique
- L'accompagnement psycho social

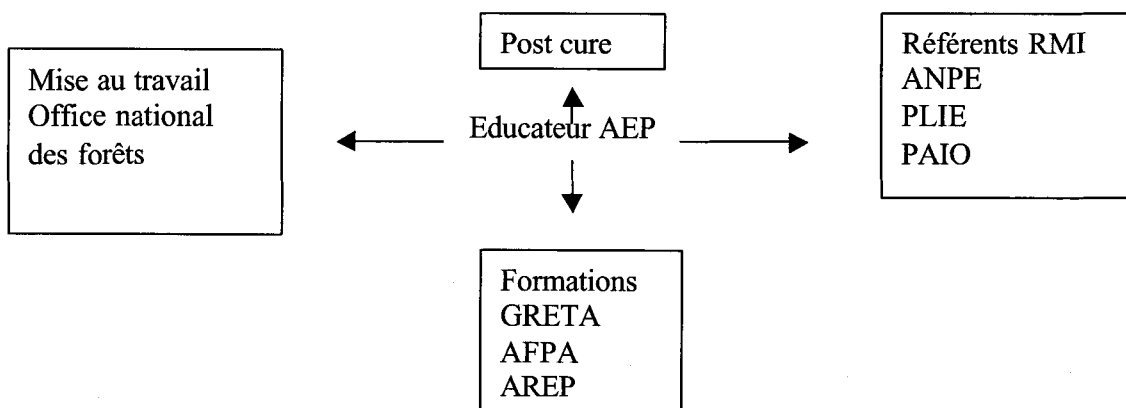
L'accompagnement technique vise à faire acquérir aux usagers du chantier les savoir faire et savoir être professionnels afin de les remobiliser dans une dynamique de retour à l'emploi.

Cet accompagnement est sous la responsabilité de l'office national des forêts qui détache un agent technique forestier pour l'encadrement du chantier.

L'accompagnement psycho social a un double objectif :

- Soutenir socialement et psychologiquement l'utilisateur afin d'optimiser les bénéfices attendus du chantier (acquisition de savoir faire, amélioration de l'estime de soi, augmentation de l'employabilité, stimulation des comportements et attitudes visant l'insertion professionnelle).
- Coordonner les relations avec les services sociaux responsables du suivi social de la personne en facilitant leur action et en évitant leur désimplication. Pour les personnes issues de la post cure, conserver le lien avec celle ci pour pouvoir faire intervenir le psychologue si besoin (découragement, rechute, demande de soutien psychologique).

Cet accompagnement social est sous la responsabilité de l'association et assuré par un éducateur spécialisé à mi temps.



2-1-2 Un travail consistant et utile

En référence à l'article 2 de la charte des chantiers écoles : ' le sens du travail, sa réelle utilité sont les qualités nécessaires à la démarche. Là où les objectifs ne sont pas clarifiés, le chantier doit être refusé'.

Le chantier école répond positivement à 3 questions :

1) La signification et l'utilité du travail le chantier école a pour but de permettre ce que l'office national des forêts appelle 'l'accueil du public'. Il s'agit de mener des actions de valorisation et d'entretien des espaces naturels ouverts au public, appartenant au domaine de l'état et gérés par l'office, tels que : forêts domaniales, étangs, rivières, sentiers...Les personnes travaillant sur le chantier ont pour fonction la conservation de ce patrimoine et son aménagement pour le public.

2) La compréhension par les travailleurs de l'utilité du chantier il s'agit de doubler l'acte manuel, par exemple débroussailler, par un acte symbolique comme le respect de la nature, l'utilité citoyenne, la beauté des sites...Psychologiquement le chantier apporte quelque chose quand le travailleur a intégré la capacité d'abstraction qui lui permet de projeter son acte dans l'avenir ou pour les autres. Par exemple, quand monsieur X, occupé à dégager des broussailles empêchant la libre circulation d'un sentier, va pendant la pause, prendre un sac poubelle pour 'nettoyer les abords de la route départementale parce qu'il ne faut pas abîmer la forêt'. On dépasse alors le simple acte manuel de débroussaillage dans une projection citoyenne, (exemple tiré du fonctionnement de l'atelier 'bois').

La qualité des encadrants en terme d'implication est importante. Il est nécessaire qu'ils puissent communiquer au travailleur du chantier leur amour du métier. Un chantier école n'est en aucun cas un 'boulot que personne ne veut faire'.

3) C'est pourquoi le travail doit répondre à un troisième critère qui est celui de sa nécessité. En effet, le travail envisagé doit être indispensable sous peine de créer des troubles. Par exemple, si personne ne réalise l'entretien des espaces naturels du canton, les sites seront sales, inaccessibles, et une valeur du patrimoine commun se dégradera. De plus, la fragilité des espaces nécessite une approche intelligente et respectueuse.

Le travail est donc indispensable et suffisamment varié pour proposer à chacun des tâches à sa portée. La technicité varie d'un travail à l'autre. Faible dans le cas de

peinture ou nettoyage de sites, forte dans le cas d'abattage ou d'élagage. On retrouve aussi une palette d'activités assez variées qui permettent une remobilisation et une orientation vers des qualifications qui n'ont pas de rapports directs avec la forêt, par exemple : la mécanique ou le bâtiment. L'activité est bien entendu pérenne, puisque finalement sans fin, et obéit au rythme des saisons.

Le donneur d'ordre est l'office par l'intermédiaire du chef de district qui reçoit son personnel en réunion chaque lundi pour déterminer les tâches de la semaine et les priorités. Les travailleurs du chantier sont ainsi intriqués dans l'organisation d'une équipe de travail.

Chapitre 3 – Les moyens de l'intervention

3-1 Des hommes pour un projet

3-1-1 L'éducateur spécialisé, au cœur du projet

L'éducateur est l'animateur du projet. Il en porte la coordination et l'esprit. C'est avant tout un acteur social qui met en œuvre une action d'insertion. Il n'y a pas, dans un chantier école, de notion de productivité mais une forte notion d'utilité sociale. Il est donc important, à mon sens, que l'esprit du chantier soit porté par un travailleur social et non pas un technique ou un commercial, par exemple. Cette fonction sociale de l'animateur est également importante pour équilibrer la demande du donneur d'ordre (ici l'office national des forêts), qui sinon, tend à la productivité en effaçant progressivement l'aspect social et la compréhension de la gestion d'un public en difficulté. L'éducateur est donc à la fois le garant de l'aspect social de l'action, et le garant auprès du donneur d'ordre de l'efficacité du chantier. Il doit savoir 'traduire' les besoins des uns et des autres, des usagers et du donneur d'ordre, pour remplir le double objectif du chantier : action sociale auprès de public en difficulté et réalité du travail.

L'éducateur est donc au centre de demandes parfois contradictoires et au milieu d'un partenariat important. Il est en effet le lien entre les différents acteurs impliqués dans les parcours d'insertion, et doit bien les connaître. Il réalise donc un important travail de communication au travers les rencontres, réunions, plate formes, etc.

L'éducateur est également chargé de dynamiser et de suivre individuellement les travailleurs du chantier. Pour cela il réalise des actions très concrètes : il est chargé

d'aller chercher les usagers qui ne peuvent se rendre sur le lieu du travail chaque matin par manque de moyen de locomotion. Le retour étant assuré par l'office. Il assure la liaison établissement de post cure et usager quant ce dernier est issu de l'établissement. Si un travailleur est absent ou malade, il prend contact. En bref, il est proche de l'équipe du chantier et assure un suivi personnalisé.

3-1-2 Etablissement et chantier, deux entités distinctes pour une seule direction

J'assure la direction et le management du chantier dans ses aspects partenariat, financements, personnel, évaluation, en relation avec la directrice de l'association.

Bien qu'étant une émanation de l'établissement, je souhaite le chantier indépendant par rapport à l'établissement de soins afin de ne pas mélanger parcours de soins et parcours d'insertion, contrat de soins et contrat de travail.

Le secrétariat, le suivi des contrats de travail et des financements sont assurés par un 1/3 temps de secrétaire affecté au siège de Roubaix.

Je rencontre l'équipe 'chantier' avec l'éducateur AEP, le technicien ONF et le chef de district ONF, une fois par mois dans les locaux de l'ONF.

Je fais le point de façon formelle une fois par quinzaine avec l'éducateur spécialisé sur l'évolution du chantier et l'évaluation sociale et psychologique des usagers, et de façon informelle, généralement par téléphone, plusieurs fois par semaine.

Je participe à toutes les réunions de réseau relatives à l'insertion et organisées par le plan local d'insertion par l'économique qui est notre référence insertion sur le canton.

3-1-3 Les bénéficiaires du chantier, le contrat emploi solidarité

Une charte de qualité a été établie en 2001 pour : ' accentuer une dynamique d'ensemble afin de favoriser la réinsertion des demandeurs d'emploi en difficultés. Un

contrat CES bien mené brise les risques d'exclusion, de marginalisation et peut constituer un tremplin vers l'emploi durable dans une logique de parcours d'insertion⁵⁹. La logique du chantier école a donc été construite dans ce sens notamment pour le tutorat et la formation complémentaire.

En terme de tutorat, la charte demande à ce qu'un tuteur, formé à l'accompagnement social soit désigné. Au niveau du chantier, ce rôle est tenu par l'éducateur spécialisé qui travaille en partenariat avec les référents RMI du PLIE, de la PAIO et de l'ANPE et le psychologue de l'établissement en ce qui concerne les personnes issues du centre. La charte prévoit que chaque tuteur suive au plus 3 personnes et le nombre bénéficiaires du chantier est de 6. L'éducateur recruté par l'association organise son travail d'aide aux bénéficiaires avec l'encadrant technique ONF, et s'appuie sur le partenariat local. Il s'appuie également sur l'établissement et notamment sur l'assistante sociale du centre qui a une bonne connaissance des bénéficiaires issus de la post cure. L'esprit de la charte est ainsi respecté.

La formation complémentaire doit construire et / ou affirmer un projet professionnel, voire permettre d'acquérir des compétences⁶⁰. Nous travaillons ici avec les organismes de formation locaux qui proposent des formations adaptées à des parcours d'insertion type CES (remises à niveau, bilan de compétences professionnelles, préqualifications, remobilisations). Cette entrée en formation est systématiquement proposée et les horaires de travail adaptés pour pouvoir l'intégrer.

Toute entrée en CES doit être couplée d'un SAS⁶¹. Le SAS est financé sur les crédits réservés à la formation complémentaire et doit être réalisé pendant les 3 premiers mois du contrat. Son coût est de 440 FF. Il est réalisé dans un organisme de formation agréé et en étroite collaboration avec l'éducateur spécialisé chargé de l'encadrement puisqu'il personnalise en quelque sorte le parcours de chacun. Ce SAS peut aboutir, en effet, à une prescription qui oriente l'employeur vers les stratégies les plus adéquates pour aider telle ou telle personne dans son parcours à l'emploi.

Il existe ainsi toute une cohérence autour de l'emploi en CES, qui alourdit la charge de travail mais qui oblige à une plus grande rigueur dans la mise en place du chantier. La

⁵⁹ Charte de qualité pour les contrats emploi solidarité, année 2001, préambule.

⁶⁰ Charte de qualité, article 3.

⁶¹ Le SAS est une action courte réalisée par un partenaire extérieur sous la forme d'un entretien approfondi avec le salarié et qui permet d'établir une photographie de la situation sociale du salarié, d'élaborer une première hypothèse de parcours d'insertion, et de vérifier que le CES constitue bien une étape inscrite dans la perspective d'un parcours vers l'emploi.

personne en CES se retrouve également acteur de son projet et ne subit plus de façon passive un contrat CES vécu comme au mieux un pis aller, au pire comme une voie de garage. Je pense que l'on ne peut que se féliciter de ces mesures qui donnent au contrat CES la valeur d'une véritable action sociale vers un public reconnu en difficulté mais aussi en devenir.

3-2 Le montage financier

Le montage du budget a été réalisé avec l'aide technique de l'UREI⁶². Cet organisme m'a fait bénéficier de son expérience dans le montage de dossiers relatifs à l'insertion par l'économique, et m'a soutenu dans ce projet d'un point de vue psychologique notamment en m'appuyant auprès des partenaires financiers et logistiques (direction du travail). Cet organisme m'a également mis en relation avec des partenaires potentiellement aidants pour la réalisation du projet et a diffusé le projet auprès des instances de décision.

Globalement le budget répond aux particularités du chantier qui est une action qui mêle l'insertion, le tourisme et l'environnement.

L'action dégage peu de recettes. On peut évaluer celles ci à 70 KF / an, ce qui correspond à la vente de stères en bois de chauffage.

Les dépenses sont liées au personnel : 1 ETP correspondant à 0,7 éducateur spécialisé et 0,3 de secrétaire ; le coût résiduel des CES, 5 à 10 %; les déplacements ; la maintenance ; le matériel de sécurité ; l'outillage ; les assurances ; les frais de gestion ; les frais généraux (voir annexes).

Les recettes proviennent de financements issus de l'insertion, de la formation et issus des travaux effectués : entretiens, embellissement des sites naturels, etc. Des subventions ont donc été recherchées du côté de l'environnement et du tourisme au niveau des conseils généraux et régionaux. L'office national des forêts intervient dans le prêt à titre gratuit de locaux et de matériels de type tracteurs, remorques. Egalement en cédant à titre gratuit les éléments issus du travail du chantier, essentiellement du bois revendu sous forme de stères.

L'administration pénitentiaire participe également au financement du chantier dans le cas où des bénéficiaires sont sous main de justice.

⁶² UREI : union régionale des entreprises d'insertion.

3-3 Le partenariat

Le partenariat est un élément décisif dans le montage et la réalisation d'un chantier école. Ce chantier est issu d'une réflexion partenariale et se situe au carrefour d'un double besoin :

- Un besoin dont l'origine se situe dans la nécessité pour l'établissement de construire l'opportunité d'un parcours d'insertion pour les usagers du centre.
- Un besoin dont l'origine se situe au niveau du développement économique du territoire.

Territoire du canton de TRELON → Chantier école ← Post cure

Ce chantier n'est donc pas uniquement un projet de l'établissement. Il s'y inscrit, mais il est aussi le projet des acteurs de l'insertion du canton. C'est pourquoi, il a aussi une action de décloisonnement pour la post cure car il inscrit celle ci dans le territoire, et cela, même si le nombre de résidents inscrits dans le chantier sera faible (environ 3 par an). Mais la reconnaissance de l'établissement et de l'association en tant qu'opérateur d'insertion pour le canton, profite à l'ensemble de l'institution et donc à l'ensemble des usagers, en facilitant la mise en œuvre des différents éléments du projet d'établissement. Ainsi localement, l'inscription de l'établissement dans le tissu local permet 'il de faire évoluer les représentations sociales concernant les usagers reçus.

Le partenariat est aussi un échange et chaque institution engagée apprend des autres et finalement modifie ses représentations.

Dans notre cas, par exemple, au cours des réunions d'évaluation et de suivi sont évoqués les parcours de chacun. Les représentants de l'office national des forêts et ceux de l'insertion (ANPE, PLIE), ont peu d'expériences vis à vis de la dépendance toxicomaniaque. Le fait qu'il y ait d'anciens toxicomanes dans le chantier va modifier les représentations psycho sociales que ces professionnelles se font de la toxicomanie.

D'autre part, les représentants de l'établissement (psychologue, directeur), ont à apprendre du suivi des chômeurs de longue durée, des dispositifs existants en matière d'insertion, du travail forestier. Chaque institution donc apprend de l'autre.

On pourrait donc admettre selon l'analyse développée par R G Havelock et A M Huberman, que : le concept de partenariat prend forme quand il invite à pénétrer le 'dedans' de l'acteur partenaire (ses projets, ses finalités, ses valeurs)⁶³ .

Ce chantier école est donc avant tout un projet social inscrit sur un territoire et qui ne vit et n'a de sens que parce ce qu'il s'inscrit dans une dynamique de rencontre et de confrontation.

Chapitre 4 - Communiquer et évaluer l'action.

4-1 La communication, vecteur de la relation

4-1-1 A son niveau interne, administrateurs et établissement

Le chantier école n'est pas un élément isolé dans l'organigramme de l'association. Il fait partie d'un tout et dans ce tout, doit exister une circulation des idées, une diffusion des savoir, et une connaissance par chaque salarié de l'association de la vie des différents éléments qui composent l'entreprise.

Je rappelle ici que l'association se compose de 4 types de service :

- 4 clubs de prévention spécialisée
- Un établissement social spécialisé dans l'accueil des toxicomanes
- Un chantier école à partir de 2002
- Une plate forme services – emploi

Ces différents services évoluant sur deux sites :

- La ville de Roubaix
- Le canton de Trélon

Une politique de communication efficiente est indispensable dans ce cadre pour maintenir les équilibres structurels et humains, informer, expliquer, créer une dynamique positive autour de la notion d'entreprise. Il est en effet, à mon sens, important de faire comprendre à chaque salarié, que l'association est un tout, un ensemble homogène, une entreprise de travail social, au service de l'utilisateur et qui répond à une activité d'action sociale.

⁶³ Cité par F Dhume, dans du travail social au travail ensemble, ASH professionnels, Paris, 2001, page125.

Dans ce sens la communication devient un outil de gestion important car des écueils sont à éviter, quand une association gère plusieurs services sur plusieurs sites. Par exemple :

- Incompréhension du travail de certains services par les autres services
- Isolement d'un site par rapport aux autres
- Mise à distance d'un site par le siège
- Sentiment d'isolement de certains salariés
- Cloisonnement d'un service

La liste n'est pas exhaustive.

Or, comme l'écrit P Lefèvre : ' Le directeur est, par fonction, celui qui assure l'harmonisation et la cohérence, il est chargé de veiller à la diffusion des valeurs, des objectifs, de la compétence, et de l'articulation entre les espaces, les structures et les comportements'⁶⁴.

Il est donc nécessaire et impératif d'organiser un système de communication opérant, rôdé et qui, allant de soi, fait partie de la culture interne.

Au niveau de l'association, cette responsabilité incombe à la directrice de l'association, qui, parce qu'elle supervise la totalité des services, possède le recul et la vue d'ensemble lui permettant de mettre en place une stratégie de communication opérante⁶⁵.

Sur le plan hiérarchique, j'informe donc la directrice de l'association de l'évolution des actions émanants du site du canton de Trélon, qui en informe le conseil d'administration.

Je tire mes directives de cette même directrice qui est en relation directe avec le conseil d'administration.

On ne peut pas considérer qu'il existe actuellement, une communication organisationnelle, c'est à dire répondant à des règles qui fixent un cadre et des procédures, entre le site de Trélon et celui de Roubaix. Le système de communication est plutôt informel et se situe entre la directrice de l'association et moi.

⁶⁴ Cité dans : guide de la fonction de directeur, Patrick Lefèvre, Dunod, Paris, 1999, page 267.

⁶⁵ Se référer à l'organigramme de l'association, page 18.

Au niveau du site de Trélon, la communication entre le chantier et l'établissement sera formalisée par la participation mensuelle de l'éducateur spécialisé en charge du chantier, à la réunion de service de l'institution.

A cette occasion, l'éducateur fait une synthèse de l'évolution du chantier et expose le cas des anciens résidents en chantier. Le personnel de l'établissement est ainsi au courant régulièrement de la vie du chantier, et l'éducateur du chantier est au fait de la réalité de l'établissement.

D'autre part, le psychologue de l'institution participe aux réunions du comité de pilotage du chantier école, organisées par le plan local d'insertion (PLIE). De cette façon, il peut intervenir au sujet des usagers issus de l'établissement, et il peut renvoyer, au sein de l'établissement, une image opérationnelle du chantier.

D'autre part, cette participation lui permet de s'ouvrir à l'extérieur et de rencontrer des professionnels d'autres champs professionnels que le sien.

4-1-2 Le contexte de l'évaluation

Le comité de pilotage est une réalité incontournable d'un chantier école. L'action est en effet intrinsèquement partenariale et les relations entre l'opérateur et ses partenaires doivent être formalisées.

Il y a donc nécessité d'organiser des réunions régulières entre les membres animateurs du chantier ; cela conduit donc à des réunions officielles, qui dans notre cas sont au nombre de trois :

- La réunion de pré chantier
- La réunion de milieu de l'opération
- La réunion de bilan

Ces réunions sont organisées par le PLIE.

Je travaille en partenariat étroit avec cet organisme pour toutes les questions relatives à l'insertion. Le PLIE du canton existe depuis deux ans et coordonne sur le territoire l'ensemble des initiatives visant à faciliter le retour à l'emploi des populations en difficultés. Le PLIE veille à la construction de parcours cohérents et peut suivre les

personnes en parcours d'insertion pendant 18 mois, grâce à l'action de ses référents. L'équipe technique du PLIE est donc notre partenaire privilégié tant au niveau de l'appui technique, de la légitimité du chantier, de la communication à partir des 'plates formes insertion', et de l'organisation des comités de pilotage.

Les comités de pilotage regroupent les financeurs et les partenaires, un représentant des CES, l'encadrant technique ONF, l'éducateur chantier, le psychologue de l'établissement, l'employeur.

L'ordre du jour fait le point sur :

- Le suivi individuel des contrats
- Le suivi global de l'action : activité et développement
- Les questions diverses

Des rapports d'activité sont également prévus dans le cadre du suivi des financements accordés ou des actions particulières :

- Rapports en direction de la DDASS, pour les personnes issues de l'établissement.
- Rapports en direction de la préfecture dans le cadre des suivis des contrats d'objectifs⁶⁶
- Rapports en direction de la DRASS, dans le cadre des projet PRS⁶⁷

L'évaluation tente à travers ses rapports et le comité de pilotage, de porter un jugement éclairé sur le projet chantier. Ce qui en retour, permet de l'améliorer.

L'évaluation porte sur des résultats qui sont définis à l'avance.

J'ai voulu définir des résultats objectivables mais également des résultats subjectifs analysés en terme de qualité de vie. Ceci afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle une action d'insertion en direction de publics très défavorisés a, en dehors de l'emploi, également un intérêt sur la valorisation de soi.⁶⁸

Dans le cadre du chantier d'insertion, c'est l'évaluation des résultats qui est envisagée, l'évaluation du processus ne paraissant rien apporter de plus pour un surcroît de travail important.

⁶⁶ Financements accordés dans le cadre des contrats d'objectifs en vue de la réinsertion des personnes toxicomanes sous main de justice.

⁶⁷ Programme régionaux de santé, conduites de consommation à risque.

⁶⁸ Voir annexes

4-1-3 Pour aller plus loin dans la communication

Le projet chantier école n'est pas ma propriété, ni celle de l'association, ni celle de l'office national des forêts, ni ...

Le projet chantier école est une action sociale qui appartient à la collectivité. Si il est nécessaire que l'action soit connue, reconnue, évaluée au niveau des professionnels locaux, au niveau de l'établissement, au niveau de l'association, il est intéressant de communiquer et de partager l'action avec d'autres acteurs, d'autres partenaires issues d'autres régions.

Il en est de même au sujet de l'établissement.

J'ai pour cela créé un site internet qui regroupe des informations sur l'action de l'association au niveau du canton et qui permet à toute personne intéressée de s'informer sur la structure et ses actions et de communiquer par e mails. Le site renvoie à de nombreux liens en relation avec la dépendance, l'insertion. Il est en constante évolution.

Conclusion partielle

Le projet chantier école apparaît comme un outil d'insertion particulièrement bien adapté pour un public en grande difficulté.

Très territorialisé, il s'adapte parfaitement à la demande de terrain en terme d'activité utile à un 'pays', et à la réalité du phénomène local de l'exclusion. Les acteurs engagés (porteurs de projet, collectivités, instances de consultation, usagers) vivent sur le même territoire, et cette particularité renforce le côté pragmatique de l'action.

Cependant, comme le souligne Jean Pierre HARDY⁶⁹, ' les dispositifs d'insertion sont à la fois et contradictoirement des moyens de réintégration et de relégation, tout dépend de la façon dont les acteurs s'en emparent et se les approprient en les subvertissant '.

C'est pourquoi l'évaluation est si importante, et c'est aussi pourquoi j'insiste tant sur les notions de qualité de vie et de projet de citoyenneté.

Rendre la forêt utilisable et agréable pour le public est un objectif louable, remettre des personnes dans l'emploi marchand est un objectif essentiel, mais aider les bénéficiaires à améliorer leurs capacités à être acteurs de leur vie me paraît un projet fondamental.

⁶⁹ J P HARDY, guide de l'action sociale contre les exclusions, DUNOD, Paris, 1999, page 407

CONCLUSION GENERALE

L'établissement *la maison* a pu, au cours de ces dernières années, se transformer résolument en établissement social, spécialisé dans le soin à des personnes en situation de grande exclusion et souffrant d'addictions.

Désaffilié et en crise, le public reçu est constitué d'usagers très inclus dans une société marginale dans laquelle le produit psycho actif, qu'il soit licite ou illicite, tient une place essentielle.

Objet de plaisir et de soin, objet économique et d'échanges sociaux, la drogue constitue pour eux, un repère structurant qui les empêche de sombrer dans la folie, la dépression ou la mort, mais qui les place dans une marginalité sociale très en périphérie du système de socialité classique.

L'établissement a su développer autour de ces usagers, un système de soins opérant qui, à partir d'une prise en charge globale incluant les plans fondamentaux de l'existence, permet d'améliorer considérablement, pendant leur séjour, leur situation sanitaire et sociale globale.

Cependant, se pose la question de l'insertion, et notamment le retour à l'emploi.

Pour développer ses actions de soins et de prise en charge globale, s'ouvrir à des compétences plurielles, confronter sa pratique avec celle d'autres institutions, enfin faire reconnaître son action et sa spécificité, le centre s'est largement ouvert sur son territoire à travers une forte activité partenariale. De ces échanges sont nées de nouvelles actions et notamment l'opportunité de créer, à partir d'un atelier de réentraînement à l'activité évoluant à l'interne, un chantier école 'environnement'. Cette activité d'utilité sociale permettant de proposer à certains résidents de la structure de s'inscrire dans un parcours d'insertion vers l'emploi, faisant suite à leur parcours de soins réalisé dans l'établissement.

L'insertion vers l'emploi de notre public, cependant, reste malgré la mise en place de dispositifs apparemment adaptés, extrêmement aléatoire.

Une réflexion s'impose alors : ne faut-il pas, comme le souligne M T Join- Lambert⁷⁰, rappeler les analyses développées dans le contexte des réflexions menées sur l'emploi ?

Celles-ci se distinguent en deux grands courants :

- Un courant qui considère l'emploi salarié comme une forme trop étroite pour contenir et recouvrir toutes les manières de travailler.
- Un autre qui ne vise pas à substituer l'activité à l'emploi mais plutôt à reconnaître, à côté de l'emploi classique, des formes d'activité nouvelles à la fois dans leur contenu (soin de l'environnement, soins aux autres mais également dans leur exercice (bénévolat, associations...))

Ces réflexions rapportées à notre public sont extrêmement intéressantes et potentiellement porteuses de sens. Nos rapports d'activité montrent en effet que les personnes que nous parvenons à remettre à l'emploi (20 % dans une année, soit environ 6 personnes / an), sont les moins éloignées de l'emploi. Tous sont diplômés (BEP au moins), jeunes (moins de 25 ans), ont un entourage qui les soutient, et ont déjà travaillé. Les autres personnes, qui constituent la majeure partie des résidents reçus, sont marginalisés depuis des années, n'ont pas de qualification professionnelle, sont isolés de la société classique et sont bénéficiaires du RMI depuis de longues années.

Ainsi pour eux, le RMI se présente comme une solution au très long cours, et force est d'admettre que le relire à des contreparties strictes en terme d'obtention, précipiterait ce public vers une désaffiliation et une misère dramatique.

Pour notre public donc, si l'insertion dans le secteur classique n'est que peu envisageable, quelle forme d'insertion éthique proposer ?

Le RMI et la substitution ont considérablement aidé les usagers de drogues, notamment au niveau des protections sociales. La politique de réduction des risques est devenue opérationnelle grâce à ces dispositifs, même si des poches de marginalité subsistent. Les toxicomanes les plus éloignés du système social classique arrivent à survivre et à s'organiser dans une socialité périphérique, au travers le système de protection sociale qu'ils ont appris à bien connaître, les établissements sociaux spécialisés ou non, le RMI, la CMU⁷¹, et les apports de l'économie souterraine (deal, délinquance)

⁷⁰ Politiques sociales, M T Join-Lambert, 3^{ème} édition presses de science po et dalloz, Paris, 1997, page 299

⁷¹ CMU : couverture maladie universelle

Cette survie se paie d'une grande incertitude. C'est une vie au jour le jour, sans projection dans l'avenir, à l'instar des vagabonds du moyen âge.

Pour beaucoup cependant, quitter cette marginalité instable mais repérante, au bénéfice d'une insertion classique inconnue, est profondément angoissant. Les plus exclus ne tentent pas l'aventure.

Dans cette optique le chantier école se place dans une double finalité :

- être une passerelle vers l'emploi marchand.
- être un outil d'activité intégrateur d'une insertion au sens large,

ces deux objectifs le plaçant dans le strict respect des possibilités et des désirs des usagers.

ANNEXES

(non fournies par l'auteur)

Annexe N° 1 : Le site internet 'AEP '

Annexe N ° 2 : Le livret de présentation destinés aux demandeurs

Annexe N ° 3 : Le partenariat Office national des forêts

Annexe N ° 4 : Le compte de résultat année 1 du chantier école

Annexe N ° 5 : La charte de qualité pour les contrats emploi solidarité

Annexe N ° 6 : Approche évaluative de la qualité de vie

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT N, GRUERE JP, JABES J, LAROCHE H, et MICHEL S, Managements, aspects humains et organisationnels, Paris, PUF, 1997

BERGERET Jean, Les toxicomanes parmi les autres, Paris, Odile Jacob, 1990

BOISSONNAT Jean, Le travail dans 20 ans, Rapport de la commission, Paris, Odile Jacob, La documentation Française, 1995

CASTEL Robert, Les métamorphoses de la question sociale, Paris, Fayard, 1995

CHANTIER ECOLE, Guide méthodologique, les Acteurs du chantier école, 1999

CHOPART Jean Noël, sous la direction de, Les mutations du travail social, dynamique d'un champ professionnel, Paris, Dunod, 2000

COURTY Pascal, le travail avec les usagers de drogues, pour une approche humaine des soins, Paris, Edition ASH, 2001

DIRIDILLOU Bernard, Manager son équipe au quotidien, Deuxième édition, Paris, Edition de l'organisation, 2000

DHUME Fabrice, Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales, Paris, Edition ASH, 2001

DROGUES ET TOXICOMANIES, Indicateurs et tendances, Paris, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Editions 1996 et 1999.

EHRENBERG Alain, L'individu incertain, Paris, Calman Lévy, 1995

ESCOHOTADO Antonio, Histoire élémentaire des drogues, des origines à nos jours, Paris, Edition du Léopard, 1995

GENELOT D, Manager dans la complexité, Paris, INSEP Edition, 1998

GEREMEK Bronislaw, La potence ou la pitié, l'Europe et les pauvres du moyen âge à nos jours, Traduction Joanna Arnold-Moricet, Paris, Gallimard, 1987

HARDY Jean Pierre, Guide de l'action sociale contre les exclusions, Paris, Dunod, 1999

HERVIEU Jean Michel, L'esprit des drogues, la dépendance hors la loi ?, ouvrage collectif, Paris, Edition autrement, 1989

JAEGER Marcel, L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie, Paris, Dunod, 2000

JOIN-LAMBERT Marie Thérèse, ouvrage collectif, Politiques sociales, 2^{ème} édition, Paris, Presse de sciences PO et Dalloz, 1997

LEFEVRE Patrick, Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico social, Paris, Dunod, 1999

LENOIR René, Les exclus, un Français sur dix, Paris, Seuil, 1974

LIENARD Georges, ouvrage collectif, L'insertion : défi pour l'analyse, enjeu pour l'action, Hayen (Belgique), Mardaga édition, 2001

L'INSERTION PAR L'ACTIVITE ECONOMIQUE, Véronique Baudet Caillé, supplément ASH, Paris, 2000

MAIER Robert et DE GRAAF Willibrord, Gestion des risques et citoyenneté, le système de prise en charge des toxicomanes au pays bas, Nancy, Presse universitaire de Nancy, 1994

LOUBAT Jean René, Elaborer son projet d'établissement social et médico social, Dunod, 1997

MIRAMON Jean Marie, Manager le changement dans l'action sociale, Rennes, ENSP, 1996

MIRAMON Jean Marie, COUET Denis, PATURET Bernard, Le métier de directeur, techniques et fictions, ENSP, 2001

OLIEVENSTEIN Claude, La vie du toxicomane, séminaire de Marmottan, Paris, PUF, 1980

OLIEVENSTEIN Claude, Destin du toxicomane, Paris, Fayard, 1983

PANUNZI – ROGER Nadia, Le toxicomane et sa tribu, Paris, Desclée de Brouwer, 2000

RIFKIN Jérémy, La fin du travail, traduction Pierre Rouve, Paris, Edition la découverte, 1996

ZAFIROPOULOS Markos, Le toxicomane n'existe pas, Paris, Navarin éditeur, 1988