



4<sup>e</sup> Journées nationales de la Fédération Addiction  
12 et 13 juin 2014 à Nantes

## **Atelier n°10 : comment favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation d'addiction ?**

Intervention de Philippe Lagomanzini et Christine Calderon,  
Drogues et Société 94

### **Philippe Lagomanzini**

Drogues et Société a été fondée, en 1985, sur l'initiative de collectivités locales. L'enjeu pour la ville de Créteil et les autres communes du Val-de-Marne qui se sont ensuite associées à la démarche était, en partie bien sûr, de répondre aux besoins d'accompagnement d'usagers de drogues vivant en situation d'exclusion. Mais il s'agissait également de réduire les nuisances attribuées à leur présence, d'aider les habitants à faire face à la panique engendrée par l'apparition du sida et de soutenir les acteurs sociaux dans les difficultés qu'ils rencontraient avec ces publics. Nous avons accepté le défi. L'essentiel de notre travail a d'abord été la mise en place de temps et d'espaces de médiation entre les habitants, les acteurs sociaux et les usagers. L'objectif était de rechercher collectivement des réponses aux difficultés que chacun rencontrait et de parvenir à une meilleure tolérance envers les usagers, afin de faciliter leur insertion sociale et la reconnaissance de leurs droits. Différents groupes de travail ont alors été mis en place, dans une logique de santé communautaire, avec des acteurs tels que les gardiens d'immeubles, la circonscription d'action sociale, des pharmaciens, les services pénitentiaires d'insertion et de probation, etc. et avec la participation d'usagers et de parents d'usagers qui s'étaient constitués en groupes d'auto-support.

Le centre de soins a ainsi été créé à partir d'un très large partenariat local et de la mise en complémentarité de différentes ressources institutionnelles existantes, ce qui a permis l'accès des usagers à des réponses de droit commun : aide sociale, hébergement, loisirs, etc. La grande précarité dans laquelle vivaient les usagers ne permettait généralement pas leur orientation vers les dispositifs de soins spécialisés ancrés alors, pour leur grande majorité, dans une approche psychologique et fondée sur l'abstinence. Les orientations en postcure se soldaient, la plupart du temps, par une exclusion du fait de re-consommations. Nous avons appris à privilégier les séjours en lieux de vie ou en famille. Les re-consommations étaient souvent mieux gérées et pouvaient se réguler dans un cadre plus informel.

Ceci pour vous dire que la question de l'insertion, et ce qu'elle implique en matière d'accompagnement de l'utilisateur dans la reconstruction de multiples liens avec le social et son propre environnement, a été à l'origine de la démarche de Drogues et Société ; et qu'elle l'est encore aujourd'hui, comme un préalable incontournable.

En 1995, nous avons pu enfin commencer à prescrire et délivrer des traitements de substitution. Les usagers nous ont interrogés sur ce qu'ils pourraient bien faire de leurs journées devenues si longues depuis qu'elles n'étaient plus exclusivement consacrées à rechercher de l'argent, puis des produits, puis de l'argent, puis des produits... Beaucoup étaient très éloignés de l'emploi, encore très mal stabilisés dans leur traitement et n'avaient guère connu que l'échec scolaire, de longs parcours d'incarcération entrecoupés de périodes d'errance.

Nous avons donc rapidement mis en place un dispositif de remobilisation, redynamisation avec l'aide du PDI CG 94 qui a financé un mi-temps d'intervenant spécifiquement dédié à l'animation de ce

dispositif. Des ateliers d'écriture, de théâtre, de découverte culturelle, de remise à niveau en orthographe, etc. ont ainsi été proposés, à raison d'une quinzaine d'heures hebdomadaires, avec l'aide d'artistes et d'intervenants extérieurs, à une quinzaine d'usagers par an, jusqu'en 2010. Les participants, pour beaucoup allocataires du RSA ont pu bénéficier d'une allocation complémentaire de 250 euros versée par le CG 94. Cela renforçait les motivations.

Les premiers résultats ont été très intéressants en termes de renforcement des capacités d'écoute de l'autre, de communication, de participation à un projet collectif, de découverte de compétences et de savoir-faire, de reconstruction d'une meilleure estime de soi.

L'absentéisme était évidemment relativement important et les périodes de consommation collective étaient assez fréquentes. L'avantage était qu'elles étaient très visibles et que nous pouvions en parler. L'angle d'attaque, pour les participants comme pour l'équipe, était que ces consommations confrontaient le groupe au risque de mettre en échec ses propres projets collectifs. Nous parvenions ainsi à une meilleure régulation.

Mais les résultats de l'action en matière d'accès effectif à l'emploi ont longtemps été quasiment nuls. J'ai mis tout aussi longtemps à comprendre que nous étions inquiets autant que les usagers face à cette perspective pourtant clairement posée comme un objectif du dispositif, selon les termes de la convention signée avec le PDI. Nous préférons, en fait, les voir passer leurs journées dans la salle d'attente car nous avons du mal à envisager le travail qui nous attendait lorsque nous devrions les aider à gérer les multiples difficultés qu'ils pourraient rencontrer en termes d'adaptation au monde du travail : horaires, relations à une équipe et à une hiérarchie, etc.

A partir de 2000, notre expérience s'est considérablement enrichie. La candidature que nous avons déposée dans le cadre d'Equal, programme européen de lutte contre les discriminations face à l'emploi, a été retenue. La raison majeure de notre succès était que la Communauté Européenne avait inscrit les usagers de drogues parmi les publics cible de ce programme, au même titre que les seniors ou les migrants. Nous étions les seuls français à avoir déposé un projet concernant ces publics. Les italiens, les belges, les portugais, etc. étaient plus d'une centaine à déposer des projets à partir de partenariats entre soin et insertion. Le cloisonnement entre soin et insertion apparaissait bien français.

L'opportunité que nous avons alors eue de découvrir, par des échanges et des visites sur sites, d'autres réalités européennes nous a permis de savoir que de nombreux autres états avaient mis en œuvre des politiques publiques spécifiques pour la formation et l'emploi des usagers de drogues. Je ne décrirai pas ici ce que vous pouvez lire dans les publications que vous trouverez, si vous en avez envie, sur le site [addictioninsertionemploi.net](http://addictioninsertionemploi.net), qui retrace l'ensemble de notre démarche, sur une dizaine d'années. Je ne soulignerai que l'impact de ce que nous avons appris, sur trois points :

- Les décideurs locaux (Services Politique de la Ville, PDI) qui ont été associés à nos visites ont été intéressés par ce qu'ils ont vu en Italie ou au Portugal. Ils ont mobilisé, à leur retour, les responsables d'entreprises d'insertion de notre territoire pour que des partenariats entre eux et nous s'organisent ou se renforcent. Cela fonctionne bien mieux aujourd'hui, en termes d'accès à l'emploi pour les usagers. Le dispositif a d'ailleurs été modifié pour laisser la place à plus d'accompagnement individualisé et à l'élaboration de projets d'insertion tout à fait concrets. Le nombre et la fréquence des ateliers collectifs ont été réduits.
- Notre positionnement s'est renforcé quant au fait que l'objectif devait être celui de la reconnaissance des droits de citoyenneté et de participation sociale des usagers, parmi lesquels le droit de travailler, afin qu'en aucun cas, notre démarche ne puisse alimenter certaines tendances à envisager l'obligation de travailler. Certaines politiques publiques récemment mises en œuvre (comme en Grande-Bretagne, par exemple) envisagent, en effet, de conditionner l'attribution de minima sociaux à la recherche effective d'un emploi ou à l'exercice d'une activité d'utilité publique.

- Nous avons pu sensibiliser certains décideurs nationaux, la DGCS et la MILDCA, aux résultats se dégageant des conclusions du programme Equal et à la définition de nouvelles perspectives pour une nouvelle participation à un programme européen transnational : « Compétitivité régionale et emploi ».

Le constat était qu'il semblait ne rien se passer en France, en matière d'aide à l'insertion par l'emploi des usagers de drogues. Il s'agissait de le vérifier. Un comité de pilotage s'est constitué autour de Drogues et Société et de CCMO Conseil. Nous avons confié l'accompagnement de l'ensemble de l'opération à Christine Calderon et à Olivier Maguet. Ils avaient déjà participé à l'analyse transnationale des résultats observés dans le cadre d'Equal. Ce comité a associé : la DGCS, la MILDCA (déjà évoqués), la Ville de Paris, la Ville de Marseille, le Conseil Général du Val-de-Marne, les CIRDD Bretagne et Rhône-Alpes, le Centre Espace de Montargis, le CMSEA de Moselle, le CSAPA les Wads, le CEID Aquitaine, la FNARS, l'AFR et la Fédération Addiction.

Des séminaires, des visites sur sites, des stages et des groupes de travail associant acteurs du soin et de l'insertion, d'autres stages associant des usagers, des conférences associant des partenaires belges, allemands, luxembourgeois et portugais, ont permis de 2010 à 2012, de recueillir les témoignages de près de trois cent personnes, sur sept régions de France. L'ensemble de la démarche s'est développée dans une logique de recherche-action, donnant à voir ses avancées, les mettant en question et les vérifiant au fil des temps de regroupement. De la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique. Et avec l'effet « Boule de neige » d'une pensée collective se construisant et d'un réseau se constituant.

Car nous avons pu constater qu'il se passait, en fait beaucoup de choses. Et nous n'avons eu le temps et les moyens de ne nous intéresser qu'à sept régions. Rien de ce que nous avons vu et dont nous parlera maintenant Christine Calderon, n'avait été jusqu'alors l'objet de publication, d'analyse ou de rapport d'activité... comme si en France, le soin devait constituer la seule voie de sortie d'usages problématiques de drogues ; ce qui pèse comme une lourde chape de plomb sur toutes les autres voies possibles. Il faut élargir la palette de ce que nos structures peuvent proposer.

## **Christine Calderon**

La question de l'emploi n'a pas eu le même traitement ni la même place en termes de revendications militantes et politiques dans le champ de la réduction des risques, ce qui ne signifie pas une absence totale de réflexion et d'attention portée à ce sujet. L'accent a, historiquement, été porté sur l'accès aux soins et l'accès aux droits, la citoyenneté, peu sur le droit au travail. Même si cette dimension est présente dans les structures spécialisées, elle est peu visible, peu lisible, peu valorisée dans les rapports d'activité.

Si les efforts ont été largement consacrés à améliorer l'accès aux soins, aux outils de prévention et aux traitements de substitution, cette démarche, une fois engagée, pouvait laisser entendre que nous considérions qu'un projet de soin s'apparentait à un projet de vie, ce qui serait impensable pour nous-mêmes !

Dans le passé, nombreux sont les usagers qui ont intégré les programmes, en tant que bénévoles ou salariés, et ont été les premiers acteurs de la Réduction des Risques, dans une alliance forte avec les professionnels du soin. Leur insertion a été pour certains un tremplin débouchant sur des emplois pérennes et l'accès à une formation diplômante ; pour d'autres, le parcours a été difficile du fait de leur trop grande proximité à l'usage, et notre incapacité à les autoriser à déposer une parole autour de leurs consommations.

L'insertion nous oblige donc à changer notre regard sur les usagers qui fréquentent les CAARUD et les CSAPA quand ils expriment l'envie et leur volonté de retrouver un emploi.

Un des principaux enseignements de ce que nous avons observé dans le cadre de ce projet européen est de ne pas poser le soin comme un préalable à l'emploi. En effet, nous avons constaté que l'accès à

l'emploi participe à une meilleure régulation des consommations, permet une plus grande stabilité dans le traitement, stabilité qui n'est pas linéaire, qui peut être fluctuante, où une reprise de consommation n'est pas toujours synonyme d'une rechute. En cela, la stabilisation relève davantage d'une dynamique sur la recherche d'un équilibre, qui nécessite des réajustements qui sont à envisager en concertation avec le médecin, au regard de la situation exposée par le patient. Marc-Henri Soulet, professeur de sociologie à l'université de Fribourg, dans un article dit : « La gestion de la consommation n'est pas synonyme d'immobilisme, le soutien repose sur une politique des petits pas et des cheminements graduels. Il ne s'applique pas sur une logique de l'escalier qui scande des périodes prédéfinies, mais sur celles de transitions discrètes et singulières qu'il s'agit justement de reconnaître et de soutenir ».

Soutenir l'accès à l'emploi des usagers et le maintien dans l'emploi implique donc un changement de représentations à la fois du côté des professionnels mais également du côté des usagers eux-mêmes.

En effet, bon nombre sont les usagers qui, au fil du temps, ont intégré le statut de « patient », en se présentant comme « demandeur de soin ». Ils ont souvent une estime basse d'eux-mêmes, ont intériorisé le sentiment d'une incapacité à travailler du fait de multiples échecs, et n'ont pas conscience de leurs capacités et de leurs compétences.

Dans le cadre du projet européen, nous avons rencontré l'association Lire la Ville à Marseille, qui utilise le récit de vie pour aider les personnes à reconnaître leurs propres savoirs faire, pour travailler ensuite à la construction d'un projet professionnel au plus près de ce qui les caractérise. Chantal Deckmyn, directrice de l'Association, lors de son intervention à la conférence de clôture du projet nous disait : « Toute personne ne cesse d'accumuler des savoirs depuis sa naissance. En 35 années, je n'ai, pour ma part, jamais rencontré de personne non qualifiée. Ou alors il faut dire "non qualifiées" dans le sens où nous ne savons pas comment les qualifier ».

Concernant les professionnels, ils peuvent penser que les usagers ne sont pas prêts à s'inscrire dans une démarche d'insertion au motif qu'ils ne sont pas suffisamment observants dans leur traitement, qu'il faut donc attendre qu'ils soient stabilisés avant de s'engager dans une recherche d'emploi.

Parmi les différentes rencontres que nous avons pu faire au cours du projet européen, je citerai deux exemples qui montrent la nécessité de travailler à l'adaptation du cadre pour éviter que l'utilisateur se retrouve en situation d'échec ou pénalisé dans son parcours d'insertion :

- un CSAPA hospitalier parisien a mis en place un projet d'insertion, où parmi les critères d'accès au dispositif, il fallait attester d'une année d'abstinence ; certains usagers ont rechuté au moment d'accéder à l'emploi et ce pour un certain nombre de raisons, parmi lesquelles un accompagnement plus à distance car l'équipe n'était pas en capacité de poursuivre un accompagnement en proximité, mais également un stress et une appréhension à vivre l'expérience du travail
- au Portugal, le Programme Vie emploi a exclu un usager du dispositif au motif de sa consommation, et le chef d'entreprise qui l'employait l'a maintenu dans l'emploi car il était satisfait de son travail.

Les professionnels sont donc embarrassés par la consommation, ont le sentiment d'être intrusif lorsqu'ils interrogent les usagers ou leur font part de leurs soupçons, pensant aussi que cela appartient à l'utilisateur, voire encore que l'utilisateur est dans le déni de sa consommation ; ou qu'il ne sert à rien d'aller vérifier ce qui se voit, à savoir que l'utilisateur consomme ; que cela peut nuire à la relation ; etc.

Or il ne s'agit pas de tout savoir, il s'agit le plus souvent de rassurer, de soutenir et de répondre aux inquiétudes, de trouver des alternatives lorsque la consommation vient faire obstacle à un parcours d'insertion, de faire une pause dans l'accompagnement, de comprendre ce qui se joue pour l'utilisateur, etc.

Nous avons été toutefois surpris de constater que, si les professionnels constataient que les patients allaient mieux, semblaient stabilisés dans leurs traitements, plus soucieux de leur apparence, qu'ils

honorait leurs rendez-vous, ils ne le partageaient pas avec eux et n'en faisaient pas mention non plus dans leurs rapports d'activité.

L'évolution des représentations impacte donc sur les pratiques professionnelles à la fois individuelles et collectives, qui peuvent conduire à s'orienter vers de nouvelles modalités d'accompagnement, un engagement plus en proximité, un investissement qui peut parfois aller au-delà du cadre de travail habituel.

Entendre une demande dans sa globalité et sa complexité implique donc, pour le professionnel, de ne pas rester seul dans l'accompagnement et de se situer dans un ensemble de réponses pluridisciplinaires.

De plus, un professionnel peut, en se décentrant, repérer et soutenir les dynamiques et, au-delà de son champ de compétence, accueillir et soutenir la demande, sans la renvoyer d'emblée à un collègue ou l'orienter vers une autre structure dont c'est le champ de compétence.

L'accompagnement vers l'insertion permet :

- de renforcer et consolider la démarche de soin
- de prendre de la distance par rapport à la consommation et à son groupe de pairs,
- d'avoir une occupation, de se sentir utile et reconnu
- de renouer des liens avec ses proches ou les membres de sa famille

A ce titre, une réflexion devrait être engagée sur les critères de suivi afin de mieux qualifier ce que cet accompagnement aura permis, de percevoir plus finement les étapes, les obstacles, ce qui a facilité l'accompagnement, et enfin de le valoriser dans les rapports d'activité.

## **Philippe Lagomanzini**

Je rebondirais rapidement sur quelques points du propos de Christine Calderon qui questionnent fortement, selon moi, nos pratiques de soignants.

Nous ne sommes pas en capacité d'évaluer précisément les compétences et l'employabilité des usagers fréquentant nos structures.

Il nous faut établir des partenariats avec le champ de l'insertion et ouvrir les portes de nos services aux professionnels de ce champ. Les usagers peuvent se présenter alors autrement qu'en seuls demandeurs d'aide et de soin. Nous avons eu plusieurs témoignages en ce sens, au Centre Pierre Nicole ou au CEID de Bordeaux, par exemple.

Mais pour ce faire, il nous faut aussi tenter de réduire notre tendance de soignants à surplomber d'autres professionnalités. Critique qui nous est faite par les acteurs de l'insertion. Le dispositif de soins spécialisés s'est longtemps positionné comme le seul habilité à intervenir auprès des usagers de drogues.

De nouveaux critères et indicateurs sont nécessaires pour mieux évaluer les besoins des usagers en termes de formation et d'emploi ainsi que nos pratiques et les partenariats que nous pouvons établir en ce domaine. L'Institut portugais des Drogues et des Toxicodépendances a élargi, en ce sens, les critères d'évaluation des centres de soins, allant même jusqu'à y intégrer des critères relatifs à ce qu'il en était de la gestion des temps libres.

Le soin n'est pas un préalable incontournable à l'élaboration d'un projet d'insertion professionnelle. L'aide à l'insertion peut renforcer un projet de soins et favoriser la régulation de consommations problématiques.

Robert Castel, dans son ouvrage « Les sorties de la toxicomanie » soulignait déjà que la plupart des études qui se sont attachées à ce problème sont d'inspiration médicale ou médico-psychologique et

mettent l'accent sur le rôle des professionnels et des institutions spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes. Il constatait aussi que tous les toxicomanes n'ont pas affaire à des institutions spécialisées et que même lorsqu'ils y ont recours, il n'est pas évident que le travail thérapeutique soit l'élément déterminant de la sortie. Il n'y a pas de voie royale pour guider cette sortie qui peut mobiliser des ressources très différentes, qu'il s'agisse de recours institutionnels, de supports sociaux (milieu familial, professionnel, amical, de voisinage) ou de moyens et capacités individuels.