



PROJET 2010 : Pratiques en réseaux pour l'insertion par l'emploi des usagers de drogues

*Partenariats entre professionnels du soin et de l'insertion.
Quels besoins identifiés ? Quelles réponses existantes ?*

Séminaire de Lyon, jeudi 24 juin 2010

Présents :

Groupe de travail :

- Christine Calderon (CCMO Conseil),
- Philippe Lagomanzini (Association Drogues et Société),
- Frédéric Menneret (CIRDD Rhône-Alpes),
- Catherine Miachon (CIRDD Rhône-Alpes)

Participants :

- Jennifer Ambrosioni, CSAPA ANPAA (Rhône)
- Sylvie Bolompion, CSAPA du Griffon, ARIA (Rhône)
- Faroudja Boutahra, Antenne Toxicomanie, CSAPA des prisons de Lyon
- Irène Gouraud, Préfecture du Rhône, MILDT Rhône
- Eric Jayat, Fondation Devenir (Rhône)
- Malik Madoui, Association Rimbaud, CSAPA-CAARUD (Loire)
- Mahadi Mokeddem, CSAPA Lyade, A3 (Rhône)
- Damien Thabourey, ARIA (Rhône)

Excusés :

- Jean-Marc Buttin, Tempo, CSAPA (Drôme)
- Delphine Dargent, Maison du Rhône, RSA
- David Grand, Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE)
- Fabienne Hirtz, Association Résidence (Rhône)
- Carole Maray, ADCAVL (Drôme)
- Jean-Paul Mary, Point Virgule, CSAPA (Isère)

- Thierry Yon, Regain, alcoologie (Drôme)

DEROULE DE LA JOURNEE

9h30 : Accueil

10h-12h30 :

- Présentation des résultats 2009 et projet 2010-2011
- Mise en perspective autour des constats, enjeux, besoins et réponses existants en Rhône-Alpes

12h30-13h30 : pause-déjeuner

1

13h30-15h :

- Reprise des échanges
- Présentation d'expériences locales
- Synthèse et conclusion

SYNTHESE DES ECHANGES

I – Partage d'informations entre professionnels des centres de soin et professionnels de l'insertion – Les modes de partenariat en question

L'association Rimbaud, CSAPA basé à Saint-Etienne, a porté pendant plusieurs années un service Emploi pour les usagers de sa file active. Ce service a ensuite été externalisé vers le secteur de l'Insertion par l'Activité Economique (IAE), en particulier vers la structure Tremplin 42, afin d'aider les usagers à rejoindre les dispositifs de droit commun. Le partenariat mis en place s'est confronté à la question du partage des informations entre professionnels du soin et de l'insertion et a été contraint de s'arrêter.

Tout en soutenant que le contenu de l'information médicale, comme pour tout citoyen, est protégé (un employeur ne peut pas demander à un médecin le motif d'un arrêt maladie), cette fin du partenariat interroge le mode de communication d'informations à caractère privé à organiser entre professionnels. Faut-il tout dire? Faut-il ne rien dire? Quelles informations partager entre professionnels? Pour quoi faire? Quel est le critère d'utilité de l'information à faire circuler? Quels sont les garanties à défendre?

Par ailleurs, communiquer en tant que professionnel du soin nécessite-t-il de dire d'où l'on parle, au risque de stigmatiser l'utilisateur vis-à-vis d'un employeur potentiel? En évoquant le rattachement au



secteur de l'addictologie, on indique d'emblée la problématique de l'utilisateur accompagné. Cette difficulté est d'autant plus forte dans un contexte d'écrémage des publics reçus par le secteur de l'IAE qui a ses propres contraintes de survie économique. Deux positionnements apparaissent alors pour les professionnels du soin : soit le professionnel assume son rattachement et « joue cartes sur table » en vue de renforcer le lien de confiance avec le professionnel de l'insertion dans l'accompagnement de l'utilisateur ; soit il ne l'assume pas et peut le masquer afin de ne pas desservir l'utilisateur par l'image socialement négative du « toxicomane ».

Sans s'arrêter au fait que certains professionnels spécialisés en toxicomanie peuvent parfois se cacher derrière le cadre anonyme et gratuit des espaces de soins, dans un sentiment pouvant être perçu comme de la toute puissance, il apparaît déterminant d'ouvrir **des espaces d'échange et de partage qui facilitent la traduction des informations d'une professionnalité à l'autre, d'un secteur à l'autre.**

Tout en différenciant les espaces d'accompagnement sans les cloisonner, et afin de garantir la cohérence du suivi de la personne toxicodépendante, l'enjeu du partenariat entre les secteurs du soin et de l'insertion porte par conséquent sur ces **espaces intermédiaires** à mettre en place qui favorisent la rencontre entre des pratiques professionnelles différentes et qui transforment progressivement les représentations liées aux addictions.

Enfin, de manière plus globale, les professionnels de l'insertion sont plus en demande d'informations générales sur les phénomènes d'addiction, qui les aident à **mieux se positionner** dans la relation, plutôt que des informations personnelles sur les usagers reçus. L'enjeu est bien en ce sens de soutenir l'insertion comme un levier de soin dans le parcours de la personne toxicodépendante.

II – Parcours carcéral et sortie de prison : quels liens soin-insertion ?

L'accompagnement vers l'insertion socioprofessionnelle se fait, grâce à l'équipe de l'Antenne Toxicomanie, CSAPA des prisons de Lyon, en amont de la sortie. Concernant les personnes toxicodépendantes, **l'insertion** est travaillée **comme un outil ou un levier du soin** centré sur le sujet.

En ce sens, l'accompagnement de l'équipe est ajusté selon le profil de la personne et ses potentiels repérés, toujours à partir d'un **regard positif** qui la considère dans toute sa réalité comme « insérable ». L'équipe de soin évite ainsi de s'enfermer dans une « médicalisation » de la relation de soin, au sens où la personne n'est pas figée dans une seule identité de toxico-dépendance, mais resituée dans son positionnement social et citoyen.

Un programme de remobilisation est actuellement en place qui prépare l'accès au soin ou sa poursuite et aux dispositifs de droit commun : des ateliers thématiques (juridique, etc.), des groupes



de parole, ainsi que l'obtention du certificat PSC1 (Prévention et secours civiques de niveau 1) sont autant d'outils qui renforcent et font valoir les **habilités personnelles** et le sentiment d'**utilité sociale** (faire pour soi et pour les autres).

Ce travail d'accompagnement doit toutefois prendre en compte plusieurs niveaux de contrainte : outre un contexte général qui tend à réduire le soin en addictologie à une dimension uniquement médicale, l'équipe doit tenir compte du contexte proprement carcéral particulièrement sécuritaire. La prison est décrite comme un lieu déréalisant dans lequel les déplacements des détenus sont organisés surtout pour les activités rémunérées et où les activités de socialisation (ex : groupes de parole) peuvent apparaître comme des activités « concurrentielles ». Les entreprises privées qui font travailler les détenus exigent en effet leur « contingent » de main d'œuvre à fournir. Dans ce contexte, la mise en place des Etablissements à Réinsertion Active interroge sur la façon dont peuvent être accompagnés les détenus les plus en difficulté. Comment éviter la dichotomie entre les « bons » détenus « employables » et les « mauvais » détenus « non-employables » ?

Du côté de la sortie, la fondation Devenir, par la voix d'Eric Jayat, œuvre à la construction d'un CHRS pour les sortants de longues peines (plus de quinze ans). D'une capacité de vingt places et basé à Tassin, ce CHRS pourra accueillir des personnes entre 18 et 24 mois, dans le cadre d'une contractualisation et d'un accompagnement souple avec les résidents.

Ce projet innovant qui doit voir le jour en 2011 proposera cinq formations aux résidents : le BTP, les espaces verts, la restauration-hôtellerie, le maraîchage et l'aide à la personne. Un travail de démarchage d'entreprises est en cours afin d'offrir des possibilités de débouchés professionnels.

La question de l'employabilité se pose différemment qu'en maison d'arrêt. Elle requiert en effet un effort soutenu (et trop peu développé en France) qui repose sur quatre axes : le logement, l'emploi, l'accès aux droits et, sans doute le plus important, la reconstruction sociale de la personne. Dans ce projet, se pose la question de savoir comment prendre en charge les problèmes de toxicodépendance. Faut-il un professionnel spécialisé dans l'équipe ? Que faut-il externaliser ? Comment prendre en charge la dimension problématique de la dépendance sans que la structure d'hébergement ne se transforme en centre de soin ?

La question de « l'échec » dans l'accompagnement : tout en considérant qu'il peut faire partie du parcours de vie de l'utilisateur, se pose la question de la manière dont on peut justifier une rupture dans l'accompagnement vis-à-vis des tutelles qui tendent à avoir une lecture de plus en plus « comptable » des actes et des résultats atteints. Il faut rappeler que les professionnels ne sont pas comptables de la réussite du parcours de la personne qui reste le sujet de son parcours ; ils ont en cela une obligation de moyens mais pas une obligation de résultat. L'évaluation à produire doit alors porter sur le **processus d'accompagnement**, avec une valorisation des **étapes intermédiaires**, et les outils ou supports mobilisés, plutôt que sur l'impact de l'accompagnement dont on ne peut mesurer l'efficacité que sur un temps long.



III – Repérage d’expériences articulant soins et insertion en Rhône-Alpes

L’Association Régionale Insertion et Addictions (ARIA) gère plusieurs structures et services dont un CSAPA (fusion de l’ancien CSST APUS et du CCAA d’A.I.D.E.S Alcool). Son inscription dans le dispositif RMI dès la fin des années 1980 (instructeur et référent), puis sa sortie en juin 2009 au moment du passage au RSA, l’a conduit à passer une convention avec le conseil général pour permettre aux référents RSA d’orienter les allocataires présentant des besoins d’accompagnement de soin en addictologie vers son équipe.

Cette convention s’inscrit dans le cadre des « actions complémentaires » du dispositif RSA qui visent à soutenir, dans une logique d’aide aux aidants, les pratiques des référents sur des thématiques spécifiques, dont la Santé fait partie. Elle permet aux professionnels de s’appuyer sur des compétences spécialisées sur la dépendance et les pathologies associées au sein du centre de soin favorisant ainsi une passerelle vers la prise en charge sanitaire des addictions.

Une infirmière a été recrutée sur un 0,5 ETP pour assurer les liens de partenariat avec les référents RSA et le premier accueil des personnes orientées. L’accompagnement se structure avec l’équipe de soin (médecin, éducateur et psychologue). Lors d’un premier temps, elle a présenté la convention à l’ensemble des services RSA de l’agglomération lyonnaise puis a reçu progressivement les premiers allocataires courant 2009. La convention a été reconduite en 2010 pour vingt places financées sur quatre mois, soit une soixantaine de personnes.

L’infirmière a relevé un certain nombre de **besoins** exprimés par les référents RSA (répartis en référence sociale et référence socio-professionnelle) qui soulignent la nécessité d’une plus grande articulation soin/insertion sur le thème des addictions :

- Leur difficulté à ajuster leur pratique quand il s’agit de mieux situer avec l’allocataire la place de ses consommations de produits dans sa trajectoire. Comment se mobiliser face au « déni » ? Comment engager le dialogue ? A quelles conditions ? Quand et comment orienter vers une prise en charge spécialisée ? Pour quoi faire ?
- La nécessité de maintenir la question de l’accès et du maintien à l’emploi sans que la prise en charge sanitaire ne prenne toute la place. Comment maintenir ensemble deux espaces d’accompagnement si l’usager allocataire n’en investit qu’un seul ?

Au regard de ces besoins, le nouveau cadre d’intervention d’ARIA permet de déduire plusieurs **enjeux** pour son CSAPA :

- Différencier clairement le cadre du centre de soin basé sur une démarche volontaire de l’usager de drogues (« anonyme et gratuit ») et le cadre de la référence RSA basé sur la contractualisation et la contrainte possible ; ceci d’autant plus que, à l’époque du RMI, les nouveaux allocataires qui étaient envoyés vers l’APUS pour un suivi RMI ne comprenaient pas toujours pourquoi ils se retrouvaient dans un CSST (sans en être toujours prévenus au préalable).



- Maintenir un équilibre entre la dynamique de soin et la dynamique d'insertion sans que l'une n'efface l'autre. Autrement dit, articuler les compétences de soin et d'insertion de manière à éviter tout cloisonnement des pratiques et des axes de l'accompagnement de la personne.

Pour y répondre, l'ARIA projette de monter avec le soutien de la MILDT du Rhône un groupe de travail qui réunirait les professionnels des deux secteurs.

Dans la même logique, l'ANPAA 69 anime depuis plusieurs années deux groupes ressources sur les villes de Villefranche sur Saône et de Givors, ouverts aux acteurs du médico-social. Ils permettent à la fois d'analyser les situations difficiles, de travailler au renforcement des compétences dans l'accompagnement des usagers et de faire ainsi évoluer les représentations sur les addictions. Cet espace d'échange favorise aussi les nouvelles collaborations et permet de renforcer les logiques de réseau.

L'association Rimbaud, pour sa part, prépare l'ouverture d'une communauté thérapeutique dans la Loire, en étudiant les possibilités de s'inscrire dans le tissu socio-économique. L'objectif est double : il est à la fois d'apporter une vitalité supplémentaire à la communauté rurale et de participer d'un changement de regard à l'égard de la participation sociale des personnes toxicodépendantes. L'association projette de mener une étude de repérage des bassins d'emploi, en vue notamment de développer des formations sur le développement durable. 14 places sont prévues à ce jour. La régulation des relations entre les résidents et les habitants pourrait se faire dans le cadre du conseil de vie sociale qui serait ouvert à ces derniers. La question de savoir s'il y aura une personne de l'équipe dédiée à l'insertion ou bien si tous les professionnels référents d'un usager seront impliqués dans le suivi d'insertion, n'est pas encore tranchée.

