

Olivier Maguet – Christine Caldéron
en collaboration avec
Valérie Dorso, Frédéric Mènnere et Philippe Lagomanzini

Insertion par l'emploi des usagers de drogues

Territoires en réseaux



COMMISSION EUROPÉENNE
Fond social européen

Sommaire

Introduction	p. 3
Les partenaires et porteurs de ce projet	p. 7

PARTIE 1

Analyse de contexte	p. 8
Drogues et Société	p. 16
Espace	p. 19

CAHIER CENTRAL

La prise en charge des usagers de drogues en France	p. 21
L'insertion par l'emploi	p. 24

PARTIE 2

Les actions et réponses existantes	p. 29
Des pistes pour l'action	p. 29
Les conditions critiques	p. 36

En conclusion...	p. 45
-------------------------	-------

Annexes	p. 48
----------------	-------

Introduction

Frédéric Menneret et Philippe Lagomanzini

« On vit d'autant plus à l'aise sa propre individualité qu'elle s'étaie sur des ressources objectives et des protections collectives. » Robert Castel¹

Olivier Maguet et **Christine Caldéron** du cabinet CCMO Conseil ont accompagné l'ensemble de la démarche.

Ils ont réalisé cet ouvrage à partir de travaux et recueils de données réalisés en collaboration avec les porteurs du projet :

Philippe Lagomanzini et **Danièla Cesoni**, Drogues et Société,
Frédéric Menneret et **Catherine Miachon**, CIRDD Rhône-Alpes,
Valérie Dorso et **Anne Clerc**, Espace,

auxquels s'est associée **Dominique Terrasson** de la Direction Générale des Affaires Sociales,

mais également à partir d'entretiens ou rencontres avec :

Lysiane Leroy, Programme Départemental d'Insertion du Val-de-Marne,
Danièle Garin, Régie de Quartier de Créteil,
Valérie Paillet, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation du Val de Marne,
Edmond Guillou, DRASS Région Centre,
Fabienne Talazac, Conseil Général du Loiret,
Etienne Du Castel, Pain contre la Faim,
Madame Chabrier, Entreprise Faurecia,
Jean-Louis Barra, FIRST,
Pascal Fraichard, SOS Drogue International,
Lysbert Rouillon, **Céline Pitoux** et **Mounir Smail**, Communauté thérapeutique Le Fleuve,
Chantal Deckmyn et **Cécile Berthoux**, Lire la Ville,
Matthieu Chalumeau, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies,
Elisabeth Pfletschinger, Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie,
l'ANITeA Île-de-France et **Rhône-Alpes**,

ainsi qu'avec les partenaires transnationaux de ce projet :

Franco Giampalmo et **Mario Monge**, Solcoroma, fédération italienne de coopératives sociales,
Patrizia Brandolini et **Massimo Peroni**, Coopérative Sociale Villa Maraini,
Massimo Barra, Fondation Villa Maraini,
Anna Hannikerova et **Monika Toporova**, Tomky Road, centre de réinsertion en Slovaquie,
Paula Marquès et **Alcina Branca Lo**, Institut des Drogues et des Toxicodépendances du Portugal.

La mise en œuvre en France, au cours des années quatre-vingt-dix, d'une politique de réduction des risques mettant à disposition de nouveaux outils et de nouvelles pratiques a révélé, notamment grâce aux traitements de substitution aux opiacés, la nécessité d'accompagner différemment les usagers de drogues dans leur démarche d'insertion et d'apporter des réponses nouvelles. Cette nécessité s'est renforcée avec la loi du 2 janvier 2002, qui inscrit les centres de soins spécialisés en addictologie dans le secteur médico-social.

Or, dans ce nouveau paysage en cours de transformation, le besoin d'un accompagnement spécifique des usagers de drogues en grande difficulté d'insertion sociale et professionnelle, progressivement stabilisés dans leur parcours de consommation et cherchant des solutions en termes de participation sociale, fait apparaître des insuffisances dans les dispositifs existants du côté du soin en addictologie comme de l'insertion. Ces insuffisances tendent à maintenir les personnes toxicodépendantes en situation d'exclusion du marché de l'emploi et des autres supports collectifs d'insertion sociale et posent par conséquent un problème d'égalité des chances. A cela s'ajoute une difficulté supplémentaire pour les publics féminins sous-représentés dans les centres de soins (30 % des files actives) du fait de réponses généralement conçues à partir des besoins spécifiques des hommes².

En 2007, une enquête conjointement conduite par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)³ et Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS)⁴ avait déjà révélé que seulement 18 % des centres de soins déclaraient développer des activités spécifiques d'insertion (sans que soit précisée la nature de ces activités : probablement davantage de simples orientations non accompagnées vers le Pôle emploi que de véritables programmes d'insertion par l'emploi).

Les analyses produites tant dans le cadre du projet européen de lutte contre les discriminations pour l'égalité des chances face à l'emploi (Equal)⁵ que dans celui du jumelage franco-slovaque, coordonné par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)⁶ (et ayant permis de réaliser l'état des lieux et des pratiques des centres d'insertion d'usagers de drogues de Slovaquie⁷), ont contribué à repérer de nombreuses difficultés d'articulation entre ces deux champs, mais également de découvrir des expériences innovantes qui restaient sans visibilité ni capitalisation.

-
- 1 Castel R., *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Folio Essais, Paris 1999 (1^{re} éd. : Fayard, 1995).
 - 2 European Forum for Urban Security-Democracy Cities and Drugs – Bucarest 2009.
 - 3 www.ofdt.fr
 - 4 www.drogues-info-service.fr
 - 5 Maguet O. et Calderon C., *Insertion et accès à l'emploi de publics toxicodépendants, analyse d'un programme transnational*, Drogues et Société, 2009.
 - 6 www.drogues.gouv.fr. La MILDT est en charge du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie.
 - 7 *Social re-integration responses for drug addicts*, Twinning project, SK/06/1B/50/02, Bratislava, 2007.

Cependant certaines limites apparaissaient, à questionner à la lecture de ces expériences : la nature souvent peu valorisante des emplois proposés, l'utilisation de dispositifs spécifiques signant un parcours dans l'usage de drogues, le risque d'instrumentalisation de ressources de l'insertion pour ne développer que du soin, la prise en compte insuffisante de besoins en termes d'hébergement et de reconstruction de liens sociaux...

L'appel à projets du Fonds Social Européen « Actions Innovantes Transnationales » coordonné par Racine⁸ a permis d'entrevoir la possibilité d'aller plus avant dans la réflexion et la construction de réponses à ces questions.

Le projet « Territoires en réseaux et insertion des usagers de drogues » a été mis en œuvre dans une double perspective de valorisation/formalisation de bonnes pratiques et de renforcement des réseaux de coopération, autour de quatre objectifs :

- le repérage d'expériences conduites en France et l'analyse des pratiques, en lien avec trois réseaux nationaux d'intervenants en addictologie : l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (ANITeA⁹), l'Association Française pour la Réduction des Risques (AFR¹⁰) et la Fédération des Acteurs de l'Alcoolologie et de l'Addictologie (F3A¹¹) ;
- l'étayage de cette analyse à l'aide de l'expérience de partenaires transnationaux ;
- la diffusion continue des résultats observés au sein de séminaires et groupes de travail associant professionnels et décideurs des champs du soin et de l'insertion ;
- la construction de contenus de formation et la rédaction de ce rapport.

La démarche choisie pour atteindre ces objectifs a été celle de la recherche-action participative, qui se fonde sur la concertation de l'ensemble des acteurs concernés. Cette référence méthodologique favorise un questionnement permanent et collectif étayé par des allers et retours entre dynamiques de transformation et dynamiques de capitalisation des connaissances. La démarche a ainsi été étayée d'ateliers de travail, de voyages d'étude et de temps de restitution donnant à voir mais aussi « à réajuster » sa progression, dans une perspective à la fois de mutualisation de bonnes pratiques au niveau national et européen et de mise en réseau des acteurs et décideurs du soin spécialisé et de l'insertion.

Le lecteur est ici invité, quel que soit son métier ou son champ professionnel d'appartenance, à participer à de futures avancées « vers de bonnes pratiques » pour l'insertion par l'emploi et une meilleure participation sociale des usagers de drogues. La dimension participative et de mise en réseau, caractéristique de la démarche de recherche-action, a contribué à l'implication de la MILDT et de la Direction Générale de l'Action Sociale du ministère du Travail et des Affaires Sociales (DGAS)¹² dans le processus mis en œuvre pour une meilleure adaptation des pratiques professionnelles et l'inscription dans les politiques publiques françaises de réponses aux besoins liés à l'insertion des usagers de drogues.

Un colloque, organisé à Lyon le 11 décembre 2009, a permis de présenter les résultats observés au cours de l'année. Professionnels et militants issus du champ de la prise en charge des addictions et

.....

⁸ Réseau d'Appui et de Capitalisation des Innovations Européennes, www.racine.fr

⁹ www.anitea.fr

¹⁰ www.a-fr.org

¹¹ www.alcoolologie.org

¹² www.travail-solidarite.gouv.fr

de la réduction des risques liés aux consommations de drogues ont pu débattre autour de ce thème de l'insertion par l'emploi des publics toxicodépendants. Cela fut un temps fort, car cette question de l'insertion fait généralement figure de parent pauvre parmi les actions menées dans le cadre du dispositif médico-social spécialisé. Des initiatives existent cependant, mais elles sont souvent isolées et ce colloque a permis de mieux les connaître et de faire apparaître des pistes de réflexion et d'action pour l'avenir. L'engagement de l'Etat dans le soutien à la démarche engagée a, par ailleurs, été annoncé lors de l'intervention de Dominique Terrasson, représentant la DGAS. Et de nouvelles perspectives s'ouvrent pour 2010...

« [...] La DGAS a participé à la définition et à la formalisation de certaines actions figurant dans le plan de la MILDT¹³. Parmi celles-ci, l'action : " établir des guides de bonnes pratiques dans le champ de l'insertion destinés aux professionnels de l'addiction et à ceux intervenant auprès d'autres publics précaires " est confiée au pilotage de la DGAS.

Cette mesure vise notamment à un rapprochement et à une meilleure articulation entre les acteurs du champ médico-social et du champ social, dans le but de favoriser l'insertion et la réinsertion sociales des personnes présentant une addiction, par le biais de la réalisation de guides de bonnes pratiques professionnelles et par le partage des savoir-faire entre les professionnels des deux champs. [...]

Les objectifs visés sont notamment :

- initier, développer et améliorer le travail en réseau entre les professionnels du champ sanitaire et les professionnels du champ social ;
- améliorer les prises en charge sociales des personnes présentant des addictions, en étant mieux outillé pour prendre en compte les spécificités liées à cette problématique. [...]

La démarche engagée dans le cadre du projet « Territoires en réseaux et insertion par l'emploi de publics usagers de drogues » croise certains des objectifs visés par la mesure du plan gouvernemental. Aussi, la DGAS a proposé de rapprocher les deux projets.

Les objectifs communs à ces programmes croisés concernent notamment :

- le repérage des actions menées et
- la production d'un document présentant des « pistes » vers de bonnes pratiques pour une meilleure insertion de publics usagers de drogues.

Le projet était déjà engagé lors de ce rapprochement. La MILDT et la DGAS soutiennent et s'associent à ce programme, dans une perspective d'identification et de développement de pistes à promouvoir dans les pratiques et le travail en réseau. [...] »

La démarche engagée en 2009 et le propos de ce document ont pour volonté de favoriser l'insertion par l'emploi des personnes toxicodépendantes. Cette préoccupation s'inscrit pleinement dans le

.....

¹³ Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, fiche 3-10, La documentation Française, 2008, p.74.

cadre institutionnel et le modèle social français, forgés au sortir de la Seconde guerre mondiale. La Constitution française de 1958 intègre le préambule de la Constitution de 1946 qui garantit le droit au travail : « *Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances* ». L'inscription d'une personne dans la société française et sa reconnaissance sociale reposent avant tout sur le fait que cette personne occupe un emploi, dans la mesure où le travail déclaré constitue la pierre angulaire des sources de revenus, mais aussi des protections et assurances soutenant le travailleur face aux risques que lui ou ses enfants peuvent rencontrer au cours de la vie : maladie et invalidité, accidents du travail, chômage, retraite, etc. La cotisation, obligatoire ou complémentaire, sur les salaires permet de prendre en charge les coûts générés par ces situations. Le financement des systèmes d'assurance et de protection repose sur un principe de salaire différé (c'est-à-dire une sorte d'épargne obligatoire et mutualisée d'une partie des revenus du travail), qui témoigne bien de la centralité du travail dans le modèle social français¹⁴.

Aussi, les actions d'insertion par l'emploi ne sauraient être déconnectées de l'environnement politique et intellectuel dans lequel elles ont été conçues, environnement où la participation sociale repose quasi uniquement sur le fait d'occuper un emploi. Parfaitement conscients des limites auxquelles se heurte ce modèle social, en particulier depuis l'émergence des « nouvelles pauvretés » dans les années quatre-vingt, les auteurs s'associent à une approche critique de l'institution du travail comme fonction principale de socialisation. Là n'est cependant pas l'enjeu de cet ouvrage.

L'insertion par l'emploi offre, dans le cadre institutionnel actuel, une meilleure opportunité de participation sociale aux usagers de drogues ; la recherche d'alternatives à ce cadre institutionnel pourrait cependant nous conduire à valoriser également d'autres formes de participation. La citation de Robert Castel, en exergue de cette introduction, nous appelle à réfléchir en ce sens.

.....

¹⁴ La puissance de ce modèle social est telle que même les étudiants d'après-guerre, engagés comme leurs aînés dans la reconstruction du pays, ont placé le travail comme un des trois piliers de leur système de valeurs. Ainsi, le syndicat étudiant UNEF (Union Nationale des Etudiants de France) adopte, lors de son congrès de 1946 à Grenoble, une Charte destinée à constituer le texte de référence du syndicalisme étudiant. Cette « Charte de Grenoble » stipule dans son premier article que « *l'étudiant est un jeune travailleur intellectuel* » : la valeur « travail » est tout aussi importante que celles de la « jeunesse » et de la recherche de vérité et de liberté associée au terme « intellectuel ».

Les partenaires et porteurs de ce projet

- **L'association Drogues et Société¹** (Créteil – Région Île de France) gère un centre de soins et développe depuis maintenant quinze ans des actions d'aide à l'insertion de publics usagers de drogues. Ces actions ont pu être renforcées, évaluées et enrichies par l'engagement de l'association, de 2001 à 2008, dans le cadre du programme européen Equal, pour la lutte contre les discriminations et l'égalité des chances face à l'emploi. Le partenariat développé avec d'autres expériences conduites en Grèce, en Italie, en Lituanie et au Portugal a permis de repérer d'importantes difficultés à la pérennisation, voire à la mise en œuvre de programmes d'insertion par la formation et/ou l'emploi de ces publics.
- **L'association Espace** (Montargis – Région Centre) gère un service d'insertion sociale et professionnelle ainsi qu'un CAARUD qui s'adressent prioritairement aux personnes précarisées par une dépendance aux psychotropes. Elle anime depuis 10 ans un important réseau transdisciplinaire comprenant les acteurs des champs du social, de l'insertion, du soin et des entreprises de son territoire, favorisant ainsi l'accès ou le retour à l'emploi d'usagers de drogues ainsi que d'autres publics en difficulté d'insertion dans une logique de parcours d'insertion personnalisé.
- **Le CIRDD Rhône-Alpes²** (Lyon – Région Rhône-Alpes) développe des missions de conseil, de formation, d'observation et de documentation en direction des chefs de projet MILDT départementaux, des services déconcentrés de l'État et de l'ensemble des acteurs socio-sanitaires. L'équipe travaille particulièrement sur la dimension sociale des pratiques d'usage, et notamment sur les questions d'insertion des usagers de drogues. D'anciennes collaborations avec Drogues et Société l'ont conduit à s'associer à la démarche.

Les équipes d'Espace et de Drogues et Société se sont rencontrées lors du jumelage franco-slovaque auquel elles ont été associées. C'est ainsi que le Centre de Réinsertion Tomky Road (Slovaquie), dont l'expérience a suscité le vif intérêt des équipes françaises, a été invité à participer à cette nouvelle action.

- **Les autres partenaires transnationaux** de ce projet sont Solcoroma (Italie), organisation fédérant près d'une centaine de coopératives sociales dans la région de Rome, dont la Coopérative Sociale Villa Maraini³, ainsi que l'Institut des Drogues et des Toxicodépendances⁴ (Portugal). L'ensemble de la démarche a été accompagné par Olivier Maguet et Christine Caldéron (CCMO Conseil⁵) qui avaient précédemment accompagné le projet Equal et ont coordonné à la rédaction de ce document.

¹ <http://www.drogues.et.societe.net>

² <http://cirdd-ra.org>

³ <http://www.villamaraini.it>

⁴ <http://www.id.pt>

⁵ <http://ccmoconseil.com>

Analyse de contexte

Olivier Maguet, Christine Caldéron et Frédéric Menneret

Combien d'usagers de drogues en France ?

Répondre à cette question constitue une des missions de l'OFDT qui utilise des catégories de quantification établies au niveau européen et coordonnées par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Cinq niveaux sont généralement retenus pour évaluer le nombre de consommateurs de drogues :

- **l'expérimentation**, définie comme le fait d'avoir utilisé au moins une fois le produit au cours de la vie ; ainsi 12,4 millions de personnes avaient expérimenté le cannabis en France en 2005¹⁵.
- **l'usage occasionnel**, défini comme une consommation au moins une fois dans l'année ; toujours avec le même exemple du cannabis, cela avait concerné 3,9 millions de personnes.
- **l'usage mensuel**, défini comme une consommation au moins une fois dans le mois ;
- **l'usage récent**, défini comme une consommation au moins 10 fois dans les 30 derniers jours ;
- **l'usage quotidien**, défini comme une consommation au moins une fois par jour ; en 2005, ils étaient 550 000 consommateurs de cannabis dans ce cas.

L'OFDT ajoute aussi une catégorie complémentaire, celle de **l'usage régulier**, défini comme une situation intermédiaire entre l'usage occasionnel et l'usage quotidien.

Ces définitions de l'usage soulignent la complexité du phénomène des drogues ; les personnes consommant ou ayant consommé des drogues ne forment pas une population homogène. A ce titre, l'exemple de l'alcool est très intéressant. Sur une base de 46 millions de personnes âgées de 12 à 75 ans en 2005, plus de 92 % ont expérimenté l'alcool une fois dans leur vie ; ce n'est pas pour cela que l'on va considérer que 92 % des Français sont alcooliques ! En revanche certains d'entre eux, près de 14 %, sont manifestement dépendants à l'alcool puisqu'ils en consomment tous les jours. Mais la dépendance peut s'accompagner d'une certaine capacité à gérer des consommations.

Et combien d'usagers problématiques ?

Dans cet environnement complexe des consommations de drogues, il convient d'identifier des sous-groupes de consommateurs plus vulnérables que d'autres. Le terme « *usagers problématiques* » est utilisé pour définir, parmi toutes les personnes consommant des substances psychoactives, celles dont le niveau de dépendance élevé est associé à un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants. De son côté, l'OFDT définit l'usage problématique comme le fait d'utiliser la voie intraveineuse et/ou d'avoir un usage au long cours et estime que 230 000 personnes consommatrices d'opiacés et de stimulants sont concernées en France. Parmi ces personnes, environ 80 000 seraient injectrices d'héroïne ou de cocaïne et 74 000 consommeraient de l'héroïne.

Qui sont-ils ?

La démarche engagée dans le cadre de l'appel à projets Racine cible des personnes vulnérables ayant un usage problématique du produit consommé. La majeure partie d'entre elles fréquente le dispositif spécialisé de prise en charge des addictions. Les caractéristiques des patients vus en Centres de Soins, Accompagnement et Prévention en Addictologie (CSAPA) et en Centres d'Accueil

¹⁵ Source : OFDT, *Drogues, Chiffres clés*, 2^e édition, juin 2009. Les autres données relatives à la consommation qui figurent dans ce document sont aussi extraites de cette note de l'OFDT.

et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) sont donc de nature à nous offrir une bonne indication du profil des publics potentiellement concernés par une intervention en matière d'insertion par l'emploi (voir cahier central p. 21 à 23).

Deux enquêtes nationales nous sont particulièrement utiles. Ces enquêtes, coordonnées par l'OFDT, répondent à une volonté de produire une information de routine sur la population fréquentant le dispositif de prise en charge des addictions.

- **L'enquête RECAP** (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) porte sur les usagers de drogues pris en charge dans les CSAPA. RECAP 2008 a permis de collecter les données provenant des dossiers de près de 74 000 patients (sur 90 000 patients reçus en CSAPA).

- **L'enquête ENa-CAARUD** (Enquête Nationale - CAARUD) concerne les usagers de drogues fréquentant les CAARUD. C'est une enquête de type « une semaine donnée » qui a permis de recueillir, en novembre 2006, plus de 3 000 questionnaires complets (le nombre de personnes fréquentant les CAARUD est estimé à 50 000 environ).

La moyenne d'âge est d'environ 33 ans. Les femmes représentent un peu moins d'un tiers de cette population, plus de la moitié sont célibataires et 20 % ont un enfant (voir annexe 1).

Concernant leur situation sociale, la moitié des patients en centre de soins dispose d'un logement stable contre seulement 38 % pour les personnes fréquentant les CAARUD ; le nombre de SDF représente un quart de la file active des CAARUD contre 7 % dans les centres de soins.

Parmi les usagers des CAARUD, plus de la moitié des usagers vivent de prestations sociales, notamment du RMI (38,2 %). En centres de soin, ils sont environ 30 % dans cette situation.

Dans les centres de soins, 37,7 % ont déjà été incarcérés, et parmi eux, plus de la moitié l'a été au moins deux fois. Dans l'enquête ENa-CAARUD, un peu plus d'un usager sur six dit avoir été incarcéré au cours de l'année passée. L'incarcération concerne trois fois plus les hommes que les femmes.

Un tiers des personnes fréquentant les centres de soins spécialisés déclarent avoir été hospitalisés en psychiatrie en dehors d'un sevrage.

Environ 60 % d'entre eux bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO, voir annexe 2). Dans les centres de soins, ils se répartissent à peu près également entre méthadone et buprénorphine haut dosage (BHD) alors qu'en CAARUD, un tiers a de la méthadone et deux tiers de la BHD.

Principaux produits consommés :

	CSAPA	CAARUD
Opiacés (héroïne)	45,8 %	56,7 %
Stimulants (cocaïne, crack...)	23,1 %	46,7 %
Alcool	36 %	36,8 %
Cannabis	41 %	49,7 %

Quelle est leur situation au regard de l'emploi ?

Quelles que soient les enquêtes, que la situation au regard de l'emploi soit mesurée directement (occupation d'un emploi ou à l'inverse absence de travail) ou indirectement (nature des revenus, dont ceux liés au travail), il apparaît clairement que les personnes dont nous venons de présenter

le profil sont dans une situation de sous-emploi caractérisée, en comparaison avec la population générale.

CSAPA : 74 % sans emploi régulier

CAARUD : 85 % sans emploi régulier

Sur la totalité, environ un tiers sont bénéficiaires du RMI. Pour saisir l'ampleur du phénomène, le nombre d'allocataires du RMI en population générale en métropole représentait 3 % de la population active en décembre 2008.

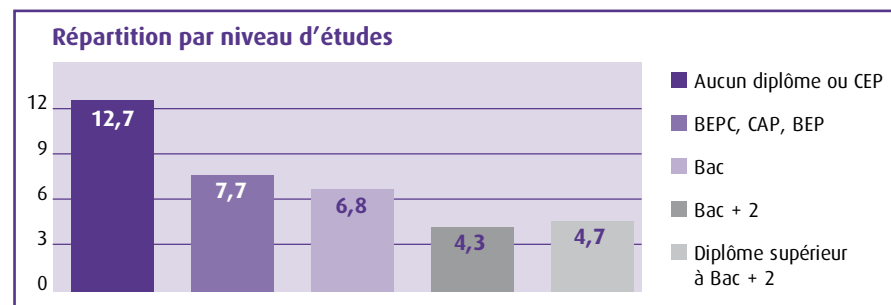
En appliquant ces proportions aux 230 000 usagers problématiques d'opiacés et de stimulants, environ 180 000 personnes seraient potentiellement concernées par des difficultés majeures d'insertion par l'emploi.

Sur la totalité, entre un cinquième et un quart occupe un emploi plus ou moins stable (usagers actifs, ex-usagers, personnes en TSO). Rappelons que le taux de chômage en population générale est d'environ 9 %¹⁶.

Ainsi, il apparaît clairement que les personnes ayant ou ayant eu un usage problématique de drogues rencontrent des difficultés majeures pour accéder au marché du travail et y occuper un emploi. Ces difficultés reposent à la fois sur des **causes similaires** à d'autres populations en difficulté sur la question de l'emploi et sur des **causes spécifiques** aux parcours dans la toxicomanie.

Pour ce qui concerne les causes similaires, il existe différents marqueurs d'exclusion, dont certains sont présentés ci-dessous.

Les faibles niveaux d'études constituent un facteur discriminant dans l'accès à un emploi, comme l'illustre cette statistique concernant la population générale en France : le taux de chômage des non diplômés (12,7 %) est deux fois plus élevé que celui des personnes qui disposent d'un niveau au moins égal à Bac + 2 (5 %) ¹⁷.



Or les personnes toxicodépendantes concernées par le projet « Territoires en réseaux » sont majoritairement pas ou peu diplômées : 32 % des patients en CSAPA et 11 % des bénéficiaires des CAARUD ont un diplôme de niveau Bac ou supérieur.

¹⁶ Cette proportion de personnes inemployées rejoint les données dans d'autres pays européens. Ainsi, une étude menée en Angleterre a montré que près de 80 % des usagers de drogues étaient inemployés [Jones A. et al. (2007), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Baseline report*, Home Office Research Report 3, London: Home Office].

¹⁷ INSEE - Enquête emploi du 1^{er} au 4^e trimestre 2008, France métropolitaine, personnes de 15 ans ou plus.

L'absence de logement stable constitue un second facteur. Or l'hébergement précaire concerne 30 % des patients suivis dans les CSAPA et 40 % dans les CAARUD.

Les épisodes de ruptures familiales et sociales sont un facteur péjorant dans l'accès à l'emploi.

Or nous constatons que 35 % des patients en centres de soins et 53 % des bénéficiaires des CAARUD vivent seuls.

De façon générale, d'autres facteurs contribuent à creuser les inégalités dans l'accès à l'emploi, facteurs auxquels, bien souvent, les usagers de drogues n'échappent pas (voir annexe 3). Comme pour d'autres personnes en difficulté par rapport à l'emploi, certaines caractéristiques sociodémographiques impactent négativement sur les possibilités des personnes toxicodépendantes d'accéder et de se maintenir dans un emploi. Pourtant, le niveau très élevé de l'absence d'emploi régulier, au regard d'autres groupes fragilisés, ne peut pas s'expliquer par ces seules causes générales. Ainsi, nous constatons un taux de non emploi d'environ 78 % chez les usagers de drogues contre un taux de chômage de 18,3 % chez les immigrés par exemple, ou même de 34 % chez les jeunes hommes (moins de 25 ans) des zones urbaines sensibles.

Ces distorsions signifient qu'il existe, pour ces personnes, des causes spécifiques, au sens où elles sont propres à une trajectoire dans l'usage de drogues. Ces causes spécifiques, qui se surajoutent aux difficultés rencontrées par les populations fragilisées au regard de l'emploi, sont de deux ordres.

Sur un plan sanitaire

Une trajectoire dans la consommation de drogues, particulièrement avec l'utilisation de la voie intraveineuse, est très souvent associée à un état de santé dégradé, dont les infections par le VIH et le VHC constituent une des caractéristiques les plus graves. L'importance des co-morbidités infectieuses est liée à l'ancienneté et à la durée du parcours dans l'usage ; ainsi chez les plus anciens usagers et ex-usagers, un quart environ sont porteurs du VIH et plus de la moitié sont porteurs du VHC contre 10 % et un tiers chez les plus jeunes (moins de trente ans). Ces infections constituent un obstacle certain à l'entrée et au maintien dans l'emploi en raison des conséquences qu'elles génèrent : fatigabilité de la pathologie chronique, stress et dépressions du fait de la maladie, handicaps physiques et atteintes neurologiques, effets indésirables des traitements associés, auxquels peuvent s'ajouter une conséquence indirecte : la discrimination sur le marché du travail en raison des représentations sociales, voire des peurs, liées au statut dérogatoire.

En moyenne près de 11 % des injecteurs de drogues sont porteurs du VIH. Plus de la moitié sont porteurs du VHC.

Les causes d'ordre sanitaire ne se limitent pas au seul plan somatique. Les usagers problématiques ont des niveaux de prévalence de troubles psychiatriques plus élevés que ceux constatés en population générale : ils sont plus fréquemment concernés par la dépression et d'autres troubles : anxiété, syndromes post-traumatiques ou bien troubles psychotiques. Il est admis que 40 à 60 % des usagers de drogues présentent des troubles psychiques, voire psychiatriques¹⁸. Ces données sont à mettre en regard avec les études en population générale, comme celle de Farrel et de ses collègues qui a identifié une prévalence de troubles psychiatriques de 12 % parmi les personnes sans aucune conduite addictive.

¹⁸ Trois études font référence en la matière : Kessler R.C., et al., "The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization", *Am J Orthopsychiatry*, 1996. 66(1) : p. 17-31; Farrell M. et al., "Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey", *Br J Psychiatry*, 2001, 179 : p. 432-7 ; Chiang S.C. et al., "Psychiatric comorbidity and gender difference among treatment-seeking heroin abusers in Taiwan", *Psychiatry Clin Neurosci*, 2007. 61(1) : p. 105-11.

Sur un plan social et juridique

Les trajectoires dans la toxicomanie sont souvent marquées par des épisodes qu'il est difficile de resituer dans un parcours de recherche d'emploi et de recrutement professionnel (économie de la rue, incarcérations, etc.). Expliquer ces épisodes génère un risque fort de rejet d'une candidature stigmatisée par l'« étiquette toxicomane », y compris quand la personne est dans un parcours de soin. Environ la moitié des personnes concernées ont des antécédents d'incarcération, auxquels s'ajoutent différentes sanctions pénales qui peuvent avoir un impact sur les conditions d'accès à un emploi (retrait du permis de conduire) ou le maintien dans un travail déclaré (passif financier constitué d'amendes et de dettes, qui entrainera des retenues sur salaires)¹⁹.

Les patients en traitement de substitution

Nous savons donc que la majorité des usagers problématiques bénéficie d'un traitement de substitution (TSO). Si ces traitements ont procuré une amélioration certaine sur le plan de la santé pour de nombreux usagers, nous constatons que, sur d'autres plans, ils n'ont pas apporté le bénéfice escompté, en particulier sur les questions sociales (voir annexe 2). La dimension qui semble avoir le moins évolué est justement la question de l'emploi et de la vie professionnelle, ainsi que l'a mis en évidence la seule étude nationale réalisée en France sur l'impact des TSO²⁰. Cette étude interrogeait les ex-usagers de drogues qui suivent un TSO sur l'impact ressenti de ces traitements sur la vie sociale ; la majorité des répondants avait constaté une amélioration sur le plan sanitaire (58 %), financier (57 %) et de l'hébergement (54 %).

En revanche, la situation avait peu évolué (1), voire s'était dégradée (2), dans les sphères suivantes :

	(1)	(2)
La vie affective :	41 %	21 %
La situation professionnelle :	53 %	9 %
La situation administrative :	49 %	4 %
Les relations familiales :	42 %	8 %

La question du travail et de l'emploi reste bien une préoccupation majeure pour ce public, y compris chez ceux qui sont en traitement, et semble constituer la variable sur laquelle le seul dispositif sanitaire et social existant semble agir le moins, et ce pour deux raisons :

- La première est d'ordre structurel : ce dispositif relève du secteur médico-social, dont le financement par l'Assurance Maladie est conditionné à des indicateurs précis d'activités, où prime la dimension sanitaire. Au sein même de ces dispositifs, l'urgence et la complexité de certaines situations sociales laissent peu de place à la question de l'insertion.
- La seconde est d'ordre conjoncturel : un contexte global de crise impacte l'ensemble de l'économie bien sûr, mais affecte aussi les capacités du secteur social à répondre à la précarité. Ainsi, depuis la crise financière de septembre 2008, les entreprises de travail temporaire d'insertion accusent une

¹⁹ Sur cette question de la « transition vers une vie normale », Sebastian Saville, directeur de l'association Release (Grande-Bretagne) a témoigné de son expérience lors de la conférence internationale de Réduction des Risques, à Barcelone en mai 2008 (disponible sur http://www.ihra.net/uploads/downloads/Conferences/Archive/Barcelona2008/2008_Wednesday_Major_Harms_Saville.pdf).

²⁰ Guichard A., Lert F., Caldéron C. et al., « Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés », enquête AIDES/INSERM, 2002.

baisse de 45 % de leur activité²¹. Au regard de l'augmentation du nombre de chômeurs²², toutes catégories confondues, les spécialistes redoutent une montée en puissance des niveaux de qualification sur les recrutements.

Les usagers de drogues sont-ils « en capacité de travailler » ?

Très souvent, les débats sur l'insertion des usagers de drogues se réduisent à cette seule question. Cette préoccupation focalise certainement plus l'attention que pour toute autre catégorie de personnes vulnérables. Les représentations à l'œuvre en matière de drogues mettent généralement en cause non seulement la capacité mais également la volonté « réelle » du « drogué » à travailler et la confiance très relative que l'on peut avoir en lui. D'autres appréhensions, concernant la sécurité au travail et la productivité, sont très présentes chez les employeurs (voir annexe 4). Quelques périodes creuses dans un CV, différents marquages du corps (tatouages, dentition abîmée, vieillissement prématuré...) peuvent aussi constituer certains signes laissant supposer un usage de drogues. Si ces « signes » peuvent être associés à un usage de drogues, ils n'en sont pas pour autant spécifiques. De plus, la question des représentations liées aux drogues, ne pouvant être balayée d'un revers de main, devra impliquer de véritables questionnements dans les deux champs professionnels concernés par notre propos. Mais à ce stade de notre démarche, nous souhaitons simplement reconsidérer la question qui nous préoccupe sous l'angle de l'employabilité des usagers de drogues.

La notion d'*employabilité* nous semble en effet moins stigmatisante et préférable à celle de « capacité à travailler », et ce pour deux raisons. En amont d'une intervention d'aide à l'insertion par l'emploi, elle permettra de mieux comprendre et analyser les besoins ; en aval, elle aidera à mieux mobiliser les dispositifs d'insertion les plus adaptés.

Nous définissons l'employabilité comme *la capacité relative que possède un individu d'obtenir un emploi satisfaisant compte tenu de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et le marché du travail*.

Au-delà des compétences professionnelles *stricto sensu*, cette définition fait apparaître deux dimensions :

- une *dimension propre à chaque individu* : la représentation que l'on se fait de ses propres compétences, l'estime de soi et la capacité à valoriser son expérience. De nombreux usagers de drogues ont souvent intériorisé le sentiment d'une « incapacité à travailler », du fait de multiples échecs. D'autres, *a contrario*, mais souvent en réaction à de semblables parcours d'échec, surestimeront leurs capacités. Cette dimension implique également de considérer les ressources physiques et matérielles. Ainsi, une personne souffrant d'insuffisance respiratoire ne pourra pas occuper un emploi de peintre en bâtiment ; une autre, dépourvue de moyen de locomotion et isolée géographiquement, n'aura pas la possibilité d'occuper un emploi très éloigné de son domicile.

²¹ « Les structures d'insertion menacées par la crise », in *Lien Social*, n° 943, 1^{er} octobre 2009.

²² Le nombre de demandeurs d'emploi de catégorie A inscrits à Pôle emploi a ainsi augmenté de 22 % entre octobre 2008 et octobre 2009, pour s'établir à plus de 2 600 000 en fin d'année 2009. Les demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi sont désormais classés en 5 catégories (A, B, C, D, E). La première, la plus importante en nombre, concerne les personnes sans emploi tenues de « faire des actes positifs de recherche d'emploi » (chiffre couramment avancé lorsqu'on parle de chômage) ; les deux suivantes (B et C) concernent elles aussi des personnes tenues de « faire des actes positifs de recherche d'emploi », mais ayant occupé une activité réduite. Les catégories A, B et C concernaient 4 millions de personnes fin novembre 2009 (avec les DOM). Les catégories D et E concernent des personnes non tenues de « faire des actes positifs de recherche d'emploi » qui sont sans emploi (ex : stages) pour la catégorie D, en emploi (ex : contrats aidés) pour la catégorie E ; les deux catégories comptabilisaient environ 500 000 personnes fin 2009. Au total, le nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, quel que soit leur statut, était donc d'environ 4,5 millions fin 2009. Mais seulement 2,5 millions sont indemnisés.

– une *dimension extérieure à chaque individu* : l'accès ou le maintien dans un emploi implique de se conformer peu ou prou aux normes sociales en vigueur ainsi qu'aux codes propres au secteur d'activité que l'on rejoint. Il s'agit dès lors de respecter toutes les règles qui en découlent : politesse, amabilité, tenue vestimentaire adaptée..., auxquelles s'ajoutent bien sûr les règles inscrites dans le code du travail et les dispositions internes de l'entreprise (respect du règlement intérieur, des horaires, de la hiérarchie, etc.).

Ces deux dimensions interagissent bien évidemment l'une avec l'autre et un travailleur *adapté* saura probablement en tirer parti. Pour d'autres, elles semblent au contraire ne pas pouvoir s'articuler. C'est ce que l'on constate par exemple chez certains bons élèves issus de quartiers sensibles ou de l'immigration et s'autocensurant dans leurs choix d'études supérieures : d'une part, ils se perçoivent illégitimes dans un univers où ils sont renvoyés quotidiennement au fait que ce n'est pas le leur ; d'autre part, leurs efforts d'intégration dans cet univers viennent renforcer un sentiment de trahison envers leur famille ou leur groupe d'appartenance.

Au regard de cette analyse, il est clair qu'un usage problématique de drogues, actuel ou passé, pourra impacter défavorablement en termes d'employabilité. Toutefois, la consommation d'une substance psychoactive ne saurait, à elle seule, constituer un obstacle définitif à l'employabilité. Nous disposons en France encore une fois de l'exemple de l'alcool : il existe en France 6,4 millions de buveurs quotidiens dont 3,7 millions de consommateurs à risque ; le nombre de personnes sans emploi et inscrits à Pôle emploi est de 2,6 millions, il est donc évident que beaucoup de consommateurs à risque sont en capacité de travailler !

Une autre question se pose : les besoins des usagers de drogues sont-ils à considérer spécifiquement ou bien peuvent-ils s'intégrer dans une problématique générale d'accès à l'emploi de publics en difficulté ? Autrement dit, les dispositifs d'insertion peuvent-ils accueillir directement et indifféremment les publics toxicodépendants ou bien convient-il de mettre en place des sas, voire des dispositifs spécifiques à cette population ? A cette étape de la réflexion, il est encore trop tôt pour apporter une réponse. La seconde partie de cet ouvrage présentera quelques pistes pour agir sur l'insertion par l'emploi de ces publics.

Un entretien réalisé en 2009 avec une professionnelle de l'insertion, travaillant dans un lieu d'accueil pour usagers de drogues, nous a incités à adopter une démarche extrêmement pragmatique :

« Avez-vous mis en place une action spécifique ? »

Non ! J'avais, dans mon expérience professionnelle précédente, appris à travailler avec des grands précaires. Et, je ne voyais pas de différence, en matière de précarité, avec les usagers de drogues. J'ai donc utilisé les ressources et les techniques que je connaissais.

Et ça a marché ?

En fait, au début, je n'ai pas fait attention à plein de choses liées aux addictions et en un an j'ai grillé mon carnet d'adresses... »

Cette démarche pourrait se caractériser par un savant dosage entre volontarisme (« *c'est un problème comme les autres* ») et spécificité (« *c'est un public trop spécifique pour entrer directement dans les dispositifs existants* »), faisant écho à un sentiment profond de bon nombre d'intervenants :

– du secteur de l'insertion : il n'existe pas de profils ou de parcours type en matière de rapport à l'emploi. Non seulement les catégories ne sont pas figées mais les nouvelles pauvretés les ont profondément bousculées depuis trente ans.

– Du secteur de l'addictologie : il n'existe pas non plus de profil type de l'utilisateur de drogues, tant les dimensions à l'œuvre sont multiples et complexes.

Cet état des lieux nous permet de mieux cerner les besoins flagrants des personnes toxicodépendantes en matière d'insertion par l'emploi. Le seul vœu pieux de la nécessaire articulation entre le secteur médico-social et celui de l'insertion ne suffit manifestement pas...

Au travers des expériences de Drogues et Société (Créteil, Val-de-Marne) et Espace (Montargis, Loiret), nous disposons de premiers repères pour nous aider à définir la nature et les contenus d'actions d'insertion par l'emploi et identifier les conditions nécessaires à leur mise en œuvre. Ces deux associations développent depuis plusieurs années des programmes spécifiques d'insertion par l'emploi en direction de publics usagers de drogues.

Drogues et Société

Philippe Lagomanzini

L'inscription de l'association Drogues et Société dans le cadre de la Politique de la Ville et en grande proximité du territoire a imposé de considérer différentes dimensions : le contexte familial, social, économique et culturel dans lequel évoluent les usagers de drogues ; leurs représentations sur cet environnement ; les représentations sociales des habitants et des professionnels tant à leur égard qu'à celui de leur problématique...

L'accompagnement dans le soin, dans la construction ou la reconstruction de liens sociaux, a alors impliqué, au-delà de réponses individualisées et parfois avant même la mise en œuvre de ces réponses, une intervention sur l'entourage immédiat et l'environnement social, afin de réduire les facteurs d'obstacles et d'exclusion mais aussi de valoriser, renforcer et associer les ressources existantes.

La démarche de l'association s'est ainsi inscrite dans une double perspective, à savoir :

- d'une part, une proposition de prise en charge individualisée en termes de soins, de suivi psychologique, d'hébergement, d'accompagnement social et d'aide à l'insertion. Sont suivies régulièrement environ 250 personnes par an par le centre de soins (dont la moitié est en TSO). Une centaine d'usagers plus jeunes fréquente la consultation accueillant de jeunes consommateurs.

- d'autre part, la construction de réponses en direction de l'environnement. La plupart des professionnels des services sanitaires et sociaux ne se considèrent généralement pas en mesure de répondre aux besoins des usagers de drogues ; ces derniers se voient ainsi bien souvent exclus des réponses de droit commun. Des groupes de travail, des temps de sensibilisation ou de formation ont été mis en place, au fil des années, en direction d'un grand nombre de professionnels : gardiens d'immeuble, employés des centres communaux d'action sociale, éducateurs, infirmières hospitalières, assistantes sociales, médecins généralistes, animateurs, agents de sécurité, délégués de probation des services pénitentiaires, etc. Ces groupes ont permis de réfléchir collectivement à de meilleures attitudes, d'adapter les pratiques, de renforcer les compétences professionnelles face aux besoins spécifiques des usagers de drogues ainsi que face aux difficultés et inquiétudes que ces derniers peuvent parfois générer...

Cette démarche a permis la constitution d'un véritable réseau local sur le territoire de cinq communes (soient environ 250 000 habitants) et la construction d'un socle commun de connaissances et de ressources pour la construction de réponses concertées et mieux adaptées aux besoins des usagers de drogues. La dimension de l'insertion par la formation et l'emploi a également été travaillée dans cette même approche renforcée et étayée par d'étroits et multiples partenariats.

Les « Étapes vers l'emploi » : un dispositif de remobilisation, formation et aide à l'insertion

Avec le soutien du Programme Départemental d'Insertion du Val-de-Marne a été mis en place, dès 1996, un stage en direction de bénéficiaires du RMI, qui sont à la fois les plus éloignés de l'emploi et dans des situations de grande précarité. Par ailleurs, les publics recrutés sont généralement encore mal stabilisés dans leur traitement et sont dans l'incapacité d'accéder à un dispositif de droit commun. L'inscription sur le stage permet l'octroi d'une allocation complémentaire d'environ 200 euros versée par le Conseil général.

Ce stage a beaucoup évolué au fil de ces treize années du fait de la nécessité de s'adapter en permanence aux attentes et intérêts des participants. La durée est d'environ un an, à raison de cinq demi-journées par semaine. Chaque groupe est constitué de six à huit personnes.

Certains contenus sont basiques et liés à une acquisition de connaissances en français, calcul et informatique. Des rencontres avec des intervenants extérieurs et des visites sont régulièrement organisées au gré de questions se posant aux stagiaires en lien à la santé, l'emploi, les droits sociaux, le développement durable, etc. Des sorties culturelles sont aussi organisées au musée, au théâtre ou au cinéma.

L'implication dans la construction de projets collectifs est stimulée au travers d'ateliers écriture, théâtre ou vidéo, à partir desquels peuvent être repérées par les formateurs, mais aussi par les stagiaires eux-mêmes, des compétences insoupçonnées contribuant ainsi au renforcement de l'estime de soi.

Une réunion hebdomadaire permet la régulation et l'aide à l'auto-régulation : gestion de conflits, réflexion sur les difficultés à communiquer au sein du groupe, sur la place des consommations dans la difficulté à partager un projet collectif... Enfin, un accompagnement individualisé peut permettre l'élaboration d'un projet de formation ou d'accès à l'emploi.

Le fait que les stagiaires ont une place importante dans la vie quotidienne du centre est à souligner ; par exemple, ils ont été associés à des rencontres européennes en France, mais également au Portugal et en Italie. Ils s'inscrivent aussi dans un rôle de relais auprès des autres usagers du service ; ce rôle, jusqu'à présent peu formalisé, l'est davantage depuis la récente création du Conseil de Vie Sociale, où plusieurs d'entre eux ont été élus en tant que représentants des usagers.

Environ deux cent usagers ont été inscrits sur ce stage depuis treize ans.

Hélène Bézille évoquait, dans une évaluation de cette action, « *La dimension d'espace-temps de transition entre une réalité sociale vécue comme excluante et un monde personnel problématique ; le stage apparaissant alors comme une ouverture vers un ailleurs dont on ne sait pas ce qu'il promet mais dont on sait de quoi il éloigne momentanément, un espace propice à une reprise en main par la personne de son être et de son devenir* ».

Durant les premières années, assez peu de résultats furent obtenus en termes d'accès à l'emploi ou à une formation qualifiante. Tant les stagiaires que l'équipe évoquaient volontiers les représentations des entreprises et la discrimination dont étaient victimes les usagers de drogues. La confiance de l'équipe en la capacité des usagers à occuper un emploi était relativement faible et les objectifs de l'action se limitaient à la remobilisation, la valorisation de compétences et savoir-faire, la découverte de champs d'intérêts susceptibles de contribuer à redonner sens à un parcours de vie sans substances. Mais les représentations des professionnels ont été fortement bousculées par l'inscription de cette action dans le cadre du programme européen Equal, pour l'égalité des chances face à l'emploi. Au vu d'autres expériences européennes (en particulier en Italie et au Portugal), les soignants se sont aperçus de leur incapacité à évaluer les compétences en termes d'employabilité et à accompagner vers des réponses d'accès à l'emploi. Ils se sont également questionnés sur le fait que leurs propres représentations pouvaient tendre à « réduire » les usagers de drogues à de seuls demandeurs de soins... !

Depuis 2001, des liens ont été tissés avec quelques entreprises d'insertion, ainsi qu'avec différents services municipaux et organismes de formation. Des résultats intéressants sont observés même si le maintien dans l'emploi est parfois plus difficile que l'accès à l'emploi, et qu'un certain nombre de préalables sont à considérer soigneusement, notamment pour résoudre certaines conditions de

logement très précaires, ou pour faire face à l'isolement, après une journée de travail, au moment où les services d'accueil sont fermés.

Quelques chiffres quant aux résultats de l'année 2009, concernant des publics de 25 à 48 ans :

- 8 hommes ont été intégrés dans le stage et deux autres personnes (un homme et une femme) ont participé régulièrement à certains ateliers (théâtre et écriture).
- 10 autres personnes (9 hommes et 1 femme), dont 7 anciens stagiaires, ont également bénéficié d'un accompagnement personnalisé d'insertion par l'emploi.

Sur la vingtaine de bénéficiaires au cours de l'année 2009 :

- 11 ont été en situation d'emploi, dont 6 le sont encore à ce jour.
 - 3 ont accédé ou accéderont à une formation qualifiante.
 - 1 est en attente d'accéder à un « poste » au sein de la communauté Emmaüs.
- Ces résultats encore fragiles mais tout à fait prometteurs n'ont été possibles que grâce à la mobilisation des partenaires associés dans le cadre d'un comité de suivi de l'action.

Un comité de suivi a en effet été constitué dès le début de cette action. Il associe les services instructeurs du RMI, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), des centres de soins, le Plan Local d'Insertion par l'Économie (PLIE), un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Ce n'est qu'en 2001 qu'il a associé des organismes de formation et des entreprises d'insertion. Ce comité permet la recherche de solutions adaptées aux besoins des stagiaires : orientation vers une formation qualifiante, stage en entreprise, insertion dans l'emploi, etc.

Des temps d'échange sont organisés entre ce comité et les stagiaires, ce qui permet à ces derniers de mieux connaître les institutions qu'ils représentent, et aux professionnels de mieux identifier collectivement certains besoins et attentes et de participer à la définition de réajustements concernant les contenus du stage ou la recherche de nouveaux partenariats.

Hélène Bézille évoquait ce comité comme « *un espace d'apprentissage collectif permettant de dépasser certaines visions stéréotypées des usagers de drogues, et plus largement des personnes en situation de précarité, qui conduisent souvent à sous-estimer les potentialités et ressources en terme de socialisation et d'insertion professionnelle* ».

Enfin, pour Drogues et Société, cette action ne doit pas être réduite à la seule perspective de l'accès à l'emploi. L'objectif fondamental est de favoriser la participation sociale des usagers de drogues, et cela doit impliquer la possibilité de participer à des changements sociaux. L'action contribue en effet à des changements : elle a favorisé une plus grande tolérance, une meilleure compréhension envers des publics en situation à risques d'exclusion au sein des entreprises ou organismes de formation partenaires ; elle a aussi contribué à améliorer les pratiques. Ainsi les services instructeurs du RMI pouvaient parfois renoncer à convoquer, pour la mise en place d'un contrat d'insertion, certains publics connus comme étant usagers de drogues. Ce n'est plus le cas aujourd'hui pour les services avec lesquels l'association travaille. En outre, l'hypothèse à l'origine de cette action, se vérifie : le renforcement des possibilités de participation sociale (par l'implication dans un projet collectif, par la formation qualifiante ou bien par l'emploi) peut aussi avoir des effets thérapeutiques (stabilisation d'un traitement, régulation de comportements à risques, etc.).

Espace

Valérie Dorso

Espace est une association portant à la fois un CAARUD et un service d'insertion ouvert à un public précaire, majoritairement bénéficiaire de minima sociaux, et dont les problématiques ne sont pas toujours reliées à des consommations de psychotropes. L'un et l'autre développent des actions d'accompagnement individualisé qui permettent aux bénéficiaires d'être suivis par un travailleur social, un psychologue ou une chargée d'insertion professionnelle, selon la nature des problèmes qu'ils rencontrent et les compétences et réseaux qu'il faudra mobiliser pour les résoudre ou les atténuer.

Dans le cas de la prise en charge des usagers toxicodépendants, l'originalité de la démarche repose sur l'accès inconditionnel aux mesures d'accompagnement :

- sans préalable de soin et sans parcours imposé ;
- sur du long terme : les accompagnements peuvent durer entre 6 et 36 mois en fonction des problématiques rencontrées, des compétences psychosociales de l'usager et des ruptures dans le suivi ;
- sans interruption de l'accompagnement de notre fait : consommations en hausse, départ provisoire, incarcération, abandon non justifié ;
- avec une possibilité de prise en charge sans une obligation de rendre compte : ainsi, un usager suivi dans le cadre de son contrat d'insertion RMI (suivi social, recherche d'emploi, soutien psychologique, etc.) qui souhaite travailler sur ses consommations peut être suivi en toute confidentialité dans le cadre du CAARUD, sans que son service instructeur en soit informé.

Les leviers de l'action

Ce type de prise en charge suppose d'agir préalablement sur 3 points.

Agir sur l'environnement

En formant aux particularités de la prise en charge des conduites addictives les intervenants sociaux, éducatifs et de l'insertion, ce qui permet de « faire sauter les verrous » pour que ceux-ci ne considèrent plus seulement le bénéficiaire qu'au travers du prisme de ses consommations et qu'ils recentrent leur accompagnement sur les attentes de la personne et non sur les leurs, qui sont généralement orientées vers une injonction de soin préalable à toute démarche d'insertion.

En animant un réseau pluridisciplinaire avec l'ensemble des intervenants des champs de l'insertion, du soin, du sanitaire et du social : rencontres entre équipes, création de groupes de travail, gestion de dossiers partagés, formations communes, diffusion d'informations.

Agir sur les financeurs

En négociant des mesures à long terme : des accords ont été passés dans ce sens avec les financeurs afin de pouvoir suivre les usagers pendant plusieurs années ou de façon discontinue et d'obtenir en conséquence des temps de travail adéquats pour le psychologue et la conseillère d'insertion professionnelle (CIP).

Agir en interne

En orientant l'ensemble de l'équipe vers une prise en charge respectueuse de l'usager et de ses choix ; l'usager, ni « malade » ni « irresponsable », doit pouvoir se servir des services d'Espace comme d'une boîte à outils.

En favorisant le travail collectif en interne et en externe.

En formant les membres de l'équipe aux conduites addictives, à la réduction des risques, aux pathologies associées mais aussi aux politiques d'insertion, quel que soit leur champ professionnel, de façon à leur donner une double compétence.

En contrôlant, par des tableaux de bord, la régularité des rencontres partenariales afin de maintenir en permanence le lien au niveau collectif.

En faisant un point mensuel à propos de chaque personne accompagnée avec l'ensemble des intervenants concernés afin de vérifier la cohérence du suivi et les suites envisagées.

Ce mode de prise en charge auprès d'usagers actifs ou non stabilisés et très majoritairement précaires a fait ses preuves en 10 ans, tant sur le volet de l'accès aux soins, spécialisés ou non, que sur celui du logement, de l'apurement d'endettement, de la recouvrance des liens parentaux ou familiaux. Et depuis plusieurs années consécutives, un taux de réussite proche de 50 % est obtenu en matière d'insertion professionnelle, alors que c'est généralement le champ le moins investi par les centres de soins spécialisés et les CAARUD.

Quels sont les facteurs permettant d'atteindre ce taux ?

Le recrutement d'un professionnel spécifiquement formé et maîtrisant :

- les méthodes d'orientation, de bilan personnel et professionnel,
- les techniques de recherche d'emploi et les aides à l'embauche,
- une bonne connaissance du bassin de l'emploi,
- la connaissance des profils de postes et des conditions de travail de chaque entreprise,
- la capacité à concevoir un parcours d'insertion cohérent en fonction des compétences et aptitudes de chaque demandeur d'emploi.

Ce professionnel a tissé un réseau composé d'entreprises privées, d'agences d'intérim, d'entreprises d'insertion, de centres de formation et a acquis une crédibilité auprès de ses divers interlocuteurs parce qu'il maîtrise leur langage : Pôle emploi, DRH, recruteurs intérimaires, intervenants de l'insertion par l'économique. Il est la seule personne habilitée à dire si un usager est en capacité ou non de travailler à partir de critères objectifs : entretien, évaluation en milieu de travail, période d'immersion ou d'essai. Son intervention ne s'arrête pas à l'accès à l'emploi ou à la formation mais perdure pour soutenir le maintien en activité. Enfin, sa mission implique une très étroite relation avec l'usager par le biais d'entretiens avec le support de documents de travail favorisant auto-évaluation et réflexion, dans la perspective de conjuguer le désir de l'usager, les compétences et aptitudes mobilisables et les opportunités existantes.

En conclusion, Espace a donc fait le choix de développer en interne une réponse pour les usagers qui ne trouvaient pas d'écho à leur désir ou besoin de travail, ni au sein du secteur spécialisé qui les jugeait trop fragiles ou trop « cassés » ni dans celui de l'insertion qui voyait d'abord en eux des « malades à soigner ».

Si la construction de ce type de réponse n'est pas envisageable pour toutes les structures d'accueil et de soin, leur rapprochement et leur mise en réseaux avec des structures d'insertion, ainsi que la sensibilisation et la formation de leurs équipes pourraient permettre une meilleure prise en compte des besoins des usagers de drogues en matière d'insertion par l'emploi.

La prise en charge des usagers de drogues en France

Le cadre français et son évolution

Le soin spécialisé aux toxicomanes dans les années 70

Pendant de nombreuses années, les réponses sanitaires et sociales ont été focalisées sur les consommations de drogues illicites, et plus particulièrement de drogues alors dites « dures » : l'héroïne et la cocaïne. Le concept de pharmacodépendance, introduit par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1969, pour qualifier les situations de dépendance physique ou psychique à une drogue, semble d'ailleurs ne s'appliquer qu'à ces deux substances. (c'est l'époque où fumer est encore autorisé sur les plateaux de télévision !). Le terme couramment employé pour parler de la dépendance à ces substances est alors celui de toxicomanie.

En France, un champ spécialisé d'intervention en toxicomanie va progressivement se structurer au cours des années soixante-dix. La loi de 1970 a créé une injonction de soins en alternative à l'incarcération pour les toxicomanes déferés devant le Parquet. L'offre des traitements proposés repose essentiellement sur une approche psychologique, d'inspiration psychanalytique, fondée sur le sevrage et l'abstinence, conditionnant tout accompagnement d'un ultérieur processus de réhabilitation sociale. L'arrivée de l'épidémie de sida dans les années quatre-vingt est venue renforcer cette appréhension des drogues centrée sur les produits illicites et plus particulièrement sur la voie injectable, en raison du risque élevé de transmission du VIH lorsque le matériel d'injection était partagé entre consommateurs. De fait, au début de l'épidémie, les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) ont représenté environ 40 % des personnes séropositives.

Les changements induits par le sida dans les années 80

Afin de faire face à l'épidémie de sida, les protocoles de soins jusque-là cantonnés à un objectif curatif et d'abstinence ont intégré une démarche préventive. Sous la pression d'associations de lutte contre le sida, de professionnels de santé engagés au quotidien dans le soin aux toxicomanes, de représentants d'usagers de drogues constitués en associations, la politique publique de lutte contre le sida a progressivement été conduite à intégrer puis à légaliser la mise en place de réponses et de dispositifs destinés à diminuer la prévalence du VIH parmi les UDVI : programmes d'échanges de seringues (PES) et, bien plus tardivement, traitements de substitution aux opiacés (TSO - voir annexe 2). Ces deux réponses constituent les symboles de l'approche dite de réduction des risques (RDR), contribuant à la fois à adapter les politiques de prise en charge des addictions et à changer le regard social porté sur les toxicomanes. Le toxicomane était jusqu'alors défini par sa consommation, comme malade ou délinquant. La seule alternative à une sanction pénale, en raison du caractère délictuel de cette consommation, était, pour lui, d'entreprendre de manière volontaire ou sur décision de justice, une démarche de soin centrée sur le sevrage et l'abstinence. Avec la RDR est apparue une approche moins binaire où prévalait enfin le souci de faciliter l'accès des usagers de drogues à des réponses médico-sociales sans obligation préalable de sevrage. Cette approche a constitué un élément majeur de la redéfinition du champ professionnel des addictions.

La refondation des politiques en matière de drogues dans les années 90

Un signe fort illustre le changement dans le débat public sur les drogues : la publication en

mars 1995 du rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, instituée un an plus tôt par Simone Veil, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé. Cette commission, présidée par le Professeur Henrion, avait pour mission de formuler des propositions dans la perspective d'une évolution politique sur la question des drogues en France. Les définitions à l'œuvre dans le champ de la toxicomanie ont dû être profondément reconsidérées. Puis en 1998, le rapport Roques compare les substances psycho actives sans se préoccuper de leur statut légal, ce qui va impulser une nouvelle politique des drogues conduites par Nicole Maestracci, alors présidente de la MILDT et qui inclut dans son plan le tabac, l'alcool, les substances dopantes et les médicaments. Un nouveau socle de connaissances et de références apparaît alors, autorisant ou incitant les intervenants spécialisés à s'engager dans une approche plus pragmatique afin de développer des programmes mieux adaptés en termes d'information, de soin et de prévention. Cette évolution des concepts et des pratiques s'est accompagnée d'une refondation des dispositifs spécialisés dans l'accueil et la prise en charge des usagers de drogues en France.

Le dispositif actuel

Aujourd'hui, ce dispositif repose sur deux types de structures qui ont vocation à harmoniser l'accueil et la prise en charge des usagers de drogues : les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour la prise en charge et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) pour les actions de réduction des risques.

Les CSAPA

Les CSAPA ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 qui a réformé l'action médico-sociale. Ils étaient initialement destinés à constituer un cadre unique de soins spécialisés dans la prise en charge des addictions aux drogues illicites et

à l'alcool. De nombreux centres agréés maintiennent cependant leur spécificité alcool ou drogues illicites. Le décret du 14 mai 2007 a ainsi défini leurs missions, qui sont au nombre de trois :

1. L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage.
2. La réduction des risques associés à la consommation de substances psycho-actives.
3. La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Le nombre estimé de personnes suivies actuellement en CSAPA est de 90 000.

Les CAARUD

Après une quinzaine d'années de promotion par les acteurs du champ et d'acceptation progressive par l'opinion publique de l'approche dite de « réduction des risques », la loi du 9 août 2004 l'a légalement reconnue en l'inscrivant dans le code de la Santé publique : « *la politique de RDR en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par les substances classées comme stupéfiants* ». En application de cette loi, le décret du 19 décembre 2005 a créé les CAARUD et ainsi défini leurs missions :

1. L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé.
2. Le soutien dans l'accès aux soins.
3. Le soutien dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.
4. La mise à disposition de matériel de prévention des infections.
5. L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers de drogues.

Le nombre estimé de personnes fréquentant actuellement les CAARUD est de 50 000. Les deux types de structures relèvent de l'action médico-sociale, et voient leurs budgets de fonctionnement alimentés par l'Assurance Maladie (par le biais d'une dotation prévue dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale). Ces financements sont conditionnés à des indicateurs d'activités, répondant eux-mêmes à une logique d'objectifs.

Autres acteurs

Les médecins généralistes et pharmaciens reçoivent un grand nombre de consommateurs de substances, notamment dans le cadre de la prescription d'un TSO. L'OFDT estime que 120 000 personnes seraient ainsi vues en ville. En outre, des associations ne relevant pas du dispositif médico-social reçoivent des usagers de drogues, souvent dans le cadre de programmes dits « première ligne » avec un niveau de bas seuil d'exigence pour accéder aux services proposés (boutiques, centres d'accueil de jour...).

La place de l'insertion dans ce dispositif

A la lecture des missions qui leur sont dévolues, force est de constater que l'insertion professionnelle constitue une part marginale dans l'activité des CSAPA et des CAARUD. Il est toutefois vrai que le cœur de métier de ces centres relève du soin plutôt que de l'insertion.

Le « plan addiction 2007-2011 », adopté par le gouvernement français le 15 novembre 2006, pointe une préoccupation qui pourrait faire écho à la question de l'insertion par l'emploi, sans être formellement explicitée comme telle : « *L'intervention sanitaire ne saurait réduire l'ensemble des problèmes [des personnes dépendantes]. Les soins doivent alors s'organiser dans le cadre d'un accompagnement à long terme au plus près de la vie familiale et sociale de la personne* ». Trois groupes de travail ont été mis en place pour le suivi de ce plan : l'un sur les TSO, le second sur la RDR et le troisième sur

l'hébergement. Certes, la question d'un hébergement sûr est une condition indispensable à une bonne prise en charge médico-sociale, mais ne règle en rien à elle seule la question de l'insertion, encore moins celle de l'insertion par l'emploi. La question de l'insertion est tout simplement confondue avec celle du social en général, elle-même bien souvent réduite à la question de l'accès aux droits sociaux (couverture maladie) et à l'hébergement. Dans ce contexte, les actions d'insertion professionnelle constituent donc le parent pauvre des dispositifs médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des publics toxicodépendants.

L'analyse a donc révélé les besoins d'insertion par l'emploi des publics toxicodépendants ainsi que les difficultés du champ médico-social à y faire face. Notre regard nous conduit donc naturellement à nous tourner vers le champ de l'insertion, afin de mieux le connaître et d'en explorer les opportunités.

Les politiques publiques d'insertion en France

Réagir aux nouvelles pauvretés

Les politiques d'insertion françaises trouvent leur origine dans le début des années quatre-vingt. La décennie précédente voit en effet, à la suite des chocs pétroliers, la fin de la période des Trente glorieuses, marquée par une période de croissance économique génératrice de plein emploi. Dès lors, le chômage massif devient une préoccupation politique et sociale, d'autant que le modèle social français, comme tant d'autres, repose sur le travail générateur de revenus pérennes et de l'accès aux prestations sociales. En outre, la capacité à accéder à un logement personnel est étroitement liée au fait d'avoir un emploi.

L'effet conjugué d'un chômage massif et des difficultés croissantes pour les jeunes à accéder au marché du travail, dans un contexte de crise de l'emploi, fait apparaître une nouvelle pauvreté, qui semble échapper aux dispositifs classiques de protection sociale. Les gouvernements successifs, quelle que soit leur majorité politique, chercheront depuis lors à développer des instruments d'intervention pour lutter contre l'*exclusion*, dont le concept est venu qualifier cette nouvelle pauvreté. Les politiques d'insertion se traduisent par l'allocation de ressources publiques et par la mise en œuvre de dispositifs chargés de développer les programmes d'insertion.

Deux populations vont particulièrement en faire l'objet : les jeunes et les chômeurs de longue durée. A cet égard, deux dates symbolisent le lancement de cette politique d'insertion en France :

– En 1981, le rapport de Bertrand Schwartz conduit à la création de structures locales, partenariales et transversales : les Missions Locales pour l'emploi des jeunes et les Permanences d'Accueil d'Information et d'Orientation (PAIO) sur l'ensemble du territoire français.

– En 1982, Jean Le Garrec, ministre délégué à l'Emploi, lance le plan en faveur de la réinsertion des chômeurs de longue durée, en coopération avec l'ANPE et l'AFPA.

D'ores et déjà apparaît un principe essentiel qui formera la trame de toutes les politiques d'insertion et en structurera profondément les dispositifs : l'accès ou le retour à l'emploi sont considérés comme les premiers moyens de la lutte contre la pauvreté et les véritables garants d'une insertion sociale. Ce principe est étroitement lié à un second : la diminution du coût du travail pour les employeurs, par le biais d'une prise en charge partielle par l'Etat ou bien par le biais de l'exonération partielle ou totale de cotisations sociales.

Les mesures spécifiques ainsi prises ne répondent toutefois pas à une analyse plus générale de l'exclusion ni n'obéissent à une politique globale d'insertion. Il n'existe pas de pivot central pour mener une telle politique et le volet insertion sociale et professionnelle n'est pas directement inclus dans les mesures mais pensé comme un résultat attendu.

Penser l'insertion

Une rupture apparaît en 1988 avec la loi instituant le revenu minimum d'insertion (RMI), qui constitue le moment véritablement fondateur des politiques d'insertion, après la période de l'empilement et de la juxtaposition de dispositifs précurseurs. La loi sur le RMI ouvre une nouvelle séquence, qui se poursuit jusqu'à aujourd'hui, avec entre autre l'adoption du revenu de solidarité active (RSA) vingt ans jour pour jour après celle du RMI.

C'est le 13 juillet 1988 qu'est présenté par le Premier ministre de l'époque, Michel Rocard, un projet de loi relatif au RMI consacrant le droit de toute personne à bénéficier d'un minimum

de ressources²³ ainsi que d'une protection en cas de maladie. Mais le texte prévoit aussi la mise en œuvre d'actions d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires. Ces actions d'insertion sont localement coordonnées par un programme départemental d'insertion et une convention entre l'Etat et le département précise les moyens affectés à ces actions. La loi est votée le 1^{er} décembre 1988.

Le RMI est rapidement devenu la pierre angulaire des politiques d'insertion, ainsi qu'en témoigne l'augmentation constante du nombre de bénéficiaires :

– En 1990, 480 000 ménages sont les premiers allocataires du RMI.

– L'année 1991 compte 567 000 bénéficiaires.

– Trois ans après le vote de la loi, ce sont au total 950 000 foyers qui en sont bénéficiaires, soit environ 2 millions de personnes.

– Au tournant des années 1996/1997, le seuil de 1 million de foyers est franchi.

– Enfin, au 31 mars 2009 (dernière statistique en date avant le passage au RSA), la France comptait 1,13 million de foyers bénéficiaires du RMI.

Le dispositif RMI bénéficie aussi d'exonérations de cotisations sociales patronales, jusqu'à une année, pour les entreprises recrutant des allocataires au chômage depuis au moins deux ans, catégorie dans laquelle figurent de nombreux allocataires.

En mars 2003, un projet de loi portant sur la décentralisation du RMI prévoit le transfert aux départements de la responsabilité et du financement de l'allocation du RMI, les conditions d'accès à celui-ci et son barème continuant à être fixés au plan national. Cette mesure sera effective après les lois de décentralisation de décembre 2004.

.....
23 A l'époque, 2 000 francs (300 euros) par mois pour une personne seule et 3 000 francs (450 euros) pour un couple, avec une majoration de 600 francs (90 euros) par enfant. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'on parle de « foyers » ou « ménages » bénéficiaires du RMI, le nombre de personnes concernées étant supérieur au nombre d'allocataires individuels.

Les limites des politiques d'insertion

Un débat s'est ouvert assez rapidement sur l'efficacité de ce dispositif, pointant que les revenus du travail ne sont pas suffisamment incitatifs pour beaucoup d'allocataires du RMI. Une des pistes envisagées est alors de prévoir une rémunération complémentaire afin de favoriser le retour effectif des allocataires du RMI sur le marché du travail. Des premières décisions sont prises, comme dans le « Programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale » de juillet 2001, qui étend à six mois la période pendant laquelle un minimum social peut être cumulé avec un revenu d'activité. Puis, le 18 mars 2003, est annoncé la création d'un revenu minimum d'activité (RMA), permettant aux personnes touchant le RMI depuis plus de deux ans de travailler en cumulant une allocation forfaitaire et un complément allant jusqu'au SMIC.

Cette logique de l'incitation financière sera poussée plus avant en 2005 par Martin Hirsch qui remet au ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille un rapport intitulé « Familles, vulnérabilité, pauvreté ». L'une des mesures phares de ce rapport consiste en l'instauration d'un « revenu de solidarité active » (RSA) qui intègre tous les revenus de la famille afin de mieux combiner les revenus du travail et ceux de la solidarité.

Devenu Haut commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté au sein du gouvernement, Martin Hirsch présente, en 2007, des dispositions introduisant le principe du RSA, qui préfigure une profonde réforme des minima sociaux destinée à permettre une meilleure articulation entre les prestations sociales et les revenus du travail. Après une phase d'expérimentation, le RSA, contrat unique d'insertion censé simplifier le dispositif des contrats aidés, est institué par la loi du 1^{er} décembre 2008. Il remplace le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation de parent isolé (API) et les systèmes

d'intéressement (primes forfaitaires de retour à l'emploi).

Au-delà de l'accès à l'emploi, la décennie quatre vingt-dix est aussi marquée par une attention progressive à d'autres dimensions constitutives d'insertion et de cohésion sociale. Le vocable cohésion sociale va d'ailleurs prendre son essor durant cette période.

Le logement. La première de ces dimensions est celle du logement, qui apparaît dès 1988 alors que le Premier ministre de l'époque la considère comme une des priorités du gouvernement pour « améliorer la vie des Français ». La loi visant à la mise en œuvre du droit au logement, notamment avec l'établissement dans chaque département d'un plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées, est publiée au Journal officiel le 2 juin 1990. Cette question du logement sera par la suite toujours affichée comme une priorité politique, traduite par de multiples plans qui se succéderont, allant même jusqu'à évoquer une taxe sur la vacance de logement qui, à notre connaissance, n'a jamais été appliquée. Néanmoins, les difficultés d'accès à un logement constituent encore à ce jour l'un des plus gros obstacles à l'insertion sociale et à l'insertion par l'emploi, tant pour les usagers de drogues que pour la population générale.

La pauvreté économique. Une autre dimension des politiques d'insertion vise à lutter directement contre la pauvreté en garantissant un seuil minimal de ressources nettes.

La loi du 31 décembre 1989 relative à la prévention et au règlement des difficultés liées au surendettement des particuliers et des familles en constitue une première étape. Le plan d'octobre 1994 prévoit d'instituer un « revenu minimum insaisissable ». Le programme de mars 1998 prévoit lui, en matière de surendettement, des mécanismes de ré-étalement des dettes et de moratoire pour les remboursements.

La santé. A partir du milieu des années quatre vingt-dix, l'accès à la santé prend une place importante dans les objectifs de lutte contre les

exclusions et de renforcement de la cohésion sociale. A cet égard, le Haut Comité de la santé publique rend un avis le 20 février 1998, dans lequel il affirme que la progression actuelle des phénomènes de précarisation affecte la santé des couches sociales les plus défavorisées et, au-delà, celle de la population toute entière. Cet avis ouvre le chemin d'une assurance maladie universelle. La Couverture Maladie Universelle (CMU) est mise en place en mars 1998. A partir de cette date, l'accès aux soins, au même titre que d'autres droits fondamentaux, sera régulièrement rappelé.

La séquence ouverte avec l'instauration du RMI en 1988 se clôt en novembre 2007-mai 2008, période au cours de laquelle est organisé un « Grenelle de l'insertion » destiné à refonder la politique d'insertion. Le Grenelle de l'insertion crée le Pôle Emploi, « référent unique dans le service public de l'emploi », issu de la fusion ANPE-ASEDIC et la fusion des contrats aidés en « contrat unique d'insertion » et « contrat de professionnalisation ».

L'insertion par l'emploi

L'accès ou le retour à l'emploi sont donc considérés comme les premiers moyens de la lutte contre la pauvreté et les véritables garants d'une insertion sociale

Au-delà des stages de formation visant à améliorer les capacités d'insertion, les dispositifs mis en place s'articulent autour de deux logiques principales : favoriser l'embauche par des contrats aidés avec allègement du coût salarial et créer des emplois d'intérêt général et d'insertion.

Les contrats aidés

Créés en 1977, les contrats aidés se sont progressivement concentrés sur les publics les plus vulnérables. Mais la multiplication des formules et l'instabilité réglementaire des différents contrats ont été maintes fois dénoncées. En janvier 2005, la loi de programmation pour la cohésion sociale a procédé à une première simplification.

A la suite du Grenelle de l'insertion, la loi instaurant, à compter de janvier 2010, un contrat unique d'insertion (CUI) pour le secteur marchand et un contrat de professionnalisation pour le secteur non marchand. Ces deux secteurs forment la trame de l'insertion par l'activité économique.

L'insertion par l'activité économique

Expérimentée également à la fin des années soixante-dix, l'insertion par l'activité économique (IAE) s'adresse à des personnes sans emploi, durablement exclues du marché du travail et rencontrant des difficultés sociales ou professionnelles.

Ce dispositif est constitué de différentes structures dédiées à l'insertion par l'activité économique (SIAE) entreprises de travail temporaire d'insertion, entreprises d'insertion, associations intermédiaires, ateliers et chantiers d'insertion, régies de quartier et groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification. Toutes les SIAE sont des acteurs économiques et des employeurs, qui doivent être agréées par l'Etat. Elles signent une convention avec l'Etat déterminant les conditions d'exercice de l'activité et l'aide qui leur est apportée en contrepartie (subventions, aides directes aux postes de travail ou allègements de charges). Ces conventions déterminent aussi des objectifs de résultats mesurables par des indicateurs relatifs à la sortie des publics de ces dispositifs. L'obtention d'un CDI, d'un CDD supérieur à 6 mois ou bien l'inscription dans une formation qualifiante, définissent un résultat positif.

Il existe quatre types de SIAE, qui se répartissent autour de deux axes selon la nature de leur activité d'acteur économique :

Deux ont vocation à mettre à disposition des personnels

Les associations intermédiaires (AI) : Insertion professionnelle par la mise à disposition de personnel auprès de particuliers, d'associations et de collectivités, et dans une moindre mesure en entreprise. C'est, en nombre de bénéficiaires, le

type de structures qui arrive en tête puisque les associations intermédiaires emploient environ deux tiers des bénéficiaires de l'IAE. Les AI concernent majoritairement un public féminin.

Objectif : acquisition d'une autonomie et d'une polyvalence suffisantes pour occuper plusieurs emplois successifs de courte durée.

Les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) : Insertion professionnelle par la mise à disposition de personnel dans le respect de la législation du travail temporaire.

Objectif : acquisition d'une autonomie et d'une polyvalence suffisantes pour occuper plusieurs emplois successifs de courte durée pour plusieurs entreprises

Deux autres ont vocation à produire et vendre des biens et des services

Les ateliers et chantiers d'insertion (ACI) : Insertion professionnelle au travers d'activités d'utilité sociale et de production (espaces verts, recyclage, nettoyage, bâtiment de collectivités, etc.). Les ACI représentent deux tiers des structures d'IAE en France et concernent majoritairement un public d'hommes.

Objectif : acquisition d'un premier niveau de compétences sociales et professionnelles.

Les entreprises d'insertion (EI) : Insertion professionnelle par la production dans tous types d'activité économique.

Objectif : acquisition de compétences et d'un rythme de travail correspondant aux exigences du marché «classique».

Les SIAE constituent un secteur important de l'économie française : ainsi, au cours de l'année 2006, 5 300 SIAE ont embauché 253 000 personnes exclues de l'emploi, ce qui correspond à environ 61 000 postes en équivalent temps plein.

Les salariés des SIAE bénéficient d'un accompagnement personnalisé dont l'objectif est de leur permettre d'actualiser et de développer leurs

compétences. Cet accompagnement est réalisé par des professionnels expérimentés appelés « encadrants », « accompagnateurs » ou « chargés d'accompagnement ».

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion marque une étape importante dans la reconnaissance et la clarification de l'insertion par l'économie en créant un cadre juridique général pour l'ensemble des structures. Ce cadre repose sur trois principes majeurs : un conventionnement systématique de toutes les structures d'insertion avec l'Etat, un accord avec l'ANPE (remplacé ultérieurement par Pôle emploi) pour le recrutement des bénéficiaires, un pilotage local du dispositif par un conseil départemental de l'insertion par l'économie. Cette loi a véritablement consacré l'IAE comme

un secteur économique reconnu et l'a inscrite dans le code du travail :

« *L'insertion par l'activité économique a pour objet de permettre à des personnes sans emploi, rencontrant des difficultés sociales et professionnelles particulières, de bénéficier de contrats de travail en vue de faciliter leur insertion professionnelle. Elle met en œuvre des modalités spécifiques d'accueil et d'accompagnement* ». Article L 5132-1 du code du travail.

Cette politique d'insertion par l'emploi offre aujourd'hui une ressource sur laquelle les professionnels du champ médico-social spécialisé dans les addictions pourraient s'appuyer. Mais elle ne suffit pas à elle seule à garantir, pour les publics toxicodépendants, un meilleur accès à l'emploi, comme nous avons pu le constater.

Les actions et réponses existantes

Olivier Maguet, Christine Caldéron et Philippe Lagomanzini

Généralement, le travail s'accompagne d'effets bénéfiques en termes de revenus et de développement personnel²⁴. Cet effet bénéfique intervient aussi sur le parcours de soin des usagers de drogues : l'emploi apparaît en effet comme une des conditions de succès de ce parcours, mais aussi comme un facteur pouvant réduire le risque de rechute²⁵. Bien souvent, lorsqu'on interroge les usagers de drogues sur le sens qu'ils donnent au fait de « s'en sortir », l'item « avoir un travail et une vie normale » vient immédiatement après, bien sûr, le fait de ne plus consommer²⁶. Occuper un travail est perçu comme un garant puissant d'appartenance pleine et entière à la société.

La reconnaissance sociale qui en découle prend ici un sens encore plus profond puisqu'il est aussi associé au fait d'avoir quitté un environnement marqué par l'illégalité. Le travail revêt dès lors une signification presque morale de retour à la communauté.

Malgré l'importance de la relation entre usage de drogues, traitement et emploi, celle-ci a rarement fait l'objet d'études, en France et à l'étranger (mais une enquête menée en Ecosse a récemment fait l'objet de résultats intéressants – voir annexe 5). Nous sommes donc dans un domaine qui reste largement inexploré. Aussi, la démarche initiée dans le cadre de notre projet est avant tout pragmatique. Le travail réalisé en 2009 a visé à identifier différentes modalités d'intervention à partir de l'analyse de programmes existants. Au-delà des programmes d'Espace et de Drogues et Société, ont été observées les actions conduites par la communauté thérapeutique du Fleuve à Barsac (CEID, Bordeaux), La Corniche à Marseille (SOS DI), FIRST à Aulnay-sous-Bois et Lire la Ville à Marseille, ainsi que celles des partenaires transnationaux de ce projet.

Des pistes pour l'action

En matière d'insertion par l'emploi, nous pouvons distinguer quatre objectifs.

Le premier est *a priori* dépourvu de visée en termes d'emploi, mais il en constitue une condition préalable : il s'agit de renforcer la personne dans sa capacité à affronter la réalité extérieure et la vie sociale : réassurance, confiance personnelle, estime de soi, rapport au corps, mais aussi gestion des émotions, capacité à supporter le rapport à l'autre, sociabilité. Les Anglais utilisent un terme très explicite pour ce domaine : « life skills » (les compétences de la vie).

Le deuxième nous rapproche un peu plus de l'insertion, mais à ce stade, le projet professionnel n'est pas encore défini ; il s'agit de construire et renforcer toutes les compétences basiques et usuelles dont aura besoin la personne dans sa vie professionnelle : savoir lire, écrire, compter, communiquer, voire connaître un environnement informatique (traitement de texte, Internet). Les Anglais parlent de « *non vocational skills* » (que l'on pourrait traduire par « compétences non spécifiquement professionnelles »).

24 Même si ce constat doit être relativisé avec l'augmentation des formes précaires de travail, les phénomènes de surqualification dans certains postes, et bien sûr le stress et la violence au travail, sans parler d'un environnement rendu insécure par différents éléments de nature économique (délocalisations, crise économique, etc.).

25 Platt J. « Vocational rehabilitation of drug abusers », *Psychol Bull* 117(3), p. 416-433, 1995.

26 Laudet A. B. « What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice », *Journal of Substance Abuse Treatment* 33 (2007) 243-256.

Le troisième objectif marque véritablement l'entrée dans l'insertion par l'emploi *stricto sensu* : c'est la formation qualifiante. Il s'agit d'acquérir les compétences professionnelles requises pour exercer le métier choisi ou qui pourrait être proposé. Cela peut être une formation professionnelle en tant que telle, mais c'est rarement le cas, eu égard aux niveaux de scolarisation initiale ; il s'agit donc bien souvent de stages qualifiants, où les bénéficiaires vont apprendre à maîtriser une technique ou une habileté (cela peut aller, par exemple, de l'obtention du permis de conduire à la manipulation de machines-outils en passant par un apprentissage de l'entretien des espaces verts). Les Anglais parlent de « *vocational training* » (formation qualifiante). La visée, ici, est clairement utilitariste.

Le quatrième objectif est celui qui concerne la recherche d'emploi. Il s'agit-là d'aider à la rédaction du CV et à la lecture des petites annonces, de préparer à l'entretien d'embauche (comment se présenter, se vêtir, quelle attitude avoir, quel discours tenir, etc.), voire de maintenir le suivi de la personne, une fois l'emploi obtenu. Cet objectif peut aussi inclure un démarchage des entreprises ainsi qu'une mise en lien du candidat avec l'employeur potentiel. Les Anglais parlent ici de « *employment* ».

Ces quatre objectifs relèvent du renforcement de l'employabilité. En amont, ou en parallèle, d'autres dimensions doivent être attentivement appréhendées : état de santé physique et psychique, situation sociale, environnement familial.

De la même façon qu'un parcours dans l'usage de drogues constitue une trajectoire singulière, ceux dans le soin et le retour à l'emploi seront propres à chacun. Ainsi, certains usagers auront besoin de renforcer leurs compétences personnelles en préalable à toute démarche d'insertion, tandis que d'autres pourront s'engager plus directement dans une démarche de recherche d'emploi, en lien ou non avec un soutien au développement personnel. Ces quatre objectifs correspondent ainsi à un panel d'actions, dont la nature et le rythme de mise en œuvre permettront de répondre à des besoins différents : acquisition de pré-requis en termes de capacité à travailler, préparation à une formation qualifiante... Mais ce panel peut aussi répondre à un certain nombre d'aspirations autres que celles d'accéder à un emploi. Deux situations, rencontrées dans les programmes visités, illustrent cet aspect :

– *un homme d'une quarantaine d'années, traité pour une hépatite C, et souhaitant maintenir une activité et un rythme quotidiens* : il a pu participer à des ateliers de redynamisation, ce qui l'a aidé à supporter certains effets pénibles de son traitement.

– *un homme encore, d'une quarantaine d'années également, découvrant au fil de son parcours de reconstruction d'un projet professionnel qu'il ne souhaite pas travailler immédiatement* : il a alors été accompagné vers un diplôme d'accès à des études universitaires, dans une perspective de meilleure culture générale et de revalorisation personnelle.

Pour répondre à ces objectifs, nous soulignerons ici, une fois encore, l'insuffisance de réponses. Des moyens existent cependant, ainsi que différents dispositifs, spécifiques ou non à l'accompagnement, à l'insertion ou à l'emploi des usagers de drogues, comme nous avons pu le constater, lors de visites sur sites, en France, en Italie, en Slovaquie et au Portugal. Au terme de ce premier inventaire, loin d'être exhaustif, nous pouvons ainsi dégager les pistes d'actions suivantes.

Les activités occupationnelles

Ces activités sont à dissocier de celles de type « insertion/démarche vers l'emploi », même si elles peuvent, pour certaines, offrir un « avant-goût » de ce que peut être le milieu du travail, ou bien encore aider à développer ou renforcer un sentiment d'« utilité sociale », redonner ainsi sens

à un parcours de vie et lutter contre la désaffiliation sociale. Ces activités se rapprocheraient ainsi d'une logique de participation sociale. Dans notre approche, ces deux dernières dimensions nous paraissent intéressantes ; c'est pourquoi le terme « motivationnel » nous semblerait préférable à celui d'« occupationnel », très réducteur en matière de perspectives ultérieures, tant pour les encadrants que pour les bénéficiaires de ces activités.

Pour les mêmes raisons, nous n'évoquerons pas ici l'ergothérapie qui constitue une réponse thérapeutique tout à fait particulière ; mais des activités occupationnelles peuvent néanmoins s'inscrire dans un processus de soins. A notre connaissance, elles ne sont alors pas rémunérées, ou alors le sont indirectement : le revenu de produits d'artisanat peut ainsi financer l'achat de biens nécessaires à l'ensemble des résidents d'une communauté thérapeutique, par exemple.

L'association Espace a mis en place un atelier à bas seuil d'exigence dans lequel le public accueilli procède à la récupération d'ouvrages déclassés fournis par des bibliothèques et des particuliers, les saisissent sur une base de donnée informatisée, les conditionnent puis les remettent à disposition d'associations partenaires qui mènent des projets éducatifs ou humanitaires. Chaque bénéficiaire est volontaire, réalise les tâches qu'il se sent en capacité d'accomplir le jour de sa présence sur l'atelier et vient au rythme qu'il a décidé d'adopter. Il peut choisir une tâche unique ou diversifier son activité. Ses choix peuvent être révisés à tout moment avec l'encadrant s'il le souhaite.

De son côté, Drogues et Société propose aux patients du centre de soins de participer à des ateliers de création artistique. Là encore, ces ateliers n'ont pas de vocation d'insertion, mais contribuent à renforcer ce sentiment d'utilité sociale. D'ailleurs, certaines productions ont été utilisées pour illustrer des documents d'information et de prévention réalisés par l'association.

Ateliers de redynamisation

Ces ateliers ont pour objectif de valoriser et renforcer les ressources individuelles disponibles et susceptibles de favoriser l'engagement dans un projet d'insertion. Leur méthode s'apparente à la dynamique de groupe, mise en œuvre à partir des aptitudes personnelles et des capacités relationnelles des participants, qu'il s'agit de renforcer dans la perspective d'une meilleure estime de soi. Le rapport à l'échec est tout particulièrement travaillé. En effet, très nombreux sont les usagers de drogues qui ont été confrontés à des échecs successifs (échec scolaire, mauvaise orientation de formation professionnelle, etc.) ayant déterminé exclusion ou stratégies d'auto-exclusion bien antérieures à l'usage de drogues et qu'il s'agit de revisiter. Les représentations sociales peuvent être également questionnées afin que puisse être envisagé un meilleur accès aux réponses institutionnelles existantes.

Différentes activités constituent un support concret à ce travail de redynamisation :

- découverte et acquisition de compétences et savoirs : maîtrise d'un environnement informatique et d'Internet, remise à niveau sur le langage écrit et oral, langues étrangères, histoire, etc. ;
- expression artistique, réalisation de projets culturels, voyages d'étude²⁷... permettant la découverte de champs d'intérêt ;
- temps collectifs ou groupes de parole visant à évaluer les activités proposées, en choisir d'autres, mais également de débattre des problèmes relationnels au sein des groupes (difficultés à écouter l'autre, à participer à un projet collectif).

Certains auteurs évoquent la toxicomanie comme le symptôme de troubles antérieurs dans la rela-

²⁷ Ainsi, certains usagers de Drogues et Société ont participé à des voyages d'étude à Amsterdam au cours desquels ils ont pu visiter tant les *coffee shops* que les dispositifs de RDR ; ils ont été reçus par le médecin responsable de la santé pour la ville ainsi que par différents acteurs locaux de la prise en charge des addictions.

tion à l'autre. Il s'agit donc là d'un aspect important quant aux difficultés spécifiques des usagers de drogues et sur lequel un travail intéressant peut être fait dans le cadre de ces ateliers, au travers de jeux de rôle et de mises en situation.

La finalité de l'insertion par l'emploi n'est pas impérative. Néanmoins, l'expérience de Drogues et Société a prouvé qu'un accompagnement individualisé, en lien avec des entreprises d'insertion pouvait favoriser des résultats non négligeables en termes d'accès à un stage, une formation qualifiante ou un emploi.

Ces ateliers sont généralement animés à la fois par des psychologues et des formateurs.

Aide à la rédaction de Curriculum Vitae et à la recherche d'emploi

Les équipes en charge de ce type de prestations se concentrent sur les obstacles rencontrés par les bénéficiaires, face aux exigences du monde du travail : comment lire une annonce ? comment rédiger un CV ? comment se présenter à un entretien d'embauche ?

L'accompagnement de personnes au parcours personnel et professionnel atypique implique de travailler leur capacité à « se présenter » en répondant au mieux aux attentes liées aux normes sociales. Cet accompagnement est plus souvent individualisé et repose sur différentes techniques, de la simple élaboration d'un CV au récit de vie.

Le récit de vie, ou narration autobiographique, est une technique utilisée dans les sciences humaines. Cette technique est au cœur de l'intervention de Lire la Ville, association créée en 1997 à Marseille dans le cadre de la Politique de la Ville²⁸. Parmi ses missions, l'association propose un accompagnement individuel aux personnes séropositives, toxicomanes, sous main de justice, sans qualification reconnue, au chômage depuis de nombreuses années, parfois sans domicile personnel, afin de permettre un retour à l'emploi.

L'équipe utilise le récit de vie pour repérer les connaissances et expériences des personnes qui seront, dans un second temps, traduites en termes de compétences, d'identification des « possibles » afin de construire un projet professionnel et d'élaborer un CV au plus près des parcours de vie²⁹. Les personnes viennent d'elles-mêmes ou sont orientées par les travailleurs sociaux et par un réseau de partenaires associatifs qui, pour un certain nombre, ont été formés à la méthode du récit de vie.

Ce travail est entrepris par les consultants de l'association autour de sept entretiens au cours desquels la personne s'engage dans un récit descriptif et chronologique de son parcours, où il s'agit de retrouver les dates et les lieux des situations personnelles, de décrire les expériences et compétences acquises, sans qu'aucun jugement ni interprétation des événements n'interfèrent. Cette démarche permet aux personnes de porter un regard différent sur leurs propres expériences et d'y puiser les ressorts d'un nouveau départ. Une fois le récit validé, un CV personnalisé est élaboré autour d'un projet professionnel, d'une formation qualifiante ou même d'une activité indépendante de l'emploi (comme un engagement associatif). A l'issue de ce travail, un référent social accompagne les personnes dans les différentes démarches qu'elles auront à accomplir pour mener à bien leur projet. Lors de notre rencontre, une intervenante soulignait qu'il est possible de rédiger un véritable CV mettant en avant des compétences en cuisine ou menuiserie... sans évoquer qu'elles ont été acquises en détention !

.....

²⁸ Lire la Ville est financé par le Fond Social Européen, les ministères du Travail, de la Santé et de la Justice, le Conseil Régional PACA, le Conseil Général 13, les Villes de Marseille et d'Aubagne, l'AGEFIPH, le Sidaction, la Fondation Abbé Pierre. L'association compte une dizaine de salariés, de 23 à 63 ans (sept consultants, une directrice, une assistante de direction et un homme de ménage/intendant).

²⁹ En 2005, 82,5% ont trouvé, dans des domaines diversifiés, un travail ou une formation qualifiante.

Ateliers et chantiers d'insertion

Les ACI sont généralement proposés par des organismes spécifiques relevant du champ de l'insertion. Mais certaines structures du secteur de la prise en charge des addictions développent, au sein même de leur projet d'établissement, des ACI. C'est le cas de la communauté thérapeutique (CT) du Fleuve, ouverte en décembre 2007 dans la commune de Barsac (Gironde) par le CEID de Bordeaux. En France, les communautés thérapeutiques forment une modalité d'intervention assez atypique et actuellement font l'objet de nouvelles expérimentations – à l'inverse de la situation dans d'autres pays où elles constituent une des principales modalités de traitement, à l'instar de nos partenaires européens³⁰. Elles reposent sur l'organisation d'un lieu de vie communautaire, dont les règles de fonctionnement constituent une composante importante du projet de soin. Au-delà du modèle de soin, dont l'analyse ne fait pas l'objet de ce document, sa modalité résidentielle offre une opportunité de développer des services d'IAE au sein même du programme. La CT du Fleuve accorde en effet une attention particulière à l'insertion de ses résidents (une trentaine, qui sont généralement des usagers de drogues en situation d'échec thérapeutique dans d'autres programmes). Le parcours de soin et d'insertion se déroule en trois phases : la première, qui dure environ trois mois, permet l'immersion dans le lieu de vie et a pour objectif d'apporter une certaine stabilisation au patient. La seconde, d'environ une année, permet d'engager les premières interventions en matière d'insertion par l'emploi, en parallèle à la consolidation du projet de soin. C'est à ce moment que commence à intervenir l'accompagnatrice socioprofessionnelle, salariée de l'équipe spécifiquement en charge de ce pôle insertion. La troisième phase, de six mois environ, peut débiter quand un projet personnel d'insertion est défini ; l'intérêt de la CT du Fleuve est que le bénéficiaire pourra alors intégrer les ACI développés par le centre de soins. En effet, la CT du Fleuve a la particularité d'accueillir en son sein une structure d'insertion par l'Activité Economique. La proximité évidente entre le volet soin et le volet insertion constitue un avantage de nature à renforcer l'efficacité du projet d'insertion ; ainsi l'accompagnatrice socioprofessionnelle travaille en lien étroit avec l'équipe médico-sociale de l'établissement. En outre, les ACI forment un terrain d'expérimentation et de découverte pour les résidents avant que ces derniers ne déterminent leur projet d'insertion.

La CT du Fleuve offre des ACI similaires à ceux que l'on peut trouver dans le secteur de l'IAE : élagage de voies de chemins de fer, de voies publiques et de parcs et jardins ; travaux de rénovation et de maintenance de bâtiments. Les compétences des encadrants techniques correspondent à ces domaines d'activité. Les ACI constituent un secteur à part entière de la CT du Fleuve, mais sont aussi ouverts à des personnes non résidentes.

Entreprises d'insertion

Autre SIAE, les entreprises d'insertion ont pour objectif de favoriser l'acquisition de compétences et d'un rythme de travail correspondant aux exigences du marché « classique ». Elles peuvent être mises en œuvre dans tous les types d'activité économique.

L'insertion par l'emploi constitue une des missions essentielles de la Régie de quartier de Créteil, partenaire de Drogues et Société. Les Régies de quartier développent un projet de développement social et communautaire sur un territoire, le quartier ; ce projet est étayé d'une dimension économique. Ce sont des structures de droit privé, généralement avec le statut d'association, qui réunissent

.....

³⁰ En effet, les CT ont mauvaise presse en France, en particulier suite à l'expérience de l'association Le Patriarche dans les années 70-80, qui relevait plus de la dérive sectaire et de l'escroquerie que du soin. Le plan de la MILDT cherche à relancer cette modalité d'intervention en ayant inscrit le financement de 4 structures pilotes en France. C'est dans ce cadre que le CEID a ouvert la CT du Fleuve.

autour d'un projet commun les acteurs sociaux du quartier, les habitants, la municipalité, les bailleurs sociaux, les associations et plus généralement les acteurs du développement économique et social local. De fait, elles relèvent, à l'origine, de la politique de la ville. Mais, dans le cadre de leur mission d'entretien et d'embellissement du quartier, elles ont intégré une dimension forte d'insertion par l'activité économique, dont les bénéficiaires sont les habitants en difficulté d'insertion.

Aussi, beaucoup ont le statut d'entreprise d'insertion, à l'instar de la Régie de quartier de Créteil, qui développe des chantiers de second œuvre et d'entretien. La Communauté d'agglomération Plaine Centrale et le Programme Départemental d'Insertion ont incité la Régie de quartier et Drogues et Société à engager une collaboration autour du programme « Les étapes vers l'emploi ». Certains bénéficiaires de ce programme ont ainsi pu être accueillis par la Régie, constituant un public assez différent des publics habituels.

Le partenariat s'est engagé par une série de rencontres permettant aux deux équipes de se connaître mutuellement et de débattre des spécificités des publics toxicodépendants. « *Au départ, je ne connaissais rien à cette question des drogues, à part l'alcool. Je n'avais pas vraiment d'idées sur les traitements de substitution ; je ne savais même pas ce qu'était un CAARUD ou un CSAPA... Il a fallu dépasser l'inconnu.* »

Trois patients ont ainsi été accueillis par la Régie dans le cadre d'un contrat aidé. Le bilan de cette expérience est riche d'enseignements sur les éléments à prendre en compte lorsqu'on souhaite mobiliser le dispositif des SIAE pour un programme d'insertion d'usagers de drogues. D'un point de vue formel, cette expérience pourrait être perçue comme un échec au sens où les sorties de ce dispositif ne répondent pas aux critères en vigueur définissant une sortie positive. Mais il est insuffisant de s'arrêter à cette unique dimension du cahier des charges des contrats aidés. En analysant plus précisément et en comparant leur situation à celle d'autres anciens salariés de l'entreprise, également sans sortie positive, la responsable de la Régie a constaté leur réelle motivation à mener un projet personnel, à la différence d'autres personnes qui utilisaient le dispositif comme une opportunité de retrouver des droits à l'issue de leurs 24 mois d'activité (ASSEDIC) ou de remplir une obligation imposée par le suivi social pour continuer à bénéficier de prestations diverses. Mais la démarche engagée s'est heurtée à des contraintes de traitements (TSO, antirétroviraux VIH et VHC). « *J'ai appris que le projet thérapeutique en substitution est un programme de longue haleine, un combat de tous les instants. Finalement, ces personnes rencontrent les mêmes problèmes que les autres : une problématique d'emploi croisée à de nombreuses difficultés (logement, famille, etc.) et qui font qu'un projet d'insertion nécessite du temps. Mais là s'ajoute un temps spécifique supplémentaire : la drogue ajoute du temps long à un temps qui est déjà très long.* » Deux de ces trois personnes se sont réinscrites dans d'autres dispositifs d'insertion. Cette expérience a aussi permis d'aborder la question des consommations de drogues. Cela a conduit l'équipe à être plus à l'écoute des problématiques de consommation : « *Ils ont rendu visibles des choses qui étaient cachées chez les autres* ». Les encadrants de la Régie de quartier se considèrent aujourd'hui sensibilisés et mieux outillés pour faire face à certaines difficultés, notamment d'ordre relationnel.

Les coopératives sociales italiennes seraient l'équivalent des entreprises d'insertion. Elles sont nées en Italie dans les années soixante-dix. Des citoyens bénévoles se sont mobilisés pour combattre les inégalités sociales nées du chômage, en développant l'insertion sociale et professionnelle de populations désavantagées.

Ces coopératives font aujourd'hui travailler des dizaines de milliers de salariés. En 2004, on estimait que 7 100 coopératives sociales employaient 267 000 personnes, dont environ 24 000 travailleurs

défavorisés et suivant un parcours d'insertion professionnelle. Le chiffre d'affaires de la coopération est évalué à environ 5 milliards d'euros.

Leur statut implique que 30 % de leurs salariés soient issus de catégories désavantagées : toxicomanes, alcooliques, ex-détenus, handicapés, malades psychiatriques...

Elles peuvent déroger aux normes en termes de marché public et bénéficier d'exonérations de charges sociales. Ces coopératives sont organisées en réseaux, reliant des dynamiques locales, opérant entre elles des transferts de ressources, à partir de consortiums provinciaux ou régionaux, affiliés à des consortiums nationaux.

Elles reposent sur trois paris :

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

Leurs champs d'activité sont : l'agriculture, l'entretien des espaces verts, les services de nettoyage et d'assainissement de l'environnement, la blanchisserie, l'informatique, la reliure et la typographie, la restauration, la menuiserie, etc.

La coopérative sociale Villa Maraini est née à Rome en 1980. Son objectif principal est la réinsertion sociale et dans l'emploi des personnes toxicodépendantes.

Au cours des années ont été développés trois secteurs principaux d'activité : typographie, entretien d'espaces verts, élaboration et mise en œuvre de programmes de formation professionnelle.

Les programmes personnalisés d'accompagnement vers l'emploi

Que ce soit dans le domaine de l'IAE ou bien en milieu de travail ordinaire, l'accompagnement personnalisé a pour objectif de favoriser la mise en lien du stagiaire avec son futur employeur : recherche active d'un emploi au sein d'un réseau local, suivi pendant la période de travail, etc. En effet, les différentes interventions en amont de l'accès à l'emploi ne garantissent pas à elles seules que le bénéficiaire pourra mener lui-même les démarches de recherche active d'emploi. Là encore, n'oublions pas certaines difficultés, spécifiques ou non, qui font de cette étape un moment difficile : les craintes du candidat sur ses propres capacités à affronter un entretien d'embauche, le sentiment d'illégitimité de son désir d'intégrer un emploi ; les représentations sociales à l'œuvre chez les employeurs et la réticence à recruter un salarié sur lequel pèsera un soupçon d'usage de drogues. Pour les surmonter faire face à ce difficile moment, certaines structures développent des interventions spécifiques d'accompagnement personnalisé.

Ainsi, Espace a créé un poste de chargé d'insertion au sein de ses services. Ce chargé d'insertion a constitué un réseau d'entreprises sur le territoire de l'agglomération de Montargis. Son rôle est de faciliter le lien entre candidats et employeurs, « réassurant » les uns comme les autres sur leurs craintes réciproques. Sa bonne connaissance, tant des entreprises que des publics reçus par Espace, lui permet d'adapter au mieux les propositions d'emploi aux attentes et compétences des publics. Des crédits MILDt et Justice, attribués dans le cadre de la Convention Départementale d'Objectifs (CDO³¹), permettent également l'accompagnement de publics suivis par le SPIP ou ayant eu des problèmes de justice au cours de l'année écoulée. L'accès à un emploi peut ainsi aider, entre autres, à s'acquitter de dettes liées à une mesure de réparation financière, suite à une condamnation.

.....

31 Les crédits CDO seront, à partir de 2010, intégrés à la dotation globale des CSAPA et CAARUD.

Les conditions critiques

Ainsi, l'aide à l'insertion par l'emploi doit pouvoir se décliner autour de quatre objectifs : « *life skills* », « *non vocational training* », « *vocational training* » et « *employment* ». Ces quatre objectifs sont évidemment classiques en termes d'accompagnement de publics vulnérables. Les modalités d'intervention ont cependant été adaptées, comme nous l'avons vu, aux publics toxicodépendants. En lien à ces adaptations, certaines conditions critiques ont pu être dégagées, non pas à l'issue d'une réflexion théorique mais bien à partir d'une analyse des programmes étudiés au cours de l'année 2009.

Ainsi l'expérience de quasi 30 ans de la coopérative Villa Maraini révèle un certain nombre d'aspects essentiels. L'insertion de toxicodépendants dans le travail doit pouvoir être graduelle : la formation initiale, avant d'être expressément professionnelle, doit avant tout concerner la « socialisation au travail », du fait de la fréquence de ruptures précoces avec le système scolaire. La construction de l'autonomie est un parcours long et laborieux. Ce parcours doit être individualisé car les expériences de chacun sont différentes ; il convient d'avoir une attention particulière sur les attitudes face au travail et sur la confiance en soi.

La nature des emplois proposés doit être à la fois diversifiée et répondre à l'intérêt des publics. Ainsi l'entretien d'espaces verts semble constituer une activité volontiers recherchée. Ce fait est à considérer car les nouvelles stratégies nationales européennes de développement durable, encore en cours d'adoption pour la plupart, pourraient conduire à la création de nouveaux métiers. Les ateliers de redynamisation mis en place par Drogues et Société ont d'ailleurs intégré cette dimension de développement durable par la sensibilisation de publics à l'écocitoyenneté et au développement de pratiques de prévention des conduites à risques en lien avec l'environnement³².

La possibilité de vivre pleinement sa citoyenneté, pour les usagers de drogues comme pour toute personne ayant vécu l'exclusion, constitue un facteur indispensable à la réussite d'un projet d'insertion. La participation des usagers à la décision est une des conditions essentielles de la coopération sociale. La coopérative Villa Maraini s'inscrit bien au-delà du quota de 30 % imposé par la loi car elle est constituée d'une majorité de membres et salariés issus de situations de désavantage social et pour la plupart de parcours dans un usage problématique de drogues.

Le lien avec la Fondation Villa Maraini, une des plus grandes organisations romaines de soin et réduction des risques, permet d'articuler étroitement insertion et soin.

Au cours de ces onze dernières années, la coopérative a activé 128 bourses de travail en accord avec différents organismes publics : la région, la commune, les municipalités, le ministère de la Justice. Ces bourses constituent une incitation financière à l'engagement dans un projet d'insertion professionnelle. Soixante-dix d'entre elles ont conduit à un véritable emploi dans le cadre même de la coopérative ou à l'extérieur.

Mais l'actuelle situation de crise a considérablement réduit le nombre de marchés et chantiers. En conséquence, les publics les plus fragiles, mal stabilisés dans leurs traitements, se voient exclus de l'offre d'insertion ; leurs difficultés à faire face aux attentes en termes de productivité font en effet craindre la perte d'autres marchés. Pour ces raisons, le lien avec les décideurs et les politiques doit être maintenu en permanence tant pour assurer la pérennité des dispositifs que pour en favoriser l'accès au plus grand nombre.

.....

32 Kathrada I., « Développement durable et usage de drogues », Novasirhe-Drogues et Société, 2009.

Ces décideurs participent ainsi au réseau constitué et formalisé par la coopérative (Agence sanitaire locale, services sociaux municipaux, services de l'emploi, services de formation, etc.). Des réunions régulières permettent de décider d'objectifs et de méthodes de sélection des publics, mais également d'évaluer les compétences des bénéficiaires et de définir de possibles parcours d'insertion dans un emploi.

Le statut et le parcours professionnel des intervenants spécialisés en insertion dans les structures de soin

Les statuts de formation initiale et les intitulés des postes des personnes en charge de ces programmes d'insertion témoignent d'une grande diversité : éducateur, assistant social, conseiller d'insertion professionnelle, accompagnatrice socioprofessionnelle, technicienne d'intervention sociale et familiale, chargé d'insertion, psychopédagogue, etc.

Cette diversité est probablement liée au fait que ces personnes rencontrées ont, la plupart du temps, un profil souvent atypique en termes de formation initiale et de parcours professionnel, au regard des métiers classiques de l'insertion. En outre, leurs parcours dénotent souvent une aptitude à se décentrer de leur propre champ d'appartenance professionnelle ; cette aptitude constitue un atout précieux, de type « *go between* », pour la mise en réseau et une meilleure adaptation de leurs propres pratiques mais également de celles de leurs partenaires. Certains professionnels de structures d'insertion par l'activité économique sont ainsi en capacité d'expliquer à leur tutelle, en l'occurrence la direction départementale du travail, de la formation professionnelle et de l'emploi, que les critères définissant une « sortie positive » de ces dispositifs doivent être revisités lorsqu'il s'agit de publics toxicodépendants.

Les profils de postes de ces intervenants doivent s'ajuster aux programmes locaux ; ils évoluent avec le temps, en fonction des résultats et de l'expérience. Dans certains cas, les compétences habituellement attendues chez les professionnels en charge d'un accompagnement psychosocial peuvent même constituer un obstacle au processus de recrutement. Ainsi, l'association Lire la Ville précise explicitement, dans la description de poste des consultants chargés de recueillir les récits de vie et d'accompagner les personnes accueillies dans leur recherche de travail, que « *les formations concernant l'insertion sociale et professionnelle, les techniques de vente, les techniques "relationnelles" (PNL, analyse transactionnelle, etc.) ou "de recherche d'emploi" constitueraient plutôt un handicap dans le poste* ».

Par ailleurs, les professionnels peuvent avoir une double fonction. C'est le cas du chargé d'insertion de La Corniche (SOS DI), centre de posture qui accueille des mineurs et des jeunes majeurs aux difficultés sociales et familiales prégnantes, mais ayant, de fait, peu connu des échecs en matière d'emploi. Le séjour de douze mois permet, après diagnostic et élaboration d'un projet professionnel, un accompagnement vers l'emploi. Le professionnel en charge de l'insertion, issu du champ de l'animation, occupe également une fonction d'éducateur, ce qui favorise une plus grande proximité avec le public.

Si nous souhaitons développer des actions d'insertion par l'emploi pour les personnes toxicodépendantes, il apparaît nécessaire de mieux identifier les compétences, les aptitudes et les missions des professionnels investis sur ces actions. Nous pourrions ainsi envisager de mener une démarche de capitalisation de ces expériences professionnelles, bien souvent atypiques.

L'incitation financière

L'allocation complémentaire attribuée par le Conseil général du Val-de-Marne aux bénéficiaires du RMI inscrits dans un projet d'insertion facilite leur adhésion aux ateliers de Drogues et Société. D'un montant d'environ 200 euros, cette allocation est censée couvrir les frais de repas pris à l'extérieur lors de la participation aux ateliers (auparavant, elle intégrait aussi les frais de transport – qui sont maintenant gratuits pour les bénéficiaires du RMI). Son versement est conditionné à la fréquentation régulière d'un dispositif d'insertion.

D'autres initiatives pointent les limites légales et réglementaires auxquelles des actions d'insertion par l'emploi, spécifiquement conçues pour des publics toxicodépendants, pourraient se heurter. Surgissent alors des questions, qui sont souvent à l'articulation du droit du travail et de la nature des politiques de lutte contre l'exclusion et la pauvreté : le statut des bénéficiaires de ces programmes permet-il de les rémunérer ? le cadre légal et réglementaire dans lequel s'inscrit la structure porteuse du programme l'autorise-t-elle à offrir cette incitation financière ?

Ce sont des questions auxquelles est confrontée l'association FIRST. Localisé à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), ce CAARUD a choisi de répondre aux besoins immédiats d'activité et/ou d'argent des usagers, sans attendre qu'ils soient en mesure de formuler un projet d'insertion. Le dispositif n'est pas conçu comme un sas vers autre chose.

« L'atelier bas seuil » a été mis en place en 2004 pour permettre aux usagers de l'association d'accéder à une activité rémunérée, quels que soient leur niveau de formation ou leur état de santé. Il repose sur un pari : pour être véritablement accessible, le travail doit être à la portée de tous et doit pouvoir s'effectuer au moment où l'utilisateur en fait la demande, selon la durée et l'intensité qui lui conviennent. Les activités choisies ne requièrent aucune qualification ; ce sont des activités de manipulation simple sans le recours à des machines ou à des outils afin de réduire le risque d'accident. L'atelier se déroule au sein même de l'association et peut accueillir trois à quatre personnes. Les tâches proposées sont essentiellement du conditionnement, du mailing, du nettoyage et du petit bricolage. En 2008, l'essentiel de l'activité a été réalisé pour le compte de l'association Safe (nettoyage de jetons de Stéribox®, pochettes de RDR, découpe de cartes, conditionnement de pochettes de préservatifs avec gel, etc.). Un volume total de 200 heures a ainsi pu être réparti entre les bénéficiaires suivis par le dispositif d'hébergement de l'association (17 places, majoritairement des usagers de drogues et quelques patients psychiatriques). Le faible niveau d'activité aujourd'hui empêche d'étendre cette expérimentation à d'autres usagers.

Il existe deux modes de rémunération : à l'heure (avec un tarif horaire défini sur la base du SMIC horaire net, soit environ 8 euros) ou à la pièce (comme par exemple au nombre de kits conditionnés). La rémunération doit être immédiate et versée en espèces afin que ces ressources complémentaires, d'un très faible niveau, ne viennent pas remettre en cause l'éligibilité aux minima sociaux ni disparaître en raison des saisies sur salaire.

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

- possibilité de venir quand ils le souhaitent ;
- liberté totale au niveau du temps de travail ;
- choix de la tâche confiée en fonction des capacités de chacun (sont en effet pris en compte la faculté à effectuer des tâches minutieuses telles que les découpes et le pliage ainsi que la concentration) ;

– aucune exigence à finir ce qui a été commencé.

Les propos du directeur de FIRST résument à eux seuls la démarche engagée : « *Quand on veut, quand on peut, le temps qu'on veut* ».

L'ensemble de ces spécificités forme un concept adapté aux personnes prises en charge dans la structure, souvent très précarisées et pas encore engagées dans un parcours d'insertion. Cette expérience met en évidence la nécessité de réfléchir à une étape et à un cadre intermédiaires entre l'absence d'activité ou bien une activité occupationnelle d'un côté, et l'insertion par le travail de l'autre.

Mais cette expérimentation se situe en dehors de toute législation et réglementation en matière de droit du travail. Nous pourrions résumer cette situation par la phrase suivante : « *Pas de déclaration d'embauche, pas de salaire, pas de compte en banque* ».

Toutefois, l'histoire de l'amendement dit « Emmaüs » dans la loi sur le RSA (voir annexe 8) nous apporte la preuve que le cadre légal et réglementaire peut évoluer. La possibilité, introduite par cette loi, pour les organismes dits « d'accueil communautaire et d'activités solidaires » de rémunérer des activités en dehors du cadre du droit du travail, pourrait constituer une ressource concrète pour certains centres de prise en charge, en particulier ceux ayant un volet hébergement.

Cette nouvelle disposition permet de répondre concrètement à une crainte fréquemment rencontrée chez les personnes toxicodépendantes et pouvant générer des réticences à s'engager dans une démarche d'insertion : le retour à un emploi rémunéré entraîne une baisse des revenus disponibles, par la suppression d'allocations ou d'aides associées à l'absence d'emploi. A cela s'ajoute la peur de la perte de l'emploi qui conduirait à réengager les démarches d'ouverture de droits aux allocations de substitution, avec le poids des délais de carence.

Enfin, certains auteurs évoquent la difficulté de passer de l'économie de la rue et du secteur informel (marché noir, petits trafics en tous genres, prostitution, etc.) au système du travail déclaré. La rétribution immédiate de la rue peut être préférée à celle, mensualisée, d'un travail déclaré. Plusieurs raisons expliquent cette difficulté :

– **le rapport à l'argent en premier lieu** : plusieurs dimensions interviennent, quant à l'origine des ressources financières (passage d'une activité informelle ou délictueuse à une activité déclarée) mais aussi à leur nature (passage de revenus en espèces ou en nature à un salaire) et à leurs modalités de conservation et d'utilisation (passage d'un accès direct aux sommes disponibles à un accès par le biais d'un compte bancaire ou d'épargne et des outils qui leur sont associés – chéquier, carte de retrait/crédit, livret) ;

– **la gestion de l'argent** : l'économie de la rue est souvent associée à une immédiateté dans la réponse aux besoins, qu'ils soient liés à la consommation de drogues ou à la vie quotidienne ; la modification du rythme d'entrée/sortie des ressources financières acquises avec un travail déclaré perturbe cette gestion, sans préjuger de l'évolution des besoins auxquels ils répondent ;

– **les habitudes et les modes de vie** : les rythmes et les contraintes imposées par un emploi salarié bousculent les habitudes acquises avec l'économie de la rue et l'activité économique informelle ; cela contribue bien sûr à modifier les besoins quotidiens (ce qui apparaît comme une priorité dans la rue, à un moment donné, l'est vraisemblablement moins en fin de mois) et les temps libres (qui sont de fait plus encadrés par les horaires et périodes de travail) – et donc sur les dépenses qui leur sont associées ; mais pour peu que le poids ressenti du fait des contraintes liées au travail soit associé à de faibles niveaux de rémunération nette, la personne sera moins motivée à passer au système du travail déclaré ou à y rester.

Articulation entre les dimensions de soin et d'insertion

La « capacité à travailler » ainsi que la notion d'employabilité ont souvent été évoquées tout au long de notre réflexion et au cours de la rédaction du présent document. Cette capacité doit pouvoir être objectivement évaluée et ne nous semble pas devoir reposer sur la seule compétence des soignants. Bien souvent, la réponse attendue conditionne l'expression de la demande ; différents professionnels de santé ont ainsi témoigné de leur surprise lorsqu'ils ont constaté que leurs patients, ne se présentant à eux qu'en tant que demandeurs de soins, étaient tout à fait aptes à se présenter face à un employeur en tant que demandeurs d'emploi. L'évaluation des compétences et de la capacité à travailler doit donc être conduite en s'appuyant sur des outils permettant de les objectiver : le bilan de compétences et la validation des acquis de l'expérience constituent en ce sens d'importantes ressources. Il s'agit cependant pour les soignants d'être en mesure de repérer certains besoins afin de pouvoir organiser et accompagner une orientation.

L'Institut Portugais des Drogues et des Toxicodépendances (IDT) s'est emparé de cette question...

En 2008, une évaluation a été conduite par l'IDT quant aux besoins constatés et réponses apportées en termes d'insertion, dans le cadre de l'activité des Centres de Réponses Intégrées (CRI) – les CRI avaient justement été créés en 2007 dans une perspective de réorganisation de l'offre de soins et de prévention relative aux addictions. Cette évaluation a ainsi permis de poser un diagnostic précis des besoins des personnes toxicodépendantes sur les différentes dimensions jouant sur l'insertion : logement, éducation, formation professionnelle, emploi... Elle a surtout veillé à analyser la nature, la pertinence et l'efficacité des réponses qui y étaient apportées, qu'elles le soient directement par les CRI ou bien au travers des orientations proposées. Cette démarche portugaise offre un exemple intéressant en comparaison avec les faiblesses constatées dans le dispositif médico-social français, puisque l'analyse des rapports annuels d'activité constitue la seule source de données disponible pour tenter d'évaluer les réponses apportées par les centres de soins³³.

Là première dimension analysée est celle du logement. L'enquête indique que 42 % des besoins identifiés ont obtenu une réponse positive, ce qui apparaît insuffisant aux auteurs du rapport d'autant qu'une partie de ces réponses ne correspond qu'à un hébergement temporaire. Du côté français, les centres de soins ne semblent pas mener ce travail de repérage des besoins : les données recueillies dans les rapports d'activité ne traduisent que les réponses en termes d'hébergement (il est vrai toutefois que l'observation des caractéristiques de la file active permet de connaître le nombre de personnes sans domicile ou en situation de logement précaire).

Seconde dimension : les besoins en matière d'emploi et de formation professionnelle. Dans l'enquête IDT, 4 338 usagers ont exprimé des besoins en termes d'emploi ; parmi eux, 39 % ont pu accéder à des réponses, majoritairement dans le champ de l'emploi protégé (59 %), dont le Programme Vie Emploi (voir page 43). En revanche, sur la dimension de la formation professionnelle, les résultats sont beaucoup moins probants : 77 % des usagers suivis par un CRI n'ont pas pu accéder à des réponses de formation professionnelle (un chiffre jugé « *inacceptable* » par les auteurs). Face à ce constat, l'IDT a souligné la nécessité d'une meilleure articulation, tant au plan national que local, entre ses services et ceux de l'Institut du Travail et de la Formation Professionnelle (IEFP). Le rapport évoque également les efforts à accomplir face à la résistance des organismes de formation à accueillir ces publics. Du côté français, bien que ces aspects ne soient pas de la compétence des

centres de soins, il serait intéressant que leurs rapports d'activité fassent état des besoins, et ce pour deux raisons : d'une part, susciter plus de vigilance chez les équipes pour engager des initiatives spécifiques d'insertion par l'emploi ou de formation professionnelle, seules ou en partenariat avec les acteurs de l'insertion. D'autre part, à l'instar de l'expérience portugaise, favoriser l'interpellation des tutelles pour impulser et soutenir ces actions d'insertion. Sans oublier de renseigner les réponses auxquelles les bénéficiaires auront pu accéder.

Enfin, une autre dimension est appréhendée par l'évaluation portugaise, celle de la gestion des temps libres, révélant l'aptitude ou les difficultés à « *l'acquisition de compétences sociales* » selon les termes du rapport. Seuls 27 % des usagers ayant exprimé des besoins en la matière ont obtenu des réponses. Le rapport évoque le fait que ces besoins ont pu être considérés comme secondaires face à d'autres besoins plus prégnants aux yeux des professionnels des CRI, et en conséquence être moins investis par les équipes. Néanmoins, cette question de la gestion des temps libres méritera d'être investiguée, pour la poursuite de notre démarche, quant aux perspectives qu'elle pourrait ouvrir en termes d'estime de soi, de confiance en soi, d'accès à la culture et de participation sociale des usagers de drogues.

Mais l'articulation entre les dimensions de soin et d'insertion fait aussi écho à la notion de « *capacité à travailler* » que nous avons préalablement évoquée et appelle une question : en quoi un professionnel du soin peut-il contribuer à l'accompagnement dans l'emploi ou la formation ? Parce qu'ils ont une bonne connaissance de la situation de leurs patients, ils ont une place privilégiée pour anticiper en quoi les difficultés personnelles, sanitaires et sociales pourraient avoir un impact négatif sur le projet d'insertion. Ainsi, sans trahir la confidentialité et le secret professionnel, comment évoquer les risques liés aux co-morbidités psychiatriques ou bien à un épisode de rechute auprès d'un employeur ou d'un formateur ? Comment appréhender, avec le patient, que l'émotion générée par l'obtention d'un emploi puisse, paradoxalement, « *fragiliser* » les avancées du traitement de l'addiction ? Comment rester vigilant à la façon dont le patient va percevoir les attentes qu'il pense qu'on a placées en lui ? Cette contribution du professionnel de soin peut, par exemple, s'opérer simplement lors d'entretiens de suivi après l'orientation.

Les expériences ainsi conduites par Espace et Drogues et Société démontrent que la formation, conçue sur un mode de réciprocité participative entre acteurs du soin et de l'insertion et de construction de connaissances communes, peut non seulement permettre une meilleure adaptation des pratiques mais également être fondatrice de réseaux. C'est au sein de ces réseaux que se définiront les conditions de partage d'informations.

Et après le soin ?

La question, déjà évoquée, du maintien dans l'emploi peut aussi apparaître comme une dimension sur laquelle il faut impérativement agir. Nous avons vu que l'obtention d'un emploi vient modifier considérablement l'économie matérielle et psychique de la personne. Chez certaines personnes, obtenir un emploi peut susciter un sentiment proche de celui d'avoir atteint un niveau qui apparaissait jusqu'alors inaccessible. Dans ces situations, ce qui est objectivement interprété comme un succès dans une démarche d'insertion peut devenir anxiogène et entraîner des conséquences inattendues, un peu comme l'effet indésirable d'un traitement. Le succès n'est pas si simple à gérer émotionnellement, sans parler de la gestion des ressources financières apportées par les revenus du travail. Émerge alors une tension pouvant conduire à des rechutes dans la consommation de

³³ Par exemple : « Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004 - exploitation des rapports d'activité-type des CSST », OFDT, 2006.

produits. Au-delà de ce risque, que les professionnels ont souvent rencontré, la personne occupant alors un travail devra réaménager un grand nombre de dimensions de sa vie personnelle, dont les relations avec son précédent réseau social.

Tous ces constats ont conduit certains programmes à développer un accompagnement post-soin et insertion, une sorte de « service de suite » qui apparaît pouvoir faciliter le maintien dans l'emploi. Cet accompagnement individuel est enclenché, par exemple, quand la personne a quitté le centre de soins pour entrer dans un dispositif d'insertion par l'activité économique ou *a fortiori* en milieu de travail ordinaire. De trop rares programmes résidentiels semblent particulièrement vigilants à assurer un lien avec l'ancien bénéficiaire, une fois qu'il a quitté le lieu. Ainsi, l'accompagnatrice socioprofessionnelle de la CT du Fleuve maintient un lien régulier avec les anciens résidents.

Notre partenaire slovaque Tomky Road a poussé plus loin la logique de l'après-soin. Depuis 2008, Tomky a initié un programme destiné aux anciens résidents de la communauté qui ont trouvé un emploi. Localisée à une cinquantaine de kilomètres de Bratislava, la communauté thérapeutique (CT) « Tomky Road » (du nom du petit village où elle est implantée) développe un projet de soin en lieu résidentiel organisé selon le modèle classique des communautés thérapeutiques³⁴, qui repose sur la succession de phases. Quatre phases successives s'étalant sur un programme de 12 mois sont programmées, au cours desquelles la personne et sa famille se voient proposer différentes interventions thérapeutiques en individuel ou en groupe. En moyenne, 20 à 25 personnes (hommes et femmes – voir annexe 1) y résident. Mais, l'intérêt de la CT « Tomky Road » est d'avoir conçu une cinquième phase, uniquement dédiée à l'insertion. D'une durée beaucoup plus longue, elle est destinée à « accompagner les anciens toxicodépendants dans leur nouvelle vie » selon les propos de sa directrice.

En effet, sont éligibles à cette cinquième phase les patients de la CT qui ont achevé avec succès les quatre phases thérapeutiques (c'est-à-dire qu'elles sont sevrées et abstinentes) et qui en font la demande écrite (courrier de motivation). Seuls ceux qui auront obtenu un contrat de travail ou seront inscrits dans un projet d'études, pourront accéder à ce dispositif d'insertion. La phase 5 est justement définie pour répondre aux besoins spécifiques en matière de soutien psychologique et moral face à cette nouvelle réalité du travail mais aussi de logement. C'est pourquoi les bénéficiaires sont accueillis dans un lieu de vie communautaire (5 chambres permettant de loger 6 personnes). Ce lieu, dénommé « Holčiska », est localisé à Bratislava, sur un site volontairement éloigné du dispositif thérapeutique de la CT de Tomky.

Les bénéficiaires sont accueillis pour une durée maximale de 24 mois, mais peuvent quitter le dispositif avant, sous réserve que les conditions suivantes soient réunies : maîtriser les revenus du travail, être en capacité de nouer et d'entretenir des liens sociaux, avoir trouvé un logement autonome. Il est intéressant de constater que ces conditions font fortement écho aux préoccupations que nous avons soulignées tout au long de ce document. Et de fait, la phase 5 permet tout particulièrement de travailler sur le volet relationnel de la personne dans son environnement, au travail comme dans sa vie privée. Ce projet expérimental, lancé en janvier 2008, a accueilli depuis son ouverture 11 personnes (9 hommes et 2 femmes). A ce jour, toutes sont abstinentes et occupent un emploi. Selon la directrice du programme, « sans la phase 5, les effets positifs du travail seraient très faibles ». L'accompagnement proposé au cours de la phase 5 repose sur le même principe que celui à l'œuvre dans la CT : la dynamique de groupe.

.....

³⁴ Pour plus d'informations, voir l'article de Farges F. et Patel P., « Les communautés thérapeutiques pour Toxicomanes ».

C'est un public assez jeune (plus de la moitié a moins de 25 ans, le plus âgé ayant 33 ans), avec un niveau scolaire relativement élevé (ils ont tous au moins le Bac) et plutôt issu de catégories socioprofessionnelles (CSP) supérieures. En revanche, la dépendance aux produits a été très précoce : depuis l'âge de 15-16 ans pour la moitié d'entre eux (19 ans pour le plus âgé). Les emplois occupés semblent cependant faire écho aux dimensions favorables de leurs parcours (CSP, niveau scolaire) : gestionnaire de société, informaticien, vendeur de produits bios... mais aussi deux maçons. Pour arriver à ces résultats, le programme s'est doté de ressources conséquentes : un lieu de vie spacieux et agréable mais aussi une équipe pluridisciplinaire étoffée au regard du nombre de bénéficiaires (5 professionnels sont affectés au programme – autant que pour la CT). Ce projet pilote, en cours d'évaluation, est actuellement financé par la région de Bratislava ainsi que par une contribution des bénéficiaires. Mais une grande incertitude pèse aujourd'hui sur l'avenir du dispositif, au-delà de la phase pilote.

Agir auprès des tutelles

L'accompagnement individuel ou collectif des publics ciblés par les actions présentées ici implique généralement un temps de travail qu'il est souvent difficile d'inscrire dans un budget prévisionnel. Par ailleurs, les résultats obtenus sont à mesurer attentivement : évidemment en termes d'accès à l'emploi mais également en termes de renforcement de capacités d'autonomie, de stabilisation d'un traitement, de reconstruction de liens sociaux. La relation établie entre porteurs de projet et tutelles doit permettre que ces aspects soient étudiés objectivement afin que soient ensemble définis les besoins financiers et les critères de résultats. Lors de nos visites sur site, nous avons pu observer l'implication de certains représentants de tutelles, tant dans la participation à des sessions d'évaluation que dans l'intervention directe auprès de publics, par exemple pour présenter le RSA.

Cette implication concrète peut avoir le double avantage de permettre à des bénéficiaires de mieux comprendre le fonctionnement de dispositifs dont ils relèvent, mais également de reconsidérer leurs représentations des institutions. Il peut, par ailleurs, en résulter une meilleure compréhension, par les décideurs, des besoins souvent complexes des bénéficiaires.

Les propos de Marine Zecca, dans le cadre de l'évaluation du projet Equal conduit par Drogues et Société de 2001 à 2005, sont très clairs quant au fait que l'expérience doit contribuer à éclairer les choix politiques des décideurs. En ce sens, la recherche-action participative offre un cadre particulièrement privilégié. Sous-tendant notre démarche, cette méthode de travail a permis tant aux professionnels qu'aux décideurs de se saisir, au cours de l'année 2009, d'un certain nombre d'informations relatives à différentes expériences innovantes ou exemplaires.

Ainsi, l'exemple du Portugal, une nouvelle fois, nous est apparu tout à fait intéressant en termes de pistes pour de nouvelles réponses dans le champ du soin et de l'insertion. L'IDT et l'IEFP ont ensemble mis en place le Programme Vie Emploi, dont l'objectif est explicitement de favoriser l'insertion socioprofessionnelle de publics toxicodépendants et ex-toxicodépendants. Ce programme prévoit cinq mesures concrètes, dont celle de la mise en œuvre de médiations entre structures de soins et employeurs et d'un accompagnement des publics. Des médiateurs ont été spécifiquement recrutés pour cette mission, durant ces neuf dernières années. Les quatre autres mesures concernent :

- la mise en œuvre de stages d'intégration socioprofessionnelle d'une durée de neuf mois ;
- l'exonération de charges sociales à l'embauche de publics issus de ces stages ;
- la subvention à la création d'entreprises ;
- le maillage du monde du travail et le développement de réseaux d'artisans facilitant l'interface entre entreprises et formation professionnelle.

De telles initiatives semblent constituer une bonne adéquation aux besoins d'insertion par l'emploi des usagers de drogues. Elles mériteraient d'être l'objet d'études transnationales auxquelles devraient être associés décideurs et professionnels, afin qu'en soient précisées les conditions de réussite et de transfert. Le choix qui avait été fait par les autorités portugaises, de recruter des médiateurs nous paraît également à explorer³⁵. Nous sommes confrontés en France à de nombreux besoins, en termes de construction de nouveaux profils professionnels, notamment dans le champ de la réduction des risques. Nous ne nous engageons probablement guère en affirmant que des besoins similaires seront à appréhender dans celui de l'insertion par l'emploi. Les expériences que nous avons étudiées reposent, pour la plupart, sur la volonté militante de leurs acteurs. Si cette volonté peut conduire à « éclairer » de nouveaux choix politiques, elle ne saurait en constituer le socle.

35 Malgré le succès incontesté du Programme Vie Emploi, la non-reconduction de financements européens contraind l'IDT à ne pas pouvoir renouveler les contrats d'environ 70 médiateurs. La fonction de médiation entre usagers et entreprises sera confiée aux assistants sociaux des CRI (source : Interview Joao Goulao, Président de l'IDT, Diário de Noticias, novembre 2008).

En conclusion...

Philippe Lagomanzini

Nous avons évoqué cette longue période, allant de 1970 au début des années quatre-vingt-dix où les usagers de drogues n'avaient pour alternative que le soin ou la prison. Le soin proposé consistait en une cure de sevrage, pouvant être suivie d'un séjour en centre de postcure et d'une aide psycho-éducative au maintien de l'abstinence. Des temps d'attente généralement longs caractérisaient les modalités d'admission en service de soins spécialisés. Face à l'importante fréquence des échecs thérapeutiques (abandon du parcours de soin, rechute), la vérification d'une motivation affirmée de l'usager était instituée comme l'un des principaux critères de recrutement, ce qui conduisait bon nombre d'usagers à renoncer à toute démarche de soins. Tant d'autres usagers, et particulièrement les plus pauvres, ne voulaient pas ou ne pouvaient pas envisager cette réponse qui, de par sa nature essentiellement psychologique, était à la fois perçue comme stigmatisante et insuffisamment adaptée à de multiples difficultés sociales, souvent antérieures à l'usage problématique de drogues. D'une part, les difficultés antérieures à l'usage de drogues avaient été aggravées ; d'autre part, les conséquences de cet usage s'avéraient encore plus désastreuses que pour d'autres publics moins précaires :

- poursuites judiciaires et incarcérations répétées. Rodolphe Ingold observait déjà, en 1985, que les usagers les plus fréquemment poursuivis et incarcérés étaient ceux issus des classes sociales les plus défavorisées et accédant moins facilement aux centres de soins³⁶ ;
- risques majorés de problèmes de santé. Les files actives de centres, inscrits en proximité de périphéries de grandes villes et en zones plus particulièrement sensibles³⁷, révélaient par exemple un taux de prévalence du VIH d'environ 40 %, soit nettement plus élevé que le taux alors estimé de 30 % au plan national.

Par ailleurs, comme l'ensemble des usagers de drogues, ils n'avaient pas ou très difficilement accès aux réponses sociales en termes d'aide financière ou d'hébergement. La « posture institutionnelle », tant dans le champ spécialisé que dans celui du droit commun, était de conditionner toute réponse à un engagement préalable de soins. Cette posture était étayée par la littérature scientifique qui fondait également l'opinion publique. William Lowenstein évoquait récemment, à ce propos, « *les poncifs dangereux pour le soin des usagers de l'époque : "Il n'existe pas d'urgence en toxicomanie", ou encore : "Il faut attendre la demande du toxicomane"* »³⁸. L'incapacité de l'usager de drogues à se soigner semblait entendue comme l'expression d'une volonté délibérée. Le « refus » de renoncer à son symptôme le condamnait donc à l'exclusion, ce que l'on ne saurait imaginer pour aucune pathologie. Annie Mino a été l'une des premières à dénoncer « *ces mensonges qui tuent les drogués* »³⁹, aidant ainsi les professionnels du champ spécialisé à reconsidérer leurs pratiques : « *L'héroïne tue, dit-on, mais c'est d'autre chose que meurent les toxicomanes : misère, criminalité, sida, suicide sont les conséquences directes de l'exclusion. Sous prétexte de bannir la drogue, nous avons banni les toxicomanes...* »

36 Ingold R., La prise en charge médicale des toxicomanes et le réseau sanitaire spécialisé, Rapport au Ministre délégué de la Famille et de la Santé, 1986.

37 Rapports d'activités 1988 à 1994, Drogues et Société.

38 Karila L., *Les addictions*, préface de Lowenstein W., coll. *Idées reçues*, Cavalier Bleu Editions, Paris, 2008.

39 Mino A., et Arsever S., *Les mensonges qui tuent les drogués*, Editions Calmann Levy, 1996.

Nous avons précédemment vu que les stratégies de réduction des risques, et tout particulièrement l'accès aux traitements de substitution, ont permis de repenser les réponses en matière de soins. Mais il est évident que la traversée de tels parcours d'exclusion doit impliquer l'articulation de tout projet thérapeutique à celui de la reconstruction d'un statut social et d'une citoyenneté concrète. Maria Grazia Giannichedda évoquait, à ce propos, le fait que « *le travail centré sur l'unicité de chaque histoire n'est pas suffisant...* »⁴⁰, qu'il s'agit de « *construire une histoire collective de sortie de la drogue* ». Nous entendons ici le terme « drogue », au-delà de ce qu'il peut signifier en termes de dépendance, en lien aux représentations qui lui sont associées et par lesquels les usagers se voient stigmatisés. Pour la construction de cette histoire collective, il est nécessaire de développer une approche transdisciplinaire et politique, afin d'ouvrir des voies de participation sociale qui permettent aux usagers « la reconnaissance de la communauté ».

Citoyenneté et participation sociale doivent cependant s'envisager prioritairement pour Robert Castel sous l'angle du travail : « *Il ne manque pas de discours sur la citoyenneté sociale, mais font cruellement défaut les pratiques qui lui donneraient un contenu réel, si du moins on maintient une définition un peu exigeante de la citoyenneté. C'est pourquoi renoncer à tenter d'accrocher cette citoyenneté au travail, c'est risquer de lâcher la proie pour l'ombre* »⁴¹. Si l'on peut, selon lui, être tenté de relativiser l'importance du travail, on ne peut pas, en revanche, relativiser l'importance du marché et de son hégémonie grandissante face à la cohésion sociale. Par ailleurs, « *C'est toujours sur le travail, que l'on en ait ou que l'on en manque, qu'il soit précaire ou assuré, que continue à se jouer le destin de la grande majorité de nos contemporains* ».

Ces propos nous confirment dans les objectifs de notre projet « *Territoires en réseaux et insertion par l'emploi des usagers de drogues* ». Néanmoins, il nous faut en rappeler un aspect essentiel concernant le rôle des usagers dans les dispositifs et programmes supposés répondre à leurs besoins. Evitons l'angélisme et ce que Joël Plantet a appelé « *le pieux et dérisoire pléonasme de la démocratie participative* »⁴². La loi de 2002 a certes prévu de renforcer les droits des usagers, mais il nous faut aller au-delà. Il ne s'agit pas seulement de donner la parole, au sein de Conseils de Vie Sociale, à quelques « rescapés sociaux » échoués dans un dortoir de centre d'hébergement et de tranquilliser ainsi notre conscience quant à la bonne santé de nos institutions et la justesse de nos pratiques. Il s'agit de considérer que ces hommes et ces femmes ne sont peut-être usagers de nos services que du seul fait de leur exclusion sociale. Leur rôle pourrait alors se concevoir et s'exercer par une participation à l'élaboration et à la réalisation de projets tant pour la réappropriation de droits fondamentaux (au logement et, en l'occurrence, à l'emploi) que pour la construction de nouveaux modes de régulation et de cohésion sociale. Evidemment, les bonnes pratiques professionnelles favorisant cette implication et prévenant toute dérive démagogique sont encore à définir.

Le rapport d'un récent colloque sur les évolutions du travail social évoquait que le moteur de l'intervention n'était plus celui de la « *solidarité collective* » mais celui de la « *responsabilité individuelle* »⁴³. Étaient soulignées « *d'une part, l'individualisation des interventions sociales et leur médicalisation, d'autre part, la mise en cause de la responsabilité personnelle des pauvres et des déviants bénéficiaires des interventions ("Chacun est responsable de sa propre trajectoire")* » ; l'in-

40 Giannichedda M.G. et Ogien A., « Évaluer la complexité, Drogues et Société », Mission Interministérielle de la Recherche et de l'Expérimentation, 1989.

41 Castel R., *Le Monde Diplomatique*, septembre 1998.

42 Plantet J., « La place des usagers, une question centrale depuis la loi de 2002 », *Lien Social*, février 2008.

43 Bailleau F., *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités*, dirigé par Maryse Bresson, *Sociétés et jeunesse en difficulté* [En ligne], n°3 | printemps 2007, mis en ligne en mai 2007.

tervention s'inscrivant entre « psychologisation » et gestion de plus en plus prégnante de dossiers et mesures face à des contraintes budgétaires, réduisant en conséquence le contact direct avec le public ciblé. Or, s'il est clair que les perspectives évoquées par l'engagement de notre démarche pourraient être porteuses de nouvelles dynamiques, il est tout aussi clair qu'elles impliqueront de reconsidérer autrement l'intervention sociale et de telles évolutions génératrices d'exclusion et réductrices de solidarités.

Le plan décennal britannique de lutte contre les drogues (voir annexe 6) peut constituer une avancée considérable pour l'insertion par l'emploi des usagers de drogues ; néanmoins le point de vue des auteurs de ce document est qu'il ne saurait être question de partager certains des objectifs de ce plan, notamment quant à son évolution vers un régime de responsabilisation/sanction instituant une sorte d'injonction à se soigner et à travailler. Il apparaît en effet clairement que cette évolution ne peut, en aucune manière, constituer une réponse aux discriminations et à l'exclusion sociale. Considérer et prévenir les risques de telles dérives constitueront un défi majeur, pour la suite de la démarche, dans la perspective de capitaliser et définir de bonnes pratiques. La mise en réseau d'expériences innovantes sera accompagnée d'une étroite et véritable concertation de l'ensemble des acteurs concernés : professionnels, décideurs et usagers des champs du soin spécialisé, de la réduction des risques et de l'insertion.

Nous souhaiterions que ces bonnes pratiques, qu'elles soient d'accompagnement ou de médiation, offrent un panel élargi de réponses aux besoins des usagers de drogues en termes d'articulation entre projet thérapeutique et projet d'insertion ; notre hypothèse est que la reconstruction de liens sociaux et l'élaboration d'un projet professionnel redonneront sens à leurs parcours de vie, étayant ainsi leur projet de soins. Pourtant, malgré nos efforts conjugués aux leurs, certains ne parviendront pas à avancer comme ils le souhaiteraient quant à leur dépendance. Les pistes explorées par le collectif « Chroniques associés » pourront alors constituer une source de références en matière de possibles adaptations des rythmes et contrats de travail. Mais notre propos n'est en aucun cas d'envisager une quelconque forme d'injonction au travail. Il s'agit d'ouvrir le « champ des possibles » pour prévenir l'exclusion et permettre la participation du plus grand nombre au « débat citoyen », participation sans laquelle ce débat ne peut véritablement avoir lieu.

ANNEXE 1

Femmes et addiction

En France, les enquêtes portant spécifiquement sur les conduites addictives des femmes sont rares ; les données disponibles sont le plus souvent issues d'enquêtes sur les usages de drogues en population générale ou chez les adolescents. Quant aux enquêtes menées auprès de la file active des centres spécialisés, elles portent sur un nombre restreint de femmes.

De son côté, la littérature internationale montre l'intérêt croissant pour les questions de genre¹ dans le champ des addictions et à ce titre, fait l'objet d'un objectif prioritaire du plan d'action européen contre la drogue pour 2005-2008. En effet, il semble que les besoins spécifiques des femmes ne soient pas suffisamment pris en compte dans l'ensemble des pays européens en ce qui concerne leur accès aux soins.

Les différences entre les hommes et les femmes sont de plusieurs natures :

Les différences physiques. Les femmes métabolisent l'alcool différemment, ce qui entraîne un taux d'alcoolémie plus élevé par rapport à une même quantité ingérée par les hommes. La durée écoulée entre l'expérimentation et la dépendance est plus faible chez les femmes pour les consommations d'opiacés, de cocaïne et d'alcool. De plus pour les femmes vivant à la rue, l'enquête Trend² montre qu'elles fréquentent souvent des groupes d'hommes, où leurs journées sont scandées par de fortes consommations de produits et d'alcool.

La consommation d'opiacés interfère sur les cycles menstruels, pouvant entraîner une aménorrhée, avec un risque important de grossesse non désirée. Outre le syndrome de sevrage chez le nouveau-né, les substances illicites peuvent entraîner des fausses couches, des naissances prématurées ou des bébés de faible poids.

Les différences au niveau de la santé mentale. Les femmes consomment plus de médi-

caments psychotropes et ce dès l'adolescence. Une enquête conduite en 2000 indique en effet que, dans la classe d'âge les 17-18 ans, 31 % des filles contre 11 % des garçons ont utilisé un médicament psychotrope au cours de l'année. De plus, au cours de l'année précédente, l'usage de médicaments hypnotiques, anxiolytiques ou anti-dépresseurs concerne 25 % des femmes contre 14 % pour les hommes. Cet usage augmente avec l'âge : de 8 % entre 18 et 25 ans à 20 % entre 55 et 70 ans chez les hommes, contre 18 à 34 % chez les femmes pour ces mêmes tranches d'âge³.

Dans les dépendances à l'alcool, les femmes présentent des syndromes dépressifs plus importants que les hommes. L'abus de substances et les problèmes mentaux sont souvent corrélés à des expériences préalables de violences, de traumatismes ou d'abus. Ainsi, beaucoup d'enquêtes montrent que les femmes consomment pour faire face aux événements traumatisants de leur enfance (agressions sexuelles, parent alcoolique ou usager de drogues, incarcération, maltraitance, dépression, maladie mentale au sein même de la famille, etc.) mais également pour faire face à des situations socio-économiques dégradées qu'elles affrontent le plus souvent sans partenaire.

Concernant les antécédents psychiatriques, l'enquête conduite dans les CSST en 2008³ montre que parmi les patients suivis en ambulatoire dans les CSST, plus d'un tiers des patients ont déjà été hospitalisés en psychiatrie (hors sevrage), et les femmes là encore sont surreprésentées (33 % contre 24 % chez les hommes).

Les différences face aux risques. Concernant leur vie affective, certains auteurs parlent d'une double dépendance aux drogues et à leurs partenaires, qui est aussi leur fournisseur de produits. Tout comme d'autres femmes, elles sont victimes de violence au sein du couple et n'osent pas en faire état, elles se replient sur elles-mêmes et n'ont pas toujours la possibilité de négocier l'usage du préservatif.

La probabilité de contracter le VIH est plus éle-

vée chez les femmes, particulièrement lorsqu'elles ont recours à la prostitution en échange de drogues ou d'argent.

Les femmes dépendantes de produits illicites semblent plus exposées à des risques sociaux que les hommes dans la même situation. Ainsi une enquête menée auprès de ce type de public⁴ faisait apparaître que 12 % des hommes déclaraient avoir un logement durable dans leur famille alors qu'aucune femme n'en faisait état ; elles étaient aussi davantage touchées par la précarité que les hommes (43,2 % contre 33,4 %).

L'image de la femme. Les recherches montrent que les femmes sont plus stigmatisées que les hommes pour leurs addictions. En conséquence, les femmes sont plus sujettes à la clandestinité et à la dissimulation quant à leur dépendance. Alors que les représentations sociales ont tendance à parer le rôle social de la femme d'une vertu de modèle, les femmes usagères de drogues apparaissent comme déviantes et subissent un jugement moral d'une extrême sévérité de la part de la société. A ce titre, le mythe de la « mauvaise mère » est prégnant et déclenche des sentiments de honte et de culpabilisation ; il produit surtout la peur de perdre la garde de ses enfants à la suite d'une éventuelle décision administrative ou de justice de placement ou de retrait de l'autorité parentale. Cette crainte conduit très souvent à cacher ou à sous-déclarer les consommations, à s'autocensurer dans le recours aux travailleurs sociaux alors même qu'elles rencontrent des situations de surendettement et sont menacées d'expulsion de leur logement.

Si de nombreuses difficultés rencontrées par les femmes leurs sont spécifiques, les structures de soin, quant à elles, n'ont qu'une approche généraliste. Pourtant les femmes sont bien présentes dans les lieux de soin et d'accueil spécialisés, puisqu'elles représentent respectivement 22 % des files actives des CSST, CSAPA et CCAA et 21,3 % de celles des CAARUD. On estime qu'en-

viron un tiers des consommateurs d'opiacés, en France comme en Europe, sont des femmes. Mais là encore, les données globales des files actives cachent des spécificités qui pourraient témoigner d'une vulnérabilité particulière chez les femmes usagères : on constate en effet une augmentation de la fréquentation du dispositif CAARUD par de très jeunes filles puisque 8,6 % des femmes ont moins de 20 ans contre 1,9 % chez les hommes et 20,8 % ont entre 20 et 24 ans contre 12,9 % chez les hommes.

Quelques sources pour en savoir plus :

- BEH (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire) du mois de mars 2009 qui a consacré un article sur « Femmes et les addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risque ».

- OFDT, Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveaux-nés, juillet 2003.

Un autre regard sur les femmes : l'apport de la mixité dans la communauté thérapeutique de Tomky

• La communauté de Tomky accueille depuis six années des jeunes femmes. Le choix de la mixité a pour objectif de restaurer les relations entre les filles et les garçons au cours de leur séjour et ainsi de mieux les préparer au moment de leur sortie du dispositif.

• Parmi les quatorze personnes accueillies aujourd'hui, quatre sont des jeunes filles âgées d'une vingtaine d'années. Toutes sont célibataires, sans enfant, ont un niveau bac et ont de lourds antécédents familiaux (maltraitance, abus sexuel, troubles alimentaires, rapports sexuels précoces) ; et sont polytoxicomanes depuis l'âge de 14-15 ans. La consommation de produits a le plus souvent empêché la rencontre avec les garçons, la plupart des jeunes filles ayant été dépendantes des hommes quant à leur propre consommation.

• A leur arrivée, en adoptant les mêmes tenues vestimentaires, les femmes cachent ou

refusent leur féminité, s'expriment comme les garçons et adoptent, pour se protéger, des comportements identiques à ceux des garçons. Quant aux hommes, les rapports entre eux sont le plus souvent violents, leurs propos à l'égard des jeunes filles sont empreints de vulgarité, et tous ont une représentation particulièrement dégradée de l'image de la femme qu'ils perçoivent comme un objet sexuel.

- Le travail thérapeutique engagé au sein de la communauté permet de retravailler l'histoire familiale, le parcours dans les produits et de s'engager dans un projet personnel et professionnel. L'accompagnement thérapeutique se déroule de manière collective et individuelle. Les jeunes femmes bénéficient toutefois d'un temps de travail entre elles pour répondre à des besoins plus spécifiques et offrir un espace où la parole peut circuler plus librement. Le travail engagé permet alors de restaurer leur image en tant que femme, que ce soit au travers d'une relation affective et/ou amoureuse, d'aider à retrouver des repères lorsque les modèles familiaux ont été dysfonctionnants et traumatisants, etc.

- L'expérience montre que la mixité a contribué à faciliter la rencontre et la communication entre les garçons et les filles, a permis de changer le regard des hommes à l'égard des jeunes femmes et inversement. Au fil du temps, les jeunes filles prennent conscience de leurs droits, perçoivent plus les garçons comme des partenaires, découvrent que les hommes peuvent être attentifs aux femmes et être leurs amis. A l'issue de ce processus, les femmes s'autorisent à vivre leur féminité sans se sentir jugées ni mises en danger.

1 Le genre renvoie à des rôles ou à des relations socialement construits, à des traits de personnalité, des attitudes, des conduites, des valeurs que la société attache à un sexe. Le sexe se réfère à des caractéristiques biologiques, aux organes reproductifs et à leur fonction, ou à leur activité hormonale.

2 Trend (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues), Enquête sur le site de Marseille, 2007.

3 OFDT, Tendances par produits.

4 RECAP 2008.

5 Prelud (Enquête Première Ligne Usagers de Drogues), 2006.

ANNEXE 2

Les traitements de substitution (TSO)

La prescription des TSO répond au traitement de la pharmacodépendance majeure aux opiacés. Toutefois, sa délivrance recouvre deux objectifs : réduire les risques de la consommation de substances psychoactives ou interrompre toute consommation. Ces objectifs varient selon les parcours de chacun plus qu'ils ne répondent à un protocole standardisé applicable à tout patient sans distinction.

Depuis 1995, la méthadone, sous forme de sirop, et la buprénorphine haut dosage (BHD), sous forme de comprimés, sont les deux médicaments prescrits dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés. Un traitement par la méthadone ne peut être initié que dans un centre spécialisé (CSAPA) et par des services hospitaliers depuis 2002 (ce qui favorise également la prescription de méthadone dans les prisons dépourvues d'un centre de soins spécialisé) ; une fois stabilisé, le patient en traitement méthadone a la possibilité de rejoindre la médecine de ville. La BHD, en revanche, peut être initiée par tout médecin généraliste et dans des conditions de prescription et de délivrance moins contraignantes, ce qui explique la forte proportion des patients sous BHD (80 % contre 20 % pour la méthadone). Cet accès en médecine de ville est une particularité française, dans les autres pays la BHD relève d'une délivrance en centre de soin spécialisé. Toutefois pour faire face au risque de détournement du Subutex® et à la survenue d'accidents, les pouvoirs publics ont décidé en 2000 d'un rythme de délivrance hebdomadaire en pharmacie, sauf mention du médecin sur l'ordonnance.

Suite aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution de juin 2004 visant à élargir la prescription

de méthadone, la progression du nombre de patients suivant ce traitement s'est accélérée. En 2007, le nombre de patients sous BHD est de 83 174 contre 28 665 pour la méthadone¹. Depuis le 15 avril 2008, la méthadone sous forme de gélule est disponible et dispose de cinq dosages (1, 5, 10, 20 et 40 mg). Sa prescription est soumise à plusieurs conditions : recevoir un traitement par méthadone sirop depuis au moins un an, être stabilisé sur le plan médical et des conduites addictives. Le traitement ne peut être initié que par les professionnels exerçant dans les structures de soins spécialisés (CSAPA et services hospitaliers).

Une évaluation de la politique de RDR menée par l'Institut de Veille Sanitaire² a montré que, de 1996 à 2003, la prévalence du VIH a diminué de 40 % à 20 % chez les UDVI, les arrestations pour usage d'héroïne ont chuté de 17 328 à 4 025, et les overdoses mortelles sont passées de 465 à 89.

1 Les données présentées sont issues du dispositif SIAMOIS qui permet d'estimer le nombre de patients recevant un traitement de substitution aux opiacés à partir des chiffres de ventes fournis par le GERS (Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques). L'estimation du nombre de patients se base sur l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite sur une année de 8 mg par jour pour le Subutex® et de 60 mg pour la méthadone. Ces données n'ont pas pris en compte les deux génériques de BHD commercialisés en 2006.

2 Emmanuelli J. et Desenclos J.C., "Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003", *Addiction*, 100, 1690-1700, 2005.

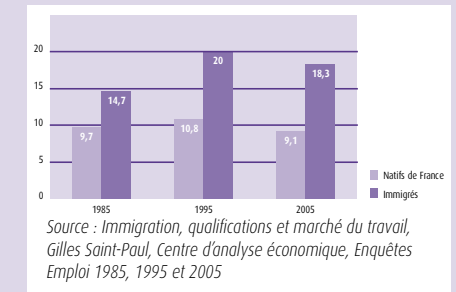
ANNEXE 3

Autres facteurs d'inégalités dans l'accès à un emploi.

L'origine géographique et le statut au regard de la nationalité constitue un premier facteur : les immigrés connaissent ainsi un taux de chômage deux fois plus élevé que celui des Français.

Le sous accès à l'emploi est certainement renforcé par des phénomènes de discrimination, en particulier à l'égard des jeunes Français issus de l'immigration algérienne ou marocaine

et vivant dans des quartiers en difficulté. Une étude du Centre d'Analyse Stratégique en date de 2007 a ainsi montré qu'un candidat de nationalité française avec un nom et un prénom français a, en moyenne, entre 1,5 et 3 fois plus de propositions d'entretien d'embauche qu'un Français d'origine marocaine¹.



Ce point fait écho à une autre forme d'inégalité dans l'accès à l'emploi : les inégalités territoriales. Ainsi, le taux de chômage dans les zones urbaines sensibles est deux fois plus élevé qu'ailleurs : 17,9 % contre un taux national de 8,6 % en 2007². Les jeunes (15-24 ans) sont les plus touchés, notamment les jeunes hommes, avec un taux de 33,7 %. Dit autrement, « l'effet quartier » et « l'effet origine » se cumulent et se renforcent dans l'impact négatif qu'ils ont sur l'accès à l'emploi.

Enfin, les inégalités de genre viennent aussi couramment influencer négativement sur l'accès à l'emploi. En population générale, le taux de chômage reste plus élevé chez les femmes (9,4 %) que chez les hommes (8,4 %), mais cet écart a tendance à se réduire depuis quelques années : il était en effet de 4 points jusqu'au milieu des années 90. Toutefois, cette tendance vers « l'égalité » ne saurait cacher une situation largement plus défavorable pour les femmes, puisque ce sont elles qui sont les plus concernées par les emplois de mauvaise qualité à temps partiel : 80 % des 1,3 million d'actifs à temps partiel et souhaitant travailler plus sont des femmes. Au total 8,2 % des femmes sala-

riées sont à temps partiel subi contre 2,4 % des hommes³. Enfin, les femmes se heurtent toujours à ce fameux « plafond de verre » qui fait que, à compétences et postes identiques, les femmes sont généralement moins bien rémunérées et bénéficient de statuts moindres que leurs collègues hommes.

1 Emmanuel Duguet et al, *Discriminations à l'embauche, « Un testing sur les jeunes des banlieues d'Île-de-France », CAS & Université d'Evry-Val d'Essonne, 2007.*

2 INSEE - Enquête emploi - données 2007, population active de 15 à 59 ans.

3 INSEE - Enquête emploi, 2005.

ANNEXE 4

Les attentes et les préoccupations des employeurs

La rencontre organisée à Montargis par l'association Espace a permis de recueillir le point de vue des employeurs quant à l'accès et au maintien dans l'emploi des publics usagers de drogues.

Les préoccupations des employeurs face à l'emploi de publics toxicodépendants répondent prioritairement à des soucis de deux ordres :

- En matière de sécurité et d'hygiène au travail : c'est une approche que l'on pourrait qualifier de type « CHSCT » (Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Conditions de Travail), avec les obligations légales qui s'imposent à l'employeur pour prévenir les accidents du travail. Cette préoccupation est particulièrement forte dans les secteurs professionnels avec conduite d'engins et manipulation de machines-outils.

- En matière de productivité/rentabilité : l'employeur sera préoccupé par le comportement au travail avec les contraintes que cela suppose (respect des horaires de travail, respect des collègues, relations d'équipe,...) mais aussi par les consommations de produits psychoactifs pendant le travail, de façon à veiller à ce que la continuité de la production soit assurée.

Dans les deux cas, les difficultés rencontrées en lien avec des consommations peuvent conduire à « des événements clash » que l'employeur devra gérer.

Outre cette préoccupation, l'employeur peut avoir une attente dans une perspective de plus long terme : un volet prévention et repérage des conduites addictives (avant la survenue d'une difficulté). Et de fait, cette préoccupation rejoint la dimension du maintien dans l'emploi, et pas uniquement de l'accès à l'emploi.

Lors de ce même séminaire, il a été intéressant de constater que les préoccupations portaient véritablement plus sur les comportements que sur les compétences, ce qui fait écho à l'analyse proposée dans cet ouvrage en termes d'employabilité.

ANNEXE 5

Prise en charge thérapeutique et obtention d'un emploi rémunéré

Le centre de recherche sur les addictions de l'université de Glasgow (Grande Bretagne) a mené une étude de cohorte prospective pour évaluer l'impact d'une prise en charge thérapeutique chez les patients (étude DORIS, pour Drug Outcome Research in Scotland). 1 033 usagers de drogues, principalement héroïnomanes, ont été inclus à son démarrage en 2001 ; ils provenaient de différents types de centres de soins (ambulatoire, résidentiel, prison, postcure...) et constituaient un échantillon représentatif de la population des usagers de drogues. Après un premier entretien, ils ont été revus à trois reprises pour un entretien de suivi à 8 mois, 16 mois et 33 mois. L'étude explorait différents items (consommations, état de santé, situation sociale et familiale, etc.), dont la situation par rapport à l'emploi. C'est ce dernier volet qui fait l'objet de l'article de James Mc Intosh et son équipe¹. Les résultats portent sur les 70 % de

personnes qui ont été revues à 33 mois. L'enseignement majeur de cette étude est de mettre en évidence, au travers de régressions statistiques, que les patients ayant bénéficié, dans leur centre de soins, d'une action spécifique en termes d'insertion par l'emploi ont trois fois plus de chances que les autres d'obtenir un travail rémunéré, et ce quel que soit le type de centre de soins. Bien sûr, d'autres variables agissent, comme le fait de continuer à consommer ou pas. Mais les résultats font clairement apparaître que l'abstinence n'est pas une condition suffisante pour obtenir un emploi. Toutefois, en termes strictement quantitatifs, seule une personne sur cinq a occupé un emploi au cours de la période de référence. Face à ce taux de 80 % sans emploi, les auteurs émettent l'hypothèse que les patients de la cohorte cumulaient d'autres difficultés qui n'ont pas été prises en compte : état de santé, co-morbidités psychiatriques, environnement matériel insécure - dont le logement -, faible niveau de confiance en soi, tous ces éléments étant à considérer en amont d'une démarche d'insertion proprement dite, et qualifiés de « capacité à travailler ». L'étude suggère ainsi qu'il existerait deux niveaux d'intervention : un visant à améliorer l'employabilité des personnes toxicodépendantes, l'autre visant à remplir des conditions préalables, qui relèveraient de la capacité travailler.

1 McIntosh J., Bloor M. et Robertson M. (2008), « Drug treatment and the achievement of paid employment », *Addiction Research and Theory* 16, p. 37-45.

ANNEXE 6

L'expérience britannique

À la fin des années quatre-vingt-dix, le gouvernement britannique a mis en place une politique d'insertion par l'emploi ayant pour objet d'accompagner les populations vulnérables ou les plus éloignées du marché du travail. Cette politique, connue sous le nom de *New Deal*, s'est traduite par l'instauration d'une douzaine

de programmes spécifiques qui sont mis en œuvre par une agence d'Etat jouant le rôle de service public de l'emploi, Jobcentre Plus. L'un de ces programmes cible explicitement les usagers de drogues qui sont engagés dans une démarche de traitement : « Progress2work » (p2w). De portée nationale et doté d'un budget annuel de 20 millions de livres sterling, p2w offre, sans condition d'âge, un accompagnement personnalisé dans l'accès ou le retour à l'emploi, mais aussi des services complémentaires pour agir sur certains obstacles au retour à l'emploi (logement, passif de dettes et amendes). Pour répondre à cette mission, le service public de l'emploi met des travailleurs sociaux à disposition des candidats. Ces travailleurs sociaux sont spécialement formés pour accompagner les publics toxicodépendants. À partir d'une évaluation de sa situation, le bénéficiaire élabore, avec son accompagnateur, un plan d'action personnalisé. La présentation officielle du dispositif, sur le site du gouvernement britannique, est très explicite :

« *Votre correspondant vous soutiendra tout au long de votre traitement si vous en exprimez le besoin. Il vous aidera à trouver la formation dont vous avez besoin pour renforcer vos compétences et votre assurance pour vous permettre de retourner sur le marché du travail. Il vous aidera aussi dans votre recherche d'emploi et dans le processus de candidature. Quand vous aurez trouvé un travail ou bien serez en formation, votre accompagnateur restera en contact avec vous jusqu'à 13 semaines. Il vous soutiendra et vous aidera face aux difficultés que vous pourriez rencontrer durant cette période.* »

Une évaluation partielle du dispositif menée en 2007 a fait apparaître des résultats plutôt positifs en termes de retour à l'emploi, avec une durée moyenne d'accompagnement de 6 mois, mais avec de fortes variations selon les services instructeurs¹.

En conséquence, le plan décennal de lutte contre les drogues 2008-2018 a non seulement inscrit l'insertion par l'emploi comme une priorité, mais la considère comme un des objectifs

majeurs de la prise en charge des usagers de drogues. Toutefois, cet engagement des pouvoirs publics est associé à une ferme volonté de conditionner le bénéfice des allocations chômage à une inscription dans un processus de soin, alors que les démarches étaient jusque-là volontaires. Le secrétaire d'Etat à l'Emploi déclarait ainsi en juillet 2008 : « *Nous proposons une loi pour renforcer l'obligation des gens à travailler, incluant pour les personnes qui ont des problèmes avec le crack, la cocaïne et les opiacés une injonction à prendre toutes les mesures nécessaires pour stabiliser leurs toxicomanie et à s'engager dans un chemin vers l'emploi en contrepartie des aides qu'ils reçoivent* ». De son côté, le plan de lutte contre les drogues précise que « *en contrepartie des allocations et des services, les bénéficiaires auront la responsabilité de s'engager avec succès dans un traitement et vers l'emploi* ». Cette évolution vers un régime de responsabilisation/sanction, qui sous-tend de façon globale la politique de *New Deal*, institue une injonction à se soigner et à travailler. Elle est remise en cause par les professionnels de la prise en charge des addictions (d'autant que l'évaluation de w2p avait justement montré que la nature volontaire du programme renforçait son efficacité)².

1 <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2007-2008/rrep464.pdf>

2 http://www.ukdpc.org.uk/resources/Response_to_NOWO_Oct08.pdf

ANNEXE 7

Rémunérer les publics en insertion ? De l'expérience des compagnons d'Emmaüs à la loi sur le RSA.

Avant la loi de décembre 2008 sur le RSA

Les 120 communautés Emmaüs accueillent environ 4 000 hommes et femmes en difficulté,

dont certains marqués par des parcours d'addiction. Une fois accueillies, ces personnes acquièrent le statut de « compagnon » et sont impliquées dans les activités développées par les communautés : récupération-réparation-vente des meubles, vêtements et autres objets donnés par les particuliers, accueil et logistique des centres d'hébergement d'urgence et des accueils de jour de l'association, ainsi que diverses opérations ponctuelles. En contrepartie de cette activité, elles sont logées, nourries, et reçoivent une allocation hebdomadaire. Cette allocation, d'un montant de 50 euros, qualifiée de « *pécule* » au sein du mouvement Emmaüs, est versée en argent liquide. A ces rétributions en nature ou en argent s'ajoute une aide pour les congés. Les compagnons vivent ainsi de leur travail sans être salariés.

C'est pourquoi ils sont aussi qualifiés de « *travailleurs solidaires* » ou « *travailleurs bénévoles solidaires* ». Ils exercent une activité non salariée au regard du droit du travail : pas de contrat de travail ni de salaire, donc pas de cotisations associées à un salaire et d'ouverture des droits correspondants (URSSAF, CSG/RDS, ASSEDIC, retraite obligatoire et complémentaire).

Ces dernières années, des anciens compagnons ont dénoncé, voire contesté devant les tribunaux, cette situation atypique au regard du code du travail. Un arrêt rendu par la chambre sociale de la Cour de Cassation le 9 mai 2001 a créé une jurisprudence en l'absence de cadre légal et réglementaire au statut des compagnons. Cet arrêt a mis un terme à une procédure engagée par un ancien compagnon qui avait saisi le tribunal des Prud'hommes en 1995, après avoir été exclu de sa communauté alors qu'il réclamait un certificat de travail, une attestation Assedic et un bulletin de paye. Le débat portait donc sur une requalification du compagnon en travailleur salarié, avec contrat de travail. La cour d'appel avait préalablement reconnu l'existence d'un contrat tacite au travers d'un des éléments substantiels du contrat de travail : le lien réel de

subordination entre le « salarié » et la communauté. Elle estimait que le compagnon menait son activité en application de directives données par la communauté. La Cour de Cassation a apporté une autre interprétation en estimant que « *en intégrant la communauté Emmaüs en qualité de compagnon, M. X... Y... s'est soumis aux règles de vie communautaire qui définissent un cadre d'accueil comprenant la participation à un travail destiné à l'insertion sociale des compagnons et qui est exclusive de tout lien de subordination* ». En cassant la décision de la cour d'appel, elle a consacré l'absence de « lien de subordination », nécessaire à l'établissement d'un contrat de travail dans le cadre des communautés Emmaüs. Cette arrêt confirmait la position du groupement Emmaüs : « *Les compagnons sont accueillis, pas embauchés* ».

Après la loi de décembre 2008

L'adoption de la loi du 1er décembre 2008, généralisant le revenu de solidarité active (RSA) et réformant les politiques d'insertion est venue consacrer cette jurisprudence. Elle a en effet inséré dans le code de l'action sociale et des familles un chapitre relatif au « *statut des personnes accueillies dans des organismes d'accueil communautaire et d'activités solidaires* », qualifié « d'amendement Emmaüs ». Le texte précise que « *Les organismes assurant l'accueil et l'hébergement de personnes en difficultés et qui ne relèvent pas des dispositions de l'article L 312-1, peuvent faire participer ces personnes à des activités d'économie solidaire afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Si elles se soumettent aux règles de vie communautaire qui définissent un cadre d'accueil comprenant la participation à un travail destiné à leur insertion sociale, elles ont un statut qui est exclusif de tout lien de subordination* ». Les organismes concernés qui souhaitent appliquer cette disposition doivent être agréés par l'Etat.

Les modalités d'agrément des « organismes d'accueil communautaire et d'activités solidaires »

ont ensuite été fixées par un décret en date du 14 juillet 2009. Ces organismes doivent présenter un dossier argumenté, exposant notamment leur projet social et précisant les « *règles de vie communautaire, les caractéristiques des personnes accueillies auxquelles s'appliquent ces règles, les modalités de participation des personnes accueillies à des activités solidaires, le soutien financier qu'elles reçoivent et, le cas échéant, leur participation financière à la vie communautaire, les conditions dans lesquelles la santé et la sécurité au travail de ces personnes sont garanties, et les autres activités de l'organisme ou du groupement demandeur* ». L'agrément sera délivré par le préfet ou par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'Action sociale, du Travail et de la Sécurité Sociale, si l'organisme apporte un certain nombre de garanties en matière de conditions d'hébergement, d'exercice de l'activité, de soutien personnel, d'accompagnement social et de soutien financier.

Si le débat juridique semble clos depuis, le débat politique sur le statut des compagnons et le nouveau dispositif reste toujours ouvert. Ainsi, Dominic Dickson, un ancien compagnon ayant vécu à la communauté Emmaüs de Saint-Agnant (Charente) de décembre 2008 à janvier 2009, et qui assimile son départ à une situation proche du licenciement, demande lui aussi un certificat de travail et des fiches de paye. Il présente clairement son action comme une volonté d'« éclaircir les conditions de travail des compagnons qui ont un statut qui n'existe qu'à Emmaüs » et dénonce le fait que les nouvelles dispositions législatives n'aient pas fait relever le statut des compagnons du code du travail mais du code de l'action sociale et des familles : « *Tout travail mérite salaire, or ce n'est pas le cas chez Emmaüs et le nouvel amendement n'améliore pas les choses. Au lieu d'exiger l'application du code du travail aux compagnons comme aux autres, il maintient leur statut bâtarde selon lequel ils vivent de leur travail sans être salariés.* »

De son côté, la sénatrice Josiane Mathon-Poinat a posé en juillet 2009 une question au gouvernement, qui est toujours sans réponse. Selon elle, le nouveau statut « empêche de considérer les compagnons en tant que salariés au motif qu'il n'existerait pas de " lien de subordination " nécessaire à l'établissement d'un contrat de travail. Ainsi, les compagnons se retrouvent exclus des droits protecteurs que peuvent leur apporter le code du travail et le statut de travailleur alors même qu'une bonne partie d'entre eux exercent une réelle tâche professionnelle à finalité économique ». Alors que « de nombreux témoignages prouvent que ce statut juridique est un frein à la réinsertion

sociale des compagnons d'Emmaüs et les bloque dans un espace interstitiel entre exclusion totale et (ré)insertion », elle demande donc [au haut-commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté] « de revenir sur ce statut afin que les compagnons d'Emmaüs puissent bénéficier des droits qui leurs sont dévolus en tant que travailleurs ».

Enfin, de façon plus large, certains réseaux militants s'inquiètent d'un risque de dérive de ce nouveau dispositif vers une « exploitation de la misère », voire une « légalisation de l'esclavagisme caritatif » pour la « gestion de l'exclusion ».

Le projet « **Territoires en réseaux
et insertion par l'emploi des usagers de drogues** »,
porté par **Drogues et Société** (Ile-de-France), **Espace** (Centre)
et le **Centre d'Information Régional sur les Drogues
et les Dépendances** (Rhône-Alpes)
est inscrit dans le cadre du programme européen
« **Actions innovantes transnationales** », coordonné par **RACINE**
(Réseau d'Appui et de Capitalisation des Innovations Européennes).
La réalisation de ce projet, tant en matière d'évaluation des besoins
que de repérage de réponses adaptées et de bonnes pratiques,
a conduit à associer dans le cadre de groupes de travail,
visites sur sites ou séminaires, différents partenaires d'autres régions françaises
(Provence-Alpes-Côte d'Azur et Aquitaine)
et différentes organisations locales, régionales ou nationales.

Les porteurs de projet remercient :

la Communauté d'Agglomération de la Plaine Centrale,
le Conseil Général du Val-de-Marne,
la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
du Val-de-Marne,
le Conseil Général du Loiret,
la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales du Loiret,
la Direction Générale des Affaires Sociales,
la Mission Interministérielle
de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie.

