

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles



La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie



Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

Ce document a reçu l'avis favorable du Comité d'orientation stratégique
et du Conseil scientifique de l'Anesm. Décembre 2009

<i>Présentation générale</i>	5
1. Introduction	6
2. Les objectifs et les destinataires de la recommandation	6
3. Méthode de production de la recommandation	7
4. L'addictologie, nouvel acteur du secteur médico-social	8
4.1 Les établissements et leurs missions	8
4.2 Le rôle historique des réseaux et groupements d'usagers et anciens usagers	10
5. Le champ de la recommandation : la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement	11
6. Les principales notions utilisées	11
6.1 De quels « usagers » parle-t-on ?	11
6.2 Qu'entend-on par « participation » ?	12
6.3 Où, quand et de quelle manière s'exerce la participation des usagers ?	12
6.4 Qu'entend-on par participation au fonctionnement de l'établissement ?	13
 <i>I Enjeux et principes directeurs</i>	 17
1. Les enjeux de la participation	18
1.1 Une occasion pour les usagers d'exercer leurs droits et d'expérimenter des règles sociales	18
1.2 La qualité des prestations s'en trouve accrue	18
1.3 Les usagers renforcent leurs compétences sociales	18
1.4 Les usagers trouvent matière à renforcer l'estime de soi	19
2. Les principes directeurs	19
2.1 Toutes les activités de l'établissement sont concernées	19
2.2 La participation plus active, si les formes de participation sont diversifiées	20
2.3 La participation se met en place si elle est soutenue institutionnellement	21
2.4 La participation relève d'un droit	22
2.5 Etre pragmatique dans la mise en œuvre	22

<i>II Mise en œuvre concrète de la participation des usagers</i>	<i>25</i>
1. Les conditions qui facilitent la participation	26
1.1 Une réflexion générale préalable	26
1.2 Mettre en place une information continue	29
1.3 Soutenir les usagers	29
1.4 Former professionnels et administrateurs	30
1.5 Organiser le travail	30
1.6 Une place pour les associations d'entraide et d'autosupport	30
1.7 Un espace dédié aux usagers	31
2. La mise en place d'un groupe participatif	32
2.1 Participation directe ou indirecte ?	32
2.2 Le mandat représentatif : des représentants élus ou désignés	33
2.3 Assurer un bon démarrage	34
2.4 Modalités pratiques de fonctionnement	35
2.5 L'animation	42
2.6 La dynamique participative et la pérennisation du groupe : retours et suites	44
2.7 Les dérives possibles, les pratiques à recommander	49
3. La construction et l'utilisation des supports de la participation	49
3.1 Les enquêtes et les questionnaires	50
3.2 Les autres supports de la participation	53
<i>III Eléments pour l'appropriation de la recommandation</i>	<i>55</i>
1. La démarche générale	56
2. Le forum de questions	56
<i>Annexes</i>	<i>63</i>
Annexe 1 - Cadre juridique de la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement	64
Annexe 2 - Principales informations quantitatives de l'enquête par questionnaire	72
Annexe 3 - Principaux éléments bibliographiques	76
Annexe 4 - Entretiens effectués et sites visités	87
Annexe 5 - Principaux sigles	88

Equipe projet de l'Anesm

- **Mireille BERBESSON**, chef de projet
- **Maud MOREL**, chef de projet junior
- **Carole AUBRY**, chargée d'études
- **Patricia MARIE**, documentaliste
- **Claudine PARAYRE, Fabienne DUBUISSON**, successivement responsables du service Pratiques professionnelles

Groupe de travail

- **Christian BEAUTIER**, directeur de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) 40, Landes
- **Catherine BELLET**, infirmière, centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) du centre hospitalier du Havre (CH2A), Seine-Maritime
- **Alain CALLÈS**, Mouvement Vie Libre, Seine-Saint-Denis
- **Pierre CHAPPARD**, chef de projet, Auto support des usagers de drogues (Asud), Paris
- **Pascal FRAICHARD**, délégué régional Paca, SOS Drogue international, Marseille, Bouches-du-Rhône
- **Delphine JARRAUD**, adjointe à la direction des activités, siège national, Anpaa, Paris
- **Sabine JOFFRE**, chef de service au Csapa du centre hospitalier intercommunal des Portes de l'Oise, Val d'Oise
- **Christophe JONCART**, éducateur spécialisé, centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), Cap 14, Anpaa 75, Paris
- **Maria-Giovanna LABORI-TEI**, CCAA Cap 14, Anpaa 75, Paris
- **Corinne MORGAN**, assistante sociale, centre de soins Charonne, Paris
- **Fabienne POURCHON**, travailleur social, centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud) - Emergences, Seine-et-Marne
- **Valère ROGISSART**, directeur de Sida Paroles, Colombes, Hauts-de-Seine
- **Éric SCHNEIDER**, formateur Accès 13, Marseille, Bouches-du-Rhône
- **Xavier SOULAN**, psychologue, comité d'étude et d'information sur la drogue (CEID), Bordeaux, Gironde
- **Marc TUAL**, Alcool Assistance la Croix d'Or, Loire-Atlantique
- **Marie VILLEZ**, directrice du Cèdre Bleu, Lille, Nord, membre du Comité d'orientation stratégique (Cos) de l'Anesm représentant l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (Anitea) et la Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)

Groupe de lecture

- **Maryse BASTIN**, administratrice Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), directrice, foyers éducatifs Société Lyonnaise pour l'enfance et l'adolescence (SLEA), Lyon
- **Claude COQUELLE**, psychosociologue, Nantes
- **Charles COURNAULT**, directeur, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) La Métairie, La Roche-sur-Yon
- **Jean-Pierre COUTERON**, président, Anitea, Paris
- **Marie-Hélène DÉCHAUX**, direction générale de l'Action sociale (DGAS), Paris
- **Alain EPELBOIN**, CNRS-MNHN, collège scientifique, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis
- **Sylvie FAUGERAS**, directrice, Société protectrice de l'enfance en Gironde (Speg), Bordeaux
- **Thomas GENTIL**, vice-président, Anpaa 84, Avignon
- **Véronique GHADI**, sociologue, Paris
- **Maurice GOLDRING**, administrateur, association Ego, Paris
- **François MOUREAU**, président, Alcool assistance la Croix d'Or, Paris
- **Bernard PELLÉ**, infirmier DE et DUA, malade abstinant, président, association Gérard Saunier « Vivre heureux sans alcool » (VHSA), le Havre
- **Nicolas PRISSE**, médecin de santé publique, direction générale de la Santé (DGS), Paris
- **Jean-Louis REYNAL**, directeur, Association soutien Dordogne, Périgueux, membre du Comité d'orientation stratégique de l'Anesm représentant la Fnars
- **Christian ROSSIGNOL**, directeur des activités, siège national, Anpaa, Paris
- **Abdalla TOUFIK**, sociologue, responsable du pôle européen et international, OFDT, Saint-Denis
- **Delphine VILAIN**, inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale en charge des addictions, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France (Drassif), Paris

Coordination éditoriale

- **Dominique LALLEMAND**, responsable de la Communication et des relations institutionnelles de l'Anesm
- **Céline DAVID**, chargée de communication, Anesm

Analyse juridique

La vérification de la conformité juridique de ce document a été effectuée par M^e **Laurent DELPRAT**, avocat à la Cour, docteur en droit, chargé d'enseignement des facultés de droit et de médecine, et **Christophe DAADOUCH**, consultant, docteur en droit, chargé d'enseignement des facultés de droit, intervenant en travail social et médico-social.

Présentation générale

La présentation générale décline les objectifs, la cible et le champ de la recommandation, ainsi que la méthodologie retenue et les caractéristiques du secteur de l'addictologie médico-sociale. Elle se termine par une clarification des principales notions liées au thème de la participation.

1 Introduction

« *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* » figure au programme de travail 2009 de l'Anesm, au titre des droits et de la citoyenneté des personnes accueillies au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Ce thème s'inscrit dans la continuité des recommandations précédemment publiées sur « *La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre* » et sur « *L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale* »¹.

- I. La première partie de la présente recommandation expose les enjeux principaux de la participation des usagers dans les établissements concernés et définit les principes qui la fondent.
- II. La deuxième partie traite des modalités de mise en œuvre concrète de la participation des usagers dans le secteur médico-social de l'addictologie. Après la présentation des conditions facilitatrices, sont abordées successivement la mise en place des groupes d'usagers et leur consultation par voie d'enquête, boîte à idées ou autre type de questionnement écrit.
- III. La troisième partie donne des pistes pour aider les professionnels dans l'appropriation de la recommandation.

2 Les objectifs et les destinataires de la recommandation

Sur un plan général, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne sont pas des normes. Elles ont pour vocation d'éclairer les professionnels dans leurs actions et les établissements dans leur organisation. Elles sont prises en compte dans les démarches d'évaluation interne et externe et visent à inspirer la réflexion des professionnels sur leurs pratiques quotidiennes.

Cette recommandation vise à promouvoir la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement, en apportant des réponses aux deux principales questions que se posent les professionnels :

- pourquoi encourager les usagers à participer au fonctionnement de l'établissement ?
- comment s'y prendre pour amorcer puis pérenniser leur participation au fonctionnement de l'établissement ?

¹ Disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr.

Elle contribue par ailleurs à outiller les professionnels dans le changement de positionnement qu'induit la dynamique participative. Elle s'adresse aux cadres dirigeants et aux équipes des établissements du secteur de l'addictologie médico-sociale, quel que soit le statut de l'organisme gestionnaire (association loi 1901, établissement de santé public, privé...).

Elle intéresse également les organismes gestionnaires, dans la mesure où ils sont partie prenante des instances participatives, ainsi que les usagers eux-mêmes, et le cas échéant, leur entourage. Professionnels et usagers pourront valablement s'approprier ensemble le contenu de la recommandation.

Enfin, et comme toutes les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, elle intéresse les évaluateurs, dans le cadre de l'évaluation interne et externe.

3 Méthode de production de la recommandation

Les instances de l'Anesm ont retenu la méthode dite du **consensus simple**. Elle consiste à réunir un groupe de travail qui s'accorde sur les bonnes pratiques recommandées en tenant compte d'une analyse critique de la littérature disponible et d'un recueil des pratiques professionnelles.

En l'occurrence, cette étude préalable s'est basée sur :

- un **questionnaire** transmis à l'ensemble des établissements concernés, soit 762 structures (source : Finess)². 180 structures ont répondu, soit 25 %. Les principaux résultats du questionnaire figurent en annexe de la recommandation et de manière plus détaillée sur le site Internet de l'Anesm ;
- des **entretiens** menés sur des sites ayant développé des pratiques de participation stimulantes ou auprès de personnes qualifiées sur le sujet (soit 29 professionnels ou bénévoles et 6 usagers ou anciens usagers) ;
- la **participation** du chef de projet Anesm à un **groupe d'expression participatif** mis en place dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST).

L'ensemble du travail préparatoire a donné lieu à un document intitulé « *Analyse qualitative* ».³

À l'issue de trois réunions, le groupe de travail a produit une première version de la recommandation qui a été soumise à la lecture critique de 17 personnes, pour vérification et amélioration de la lisibilité et de la cohérence.

² Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

³ Disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr.

4 L'addictologie, nouvel acteur du secteur médico-social

4 1 Les établissements et leurs missions

Les structures concernées par la recommandation sont les établissements médico-sociaux (EMS) spécialisés en addictologie, c'est-à-dire :

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ;
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) ;
- les communautés thérapeutiques⁴.

Dans la présente recommandation comme dans les textes réglementaires, le terme d'*établissement* recouvre ces trois types de structures, alors même que certaines d'entre elles offrent seulement un accueil en journée et des prestations ambulatoires.

Ces structures ont pour spécificité commune d'assurer une offre de proximité, visant :

- un accès simple et proche des usagers ;
- la précocité et la continuité des interventions ;
- la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial ;
- l'aide à l'insertion.

Cette offre se traduit par des prestations pluridisciplinaires (médicale, psychologique, sociale, éducative) et de durée adaptée.

Les Csapa

Créés par la loi du 2 janvier 2002, rassemblent dans un statut juridique commun des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), afin de décloisonner des dispositifs et des pratiques jusque-là organisés autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre⁵.

Au titre de leurs missions obligatoires, ils assurent l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique, socio-éducative, et l'orientation des personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac, l'alcool et les médicaments détournés de leur usage. Ils peuvent également accompagner des personnes présentant des addictions sans substance (dont le jeu pathologique).

Ils peuvent au titre de la prise en charge médicale assurer la prescription des traitements de substitution aux opiacés.

DEFINITIONS

4 Code de l'Action sociale et des familles (CASF), art. L.312-1, I, 9° (Csapa et Caarud) et 12° (Communautés thérapeutiques). Le cadre juridique de ces établissements est rappelé en bibliographie. D'après le répertoire Finess, le dispositif médico-social en addictologie est constitué de 762 établissements : 652 Csapa (310 centres de cure ambulatoires en alcoologie – CCAA, 339 centres spécialisés de soins pour toxicomanes – CSST, 3 centres thérapeutiques), 110 Caarud, 3 Communautés thérapeutiques.

5 Ce statut juridique commun est fixé par le décret n°2007-877 du 14 mai 2007.

Les Csapa doivent aussi accueil, information et accompagnement à l'entourage des personnes (parents, conjoints, famille, amis).

Certaines missions sont facultatives : les activités de prévention, de formation, de recherche, les interventions en direction des personnes détenues...

Les prestations proposées sont ambulatoires et/ou résidentielles. Ces hébergements individuels (appartements thérapeutiques, familles d'accueil...) ou collectifs (structures d'urgence ou de transition, centres thérapeutiques résidentiels...) peuvent constituer une étape nécessaire du parcours de soins.

Les Caarud

Instaurés par la loi de santé publique du 9 août 2004⁶, ils accueillent les usagers de drogue, sans condition préalable et dans une démarche de « réduction des risques », de stratégies de soin et de prévention visant à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de substances psychoactives :

- accueil collectif et individuel, information et conseil personnalisé ;
- soutien dans l'accès aux soins : hygiène, soins de première nécessité, orientation, dépistage des infections transmissibles (VIH, hépatites...);
- soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle ;
- mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers de drogues.

Les Communautés thérapeutiques⁷

Structures d'hébergement expérimentales, elles s'adressent à un public de consommateurs dépendants dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. Le groupe de résidents, les règles de vie collective, représentent le moteur du changement. Ces communautés ne se substituent pas aux centres thérapeutiques résidentiels dits de « post-cure » aux séjours plus brefs et dont le projet thérapeutique ne repose pas spécifiquement sur les compétences du groupe.

Impulsée par la loi du 2 janvier 2002, la reconnaissance de l'ensemble de ces établissements comme acteurs de l'action médico-sociale vient souligner qu'au-delà du soin, la personne bénéficie d'un accompagnement pluridisciplinaire et de proximité, au plus près de sa vie sociale, de ses attentes et besoins. Ces principes d'intervention - en lien étroit avec l'utilisateur - se traduisent en premier lieu par l'application de ses droits au sein des structures.

La recommandation se situe dans le contexte de l'inscription de ces établissements dans le secteur médico-social.

⁶ Les missions des Caarud sont fixées par le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005.

⁷ Le cadre de la mise en place des communautés thérapeutiques est fixé par la circulaire DGS/MILDT/SD6B n°2006/462 du 24 octobre 2006.

4 2 Le rôle historique des réseaux et groupements d'usagers et anciens usagers

L'usager a un rôle à jouer non seulement au titre de ses droits tels que prévus par la loi du 2 janvier 2002, mais aussi à travers les *réseaux d'entraide et mouvements d'auto-support*, acteurs incontournables en addictologie médico-sociale⁸.

Le rôle historique des usagers en addictologie médico-sociale

Les **réseaux d'entraide**, ancrés historiquement dans l'aide aux personnes alcoolodépendantes, notamment pour le maintien d'une abstinence, ont progressivement diversifié leurs champs d'intervention : participation aux réseaux de santé, accompagnement de l'entourage, intervention en milieu hospitalier, en prison...

Dans le contexte de l'épidémie de VIH dans les années 1980, le **mouvement d'auto-support** s'est développé chez les usagers de drogues. Depuis 2004, ces associations spécialisées et de santé communautaire sont d'ailleurs reconnues comme des intervenants à part entière de la mission de réduction des risques, au même titre que les professionnels du champ sanitaire, social et éducatif⁹.

La plupart de ces réseaux et mouvements ont d'ailleurs été agréés au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Leur présence et leurs ressources humaines sont très hétérogènes selon les départements.

Le nouveau dispositif d'addictologie peut également être l'occasion de rapprocher ces réseaux d'entraide et d'auto-support, créés sur la base d'une spécialisation par produit, définie non pas au regard de sa dangerosité, mais en fonction de son caractère licite ou illicite.

La mise en place d'instances de participation au sein des établissements peut favoriser l'organisation d'espaces de réflexion et d'échange communs à ces associations d'usagers.

Autres exemples du rôle des usagers

Les communautés thérapeutiques placent le groupe au cœur de la démarche thérapeutique et d'insertion sociale : le groupe de « **pairs résidents** », par le partage de la vie quotidienne et l'entraide, représente le moteur du changement¹⁰.

Certains **anciens usagers** des EMS de l'addictologie sont aujourd'hui bénévoles ou devenus professionnels au sein des établissements.

D'autre part, comme dans d'autres champs du secteur social, médico-social et sanitaire, il existe des **associations de soutien créées par des familles et amis** de personnes présentant des problématiques addictives. Ces organismes s'adressent plus directement à l'entourage et interviennent peu au sein des établissements spécialisés.

8 Circulaire DGS du 16 mai 2007.

9 Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue, Annexe 31-2, VII.

10 MILDT, Cahier des charges « Communautés thérapeutiques », 2006.

5 Le champ de la recommandation : la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement

La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement figure au nombre des droits affirmés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

En complémentarité du droit de l'utilisateur à participer à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne, la loi a prévu qu'ils soient associés au fonctionnement même de l'établissement, au sein d'un conseil de la vie sociale (CVS) ou au moyen d'autres formes de participation.

La recommandation « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* »¹¹ a traité de la participation de la personne à son propre projet. La présente recommandation est centrée sur **la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement**. Les textes législatifs et réglementaires (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et textes d'application) prévoient l'obligation de mettre en place des formes précises de participation :

- un conseil de la vie sociale lorsque l'établissement assure un hébergement ou un accueil de jour continu, et que la durée de prise en charge est au moins égale à la durée minimum de mandat des représentants au conseil (un an) ;
- ou d'autres formes de participation : groupes d'expression de représentants d'utilisateurs, consultations de l'ensemble des usagers ou enquêtes de satisfaction.

6 Les principales notions utilisées

6 1 De quels « usagers » parle-t-on ?

Dans le secteur de l'addictologie, il y a une ambiguïté sur le terme qui peut signifier aussi bien *usager de substances psychoactives* qu'*usager de l'établissement et de ses prestations*.

Dans la présente recommandation, le terme d'*usager* signifie **usager de l'établissement** médico-social, dont l'action vise notamment à promouvoir l'exercice de la citoyenneté des personnes accueillies¹².

Selon les établissements, il peut y avoir deux sortes d'utilisateurs : les personnes directement concernées par les conduites addictives, et leur entourage qui vit les conséquences au quotidien et peut avoir lui-même besoin d'aide ou de conseil. L'entourage, quand il est encore présent et mobilisable, peut aussi s'avérer un soutien dans l'accompagnement.

Pour l'accueil et l'accompagnement des mineurs et des personnes majeures protégées, les personnes exerçant l'autorité parentale ou le mandataire judiciaire sont les interlocuteurs obligés des professionnels. Les représentants légaux sont des utilisateurs eux aussi, à côté du mineur ou de la personne sous protection ; à ce titre, ils sont directement concernés par les questions de participation.

¹¹ Disponible sur www.anesm.sante.gouv.fr.

¹² Code de l'Action sociale et des familles (CASF), art. L.116-1.

6 2 Qu'entend-on par « participation » ?

On distingue classiquement **quatre niveaux de participation**, du plus faible au plus élevé¹³ :

- **la communication** : les personnes sont informées et s'expriment essentiellement pour mieux comprendre l'information et en débattre, mais sans objectif de recueillir leur adhésion. Ce niveau est classiquement celui de la *réunion d'information* ;
- **la consultation** : il s'agit d'une phase d'information à double sens (propositions et discussions sont susceptibles de faire modifier le projet). La décision prise n'est toutefois pas obligatoirement liée aux points de vue émis. C'est souvent l'objectif des questionnaires et enquêtes. Les usagers des établissements sociaux et médico-sociaux sont obligatoirement *consultés* sur le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement¹⁴ ;
- **la concertation** : c'est le fait d'associer les participants dans la recherche de solutions communes ou de connaissances nouvelles. Des groupes d'usagers mis en place dans les EMS fonctionnent ainsi ;
- **la codécision ou coconstruction** : elle vise le partage de la décision entre les intervenants. Elle implique la négociation pour parvenir à un accord, à une résolution commune. Il s'agit d'un réel partage du pouvoir. Dans les EMS, la vocation consultative des formes de participation prévues par le législateur n'empêche pas que, sur des questions précises, le responsable de l'établissement puisse décider de laisser les usagers accéder à un niveau de pouvoir plus important.

6 3 Où, quand et de quelle manière s'exerce la participation des usagers ?

La participation des usagers irrigue l'ensemble des pratiques dans l'établissement :

- dans les accompagnements individuels, où la participation des personnes est un principe fondamental ;
- dans les différents groupes et les actions collectives à visée thérapeutique et/ou éducative.

La participation des usagers s'y exerce d'autant plus quand :

- ceux-ci sont associés le plus en amont possible des projets d'activités. Les propositions sont par exemple recueillies à travers des commissions thématiques, des groupes focus¹⁵, ou l'exploitation de la boîte à idées...
- les pratiques d'auto-organisation sont favorisées. La capacité de s'organiser est en effet un élément essentiel de la *prise de pouvoir* sur son propre environnement, et la participation est plus régulière quand les personnes

13 Adapté d'une grille établie par Jean-Michel Fourniau, sociologue, directeur de recherche à l'Inrets. FOURNIAU, J.-M. Transparence des décisions et participation des citoyens. *Techniques, Territoires et Sociétés*, 25 janvier 1996, n°31, pp. 9-47.

14 CASF, art. L.311-7, art. L.311-8, art. D.311-26. Les dispositions législatives et réglementaires concernant la participation des usagers sont détaillées dans les annexes.

15 Les groupes focus sont une méthode utilisée pour rechercher de l'information auprès d'un groupe de personnes qui ont des caractéristiques communes. Ils ont pour but de générer une vision commune des expériences, des opinions, des attitudes ou bien des besoins des participants. Cf. KITZINGER, J., MARKOVA, I., KALAMPALIKIS, N. « Qu'est-ce que le focus group ? » *Bulletin de psychologie*, 2004, vol. 57, n°471, pp. 237-243.

prennent en main l'organisation, ou y sont étroitement associées. Les professionnels se positionnent alors comme des accompagnateurs de projets ou d'activités, ou des personnes ressources ;

- les activités ouvertes sur l'extérieur sont favorisées, suscitant ainsi des occasions de socialisation dans la cité ;
- les participants sont associés au bilan de l'activité. Un temps de parole peut être prévu en fin de séance pour avoir le ressenti des participants à *chaud*, et un bilan annuel ou en fin de période peut être réalisé avec eux.

Groupes et activités collectives repérés en addictologie médico-sociale

- Groupes à vocation thérapeutique (groupe de paroles, groupe d'aide à l'arrêt des consommations ou au maintien de l'abstinence...) ;
- groupes à objectif de socialisation (sorties culturelles...) ;
- groupes éducatifs, de formation, de développement de compétences (expression orale/écrite, parentalité...) ;
- ateliers créatifs, à partir d'une technique (photo, peinture, multimédia...) ou des cinq sens (senteurs, saveurs, nutrition, son...) ;
- groupes d'information (juridique, conduites addictives...) ;
- groupes d'échanges de savoirs ou d'autosupport (autour des problématiques hépatites et VIH, réduction des risques...) ;
- ateliers de médiation corporelle (atelier socio-esthétique, activités sportives ; atelier de yoga, respiration, détente, relaxation, sophrologie, gestion du stress)...

(Source : questionnaire Anesm)

En résumé, la participation ne se décrète pas. Elle n'est jamais acquise. Elle s'expérimente et elle s'apprend, tant du point de vue des usagers que de celui de l'ensemble des professionnels. La participation à des instances officielles instituées et concernant la vie globale de l'établissement n'a de sens que si l'utilisateur est quotidiennement concerné, associé, impliqué dans la vie quotidienne. Au risque sinon, de réduire sa participation à une consultation formelle ou à une enquête de satisfaction¹⁶.

6 4 Qu'entend-on par participation au fonctionnement de l'établissement ?

En instituant des formes précises de participation et en énumérant les thèmes sur lesquels consulter les usagers, la loi ouvre un autre champ d'exercice à une pratique déjà présente. Elle signifie qu'au-delà de l'implication concrète dans telle ou telle activité spécifique, les usagers sont consultés et impliqués plus globalement sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement.

La présente recommandation se focalise sur la participation des usagers au fonctionnement global de l'établissement.

¹⁶ Cf. « La participation des usagers dans les établissements et services médico-sociaux : enjeux et méthodes » Etude de l'Andesi et de l'Unapei, réalisée avec le soutien de la DGAS, mai 2005.

La notion de fonctionnement

La notion de *fonctionnement* recouvre la manière concrète dont l'établissement s'acquitte de ses missions. Elle recouvre donc les actions, les prestations, les pratiques, les procédures, les organisations, les règles qui permettent à l'établissement de remplir ses missions.

Afin de montrer l'étendue des thèmes sur lesquels le CVS peut débattre, le code de l'Action sociale et des familles (CASF) énumère ce que le législateur entend par fonctionnement (art. D.311-15). Celui-ci recouvre notamment : « *l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.* » L'enquête de satisfaction porte sur les mêmes thèmes.

Quelle que soit la forme de participation choisie, les usagers doivent obligatoirement être consultés sur le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement (art. D.311-26).

La participation au fonctionnement

Même si les usagers sont susceptibles de s'exprimer sur le fonctionnement de l'établissement à tout moment de leur accueil et de leur accompagnement, la loi a prévu que des formes spécifiques soient mises en place pour que cette expression revête un caractère structuré et régulier.

Dans le secteur médico-social de l'addictologie, au vu des résultats de l'analyse qualitative, ces formes de participation peuvent être regroupées en quatre catégories :

- des groupes où usagers et professionnels sont représentés, par voie électorale et moins souvent selon un processus de désignation ;
- des groupes auxquels participe l'ensemble des usagers volontaires présents dans l'établissement et disponibles lors de la réunion, souvent appelés *groupes d'expression* ;
- des enquêtes de satisfaction et autres formes de questionnement des usagers, telles que des questionnaires ciblés sur des thèmes précis ;
- d'autres formes de recueil de propositions des usagers, telles que site Internet, boîte à idées, cahier d'expression, tableau...

Le terme de groupe d'expression

Il est source de confusion. En effet, les textes réglementaires réservent ce terme à des groupes constitués de représentants d'usagers élus ou désignés, parlant de *consultations* pour évoquer les instances participatives rassemblant l'ensemble des usagers (CASF, art. D.311-21 et D.311-25).

Sur le terrain, ce terme renvoie plutôt à une forme de participation directe dans un groupe rassemblant l'ensemble des usagers volontaires. De plus, le terme recouvre aussi parfois des groupes à vocation thérapeutique et/ou éducative, appelés ailleurs *groupes de parole*, tels que décrits dans l'encadré précédent.

Dans cette recommandation, les termes suivants sont utilisés :

• Groupe participatif

Ce terme générique recouvre l'ensemble des groupes mis en place pour organiser la participation des usagers sur les thèmes liés au fonctionnement de l'établissement.

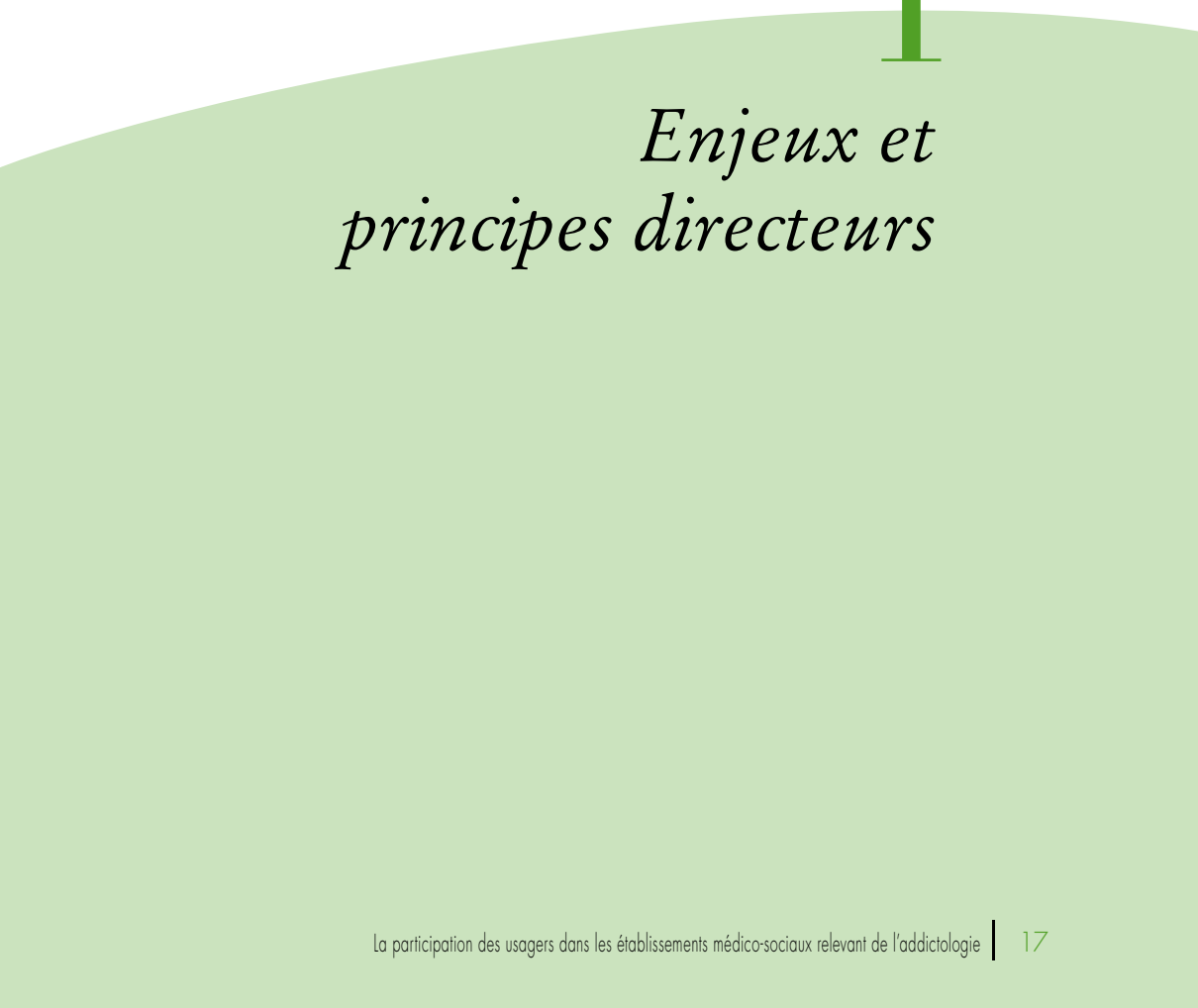

Le groupe participatif peut prendre la forme d'un :

- **conseil de la vie sociale et assimilé**, c'est-à-dire les groupes composés de représentants des usagers (élus ou désignés) ;
- **groupe d'expression participatif**, c'est-à-dire les groupes ouverts à l'ensemble des usagers.

• Support de la participation

Il recouvre l'enquête de satisfaction et les consultations par les questionnaires, le cahier d'expression, la boîte à idées, etc.

Ces groupes participatifs sont dédiés aux questions de fonctionnement de l'établissement et sont dotés d'un cadre défini réglementairement. Ils se différencient donc des groupes de parole, ou groupes d'expression à visée éducative et/ou thérapeutique qui peuvent par ailleurs être mis en place dans les établissements.



I

Enjeux et principes directeurs

1 Les enjeux de la participation

Pourquoi encourager les usagers à participer au fonctionnement de l'établissement ?

1 1 Une occasion pour les usagers d'exercer leurs droits et d'expérimenter des règles sociales

Les usagers du secteur de l'addictologie connaissent inégalement leurs droits et rencontrent des obstacles importants pour les faire valoir. Exercer concrètement un droit d'expression et avoir un lieu pour faire des propositions, constituent une expérience positive à travers laquelle les personnes sont considérées comme sujets de droits. Le cadre de cette participation, avec ses règles et ses contraintes, est également l'occasion d'expérimenter le lien entre droits et obligations.

Quand une élection de représentants d'usagers est organisée, ce processus peut constituer un exercice éclairant de manière concrète ce que recouvrent les notions de délégation, de représentation et de mandat. Pour des personnes qui ont parfois des difficultés à exercer leurs droits civiques, ces occasions de voter et/ou d'être élu constituent un moyen de s'approprier ces notions.

1 2 La qualité des prestations s'en trouve accrue

Il est utile que les professionnels complètent leurs informations et connaissances par celles que les usagers tirent de leur expérience. Les groupes d'expression participatifs ou les questionnaires permettent de confronter les points de vue des usagers, de tester la validité d'une information, de voir si elle est partagée... Cet apport de connaissances permet d'ajuster les accompagnements et de développer des actions adaptées.

L'avis des usagers sur les modalités de l'accueil et des prestations, sur la pertinence des actions et de l'organisation matérielle, est une source d'informations importante qui permet aux professionnels d'améliorer la qualité de service.

Le dialogue qui s'instaure entre usagers et professionnels accroît la confiance mutuelle indispensable au bon déroulement des prestations. Quand la participation des usagers aboutit à construire des actions avec les professionnels, ce positionnement actif des usagers contribue à faciliter l'intervention de l'équipe. Cette participation peut également se traduire par la mise en place d'actions par les usagers eux-mêmes.

1 3 Les usagers renforcent leurs compétences sociales

En s'exprimant au sein des groupes sur des sujets variés, les usagers développent leur capacité à structurer leur pensée, à tenir compte de la réflexion des autres, à se décentrer de leurs problèmes personnels, à prendre la parole en public sans la monopoliser, à agir avec les autres dans une perspective de construction commune, à s'engager pour être utiles à d'autres qu'eux-mêmes.

L'acquisition ou le renforcement de ces compétences peut faciliter par la suite la vie sociale des personnes, enjeu important pour un public parfois désocialisé.

1 4 Les usagers trouvent matière à renforcer l'estime de soi

Représenter ses pairs, partager son expérience et ses observations avec eux, constater que ses propos sont entendus par les professionnels, participer à la mise en place d'actions ou à la formulation de propositions, appartenir, même sporadiquement, à un groupe qui fait aboutir des propositions, constituent autant d'expériences positives d'affirmation de soi.

Ces expériences positives renforcent l'estime de soi, sentiment dont l'importance et la fragilité sont bien repérées dans les actions d'accompagnement. Elles viennent corriger les effets psychosociaux de la stigmatisation des publics (auto-stigmatisation ou représentation négative véhiculée par l'environnement).

En résumé, la participation « *relève d'une exigence démocratique et d'un souci d'efficacité sociale, selon lesquels une politique ou un projet ne peuvent réussir que s'ils rencontrent les besoins et attentes des personnes concernées*¹⁷. »

2 Les principes directeurs

Les **cinq principes** qui suivent fondent la mise en œuvre de la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement :

- la participation au fonctionnement concerne toutes les activités de l'établissement ;
- son efficacité est plus importante si elle s'appuie sur des modalités diversifiées ;
- elle est soutenue institutionnellement ;
- c'est un droit des usagers, non une obligation pour eux ;
- du pragmatisme dans la forme, de l'ambition dans le niveau de participation.

2 1 Toutes les activités de l'établissement sont concernées

Les instances de participation des usagers sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service¹⁸.

« *Le conseil de la vie sociale donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement*¹⁹. ».

- Il est recommandé de faire s'exprimer et participer les usagers sur l'ensemble des activités de l'établissement, y compris thérapeutiques et de réduction des risques. Cette proposition est valable quelle que soit la forme de participation adoptée par la structure.

17 LAFORCADE, M., MEYER, V. *Les usagers évaluateurs ? Leur place dans l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles en travail social*. Bordeaux: Les Etudes Hospitalières, 2008. 200 p.

18 CASF, art. D.311-26.

19 CASF, art. D.311-15.

2 2 La participation plus active, si les formes de participation sont diversifiées

Lorsqu'il n'y a pas d'obligation de mettre en place un CVS, « est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation²⁰ ». La possibilité est donc laissée à l'établissement de choisir un mode de participation.

Différentes et plutôt complémentaires, ces formes de participation permettent tantôt :

- une réflexion collective, avec l'exercice d'une démocratie représentative quand le groupe est constitué de représentants d'usagers (élus ou désignés) ou une participation directe quand le groupe est ouvert à l'ensemble des usagers ;
- la possibilité de donner son opinion ou de faire des propositions individuellement, au travers de supports tels que l'enquête de satisfaction, les questionnaires, le cahier d'expression ou la boîte à idées.

Il est intéressant de pouvoir utiliser ces deux formes – collective et individuelle – de participation.

En débattant et en construisant *collectivement*, les usagers peuvent accéder plus facilement à un haut niveau de participation.

Les autres formes de participation sont indispensables pour recueillir les avis et propositions individuels, notamment dans certaines situations de publics peu présents ou dont la situation rend difficile la participation à un groupe :

- personnes hébergées de manière individuelle, par exemple dans des appartements thérapeutiques ou des familles d'accueil, qui ne souhaitent ou ne peuvent se déplacer pour participer au groupe participatif ;
- la famille ou le représentant légal²¹ – et plus largement l'entourage – dont il est utile de recueillir l'avis et les propositions sans qu'il soit possible de l'associer directement au groupe participatif...

- Il est recommandé de mettre en place un groupe participatif (sous forme du CVS quand il y a obligation), et d'utiliser des supports de la participation (enquête, etc.) pour étayer les travaux du groupe.

Il est important que les représentants des usagers ou les participants au groupe d'expression participatif gardent le contact avec les autres usagers.

- Il est recommandé d'inviter les usagers les plus impliqués à garder le contact avec leurs pairs, au moyen de réunions ou de démarches éventuellement appuyées sur les supports de la participation, et à faire un travail de communication, d'explicitation et de recueil d'informations et propositions auprès d'eux.

20 CASF, art. D.311-3.

21 CASF, art. D.311-21, 2°

2 3 La participation des usagers se met en place si elle est soutenue institutionnellement

La mise en œuvre de la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement modifie les positionnements respectifs des professionnels comme des usagers. Cette nouvelle dynamique ne peut réellement fonctionner qu'avec le soutien actif de la direction et de l'organisme gestionnaire.

La direction

Elle joue un rôle primordial dans la démarche en :

- mobilisant l'équipe ;
- impulsant et soutenant les actions de communication nécessaires pour faire connaître l'existence, les objectifs, les travaux et les échéances des différents groupes participatifs ;
- facilitant la mise en place de la participation et en donnant les moyens matériels de fonctionner ;
- étant garante du suivi des décisions et de l'existence de retours systématiques aux questions posées.

Les dispositions réglementaires prévoient que le directeur assiste au groupe participatif ou s'y fait officiellement représenter²².

L'organisme gestionnaire

La présence de l'organisme gestionnaire traduit la prise en considération du groupe participatif au plus haut niveau et s'avère très utile quand les débats dépassent le simple fonctionnement interne et abordent des questions associatives. Le groupe participatif est parfois le seul lieu où les gestionnaires côtoient les usagers.

- Il est recommandé que l'organisme gestionnaire soit représenté dans le groupe participatif par un de ses membres (administrateur...).
- Il est recommandé que les conclusions issues des supports de la participation (questionnaires, enquêtes de satisfaction...) soient portées à la connaissance des responsables de l'organisme gestionnaire (conseil d'administration...) et figurent dans le rapport d'activités. L'organisme gestionnaire pourra alors faire un retour au groupe participatif, afin de relancer sa réflexion.

²² En CVS, le directeur siège avec voix *consultative* (CASF, art. D.311-9) ; s'il est désigné comme représentant de l'organisme gestionnaire, sa voix est alors *délibérative* (art. D.311-5). En autre forme de participation, le directeur ou son représentant y assiste avec voix *consultative* (art. D.311-22), sauf mention spécifique dans l'acte constitutif.

2 4 La participation relève d'un droit

La participation des usagers n'est pas une obligation pour eux. Cette absence d'obligation distingue le groupe participatif d'autres groupes ou activités organisés par l'établissement où la présence des personnes peut revêtir un caractère obligatoire.

En revanche, ce droit s'accompagne d'obligations pour les professionnels : il doit être porté par une information et l'accès à son exercice doit être facilité.

Autrement dit, si mettre en place des conditions acceptables de participation relève des *bonnes pratiques* professionnelles, la **participation elle-même ne saurait en aucun cas relever d'une *bonne pratique* exigible de l'usager.**

- Il est recommandé de bien différencier le statut et les objectifs des différents groupes mis en place au sein de la structure, de manière à ce que professionnels et usagers repèrent facilement le groupe participatif dédié au fonctionnement de l'établissement.

Conformément aux dispositions juridiques, les formes de participation prévues sont inscrites et expliquées dans les outils d'information des usagers (livret d'accueil, règlement de fonctionnement)²³.

- Dans ces documents, il est recommandé d'insister sur la double dimension de ce droit à la participation :
 - une participation facultative ;
 - une occasion d'influer sur le fonctionnement de l'établissement et la qualité des prestations.
- Il est recommandé d'insister sur cette dimension de non-obligation, tant de vive voix qu'au travers des supports écrits, notamment lorsque les personnes sont soumises par ailleurs à une obligation de soins, de manière à clarifier ce qui est obligatoire et ce qui est une opportunité pour elles d'exercer un droit.

2 5 Etre pragmatique dans la mise en œuvre

Il convient de ne pas avoir une vision trop idéalisée de la participation, qui est le plus sûr moyen de ne rien mettre en place.

Prendre en compte la conjoncture

Les établissements peuvent rencontrer des difficultés dues à des facteurs parfois peu maîtrisables : *turn-over* des professionnels, déficit de personnels, présence de situations particulièrement difficiles, conjoncture délicate... Ces périodes de fragilisation ont un impact sur la dynamique participative, qui subira les contrechocs des aléas de la dynamique institutionnelle.

23 Cf. Circulaire DGAS n°2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil, décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement.

- Si un groupe participatif ou une autre forme de participation ne fonctionne pas à un moment donné, il est recommandé de puiser dans d'autres formes de participation pour relancer la dynamique, puis de le mettre en place à nouveau à un moment plus opportun.

S'appuyer sur les usagers les plus disponibles

Tous les usagers ne vont pas participer au moment voulu et selon les modalités proposées. Ils n'en sont pas tous à la même étape de leur accompagnement. Le groupe ne sera évidemment pas représentatif de la variété des usagers...

Certains peuvent s'avérer bien placés pour amorcer la réflexion du groupe. Par exemple, les personnes hébergées en centre thérapeutique résidentiel sont souvent passées d'abord par un accueil en ambulatoire. Elles sont donc à même d'être consultées sur le fonctionnement de ces deux types d'établissement et constituent une base stable pour un groupe d'expression participatif.

- Pour la mise en place de ce dernier, il est recommandé de s'appuyer sur les usagers :
 - qui ont le plus de capacités mobilisables à un moment donné ;
 - les plus souvent présents et/ou qui ont fréquenté plusieurs services de l'établissement, et acquis ainsi une connaissance globale de celui-ci.

Favoriser une dynamique de participation ambitieuse

Si au niveau des formes de participation, adaptation et souplesse sont nécessaires, il convient d'utiliser les **quatre niveaux de participation** (de la simple information à la codécision), de manière à permettre aux usagers de peser réellement sur les décisions²⁴.

- Il est recommandé que sur l'échelle de la participation, les professionnels cherchent à impliquer au maximum les usagers, selon les thèmes et leur enjeu.

La validation des propositions par les responsables de l'établissement est nécessaire, mais cette procédure doit éviter de freiner la dynamique participative.

- Il est recommandé de mettre en place des procédures de validation rapides, afin d'éviter que le groupe participatif ne s'enlise dans un formalisme disproportionné.

24 Décrites au point 6.2, p. 12.

La dynamique de la participation

<p><i>Ce qui constitue la participation des usagers au fonctionnement de l'établissement</i></p>	<p>Les groupes participatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les conseils de la vie sociale et autres groupes constitués de représentants ; • les groupes d'expression participatifs ouverts à l'ensemble des usagers.
<p><i>Ce qui étaye la participation</i></p>	<p>Les enquêtes de satisfaction Les questionnaires sur des points spécifiques du fonctionnement... Les enquêtes réalisées par des chercheurs, des sociologues Les groupes-focus...</p>
<p><i>Ce qui prépare la participation</i></p>	<p>Les réunions préparatoires Les groupes à visée thérapeutique ou éducative Les réunions de régulation Les questionnaires, les boîtes à idées Les enquêtes de satisfaction...</p>
<p><i>Ce qui alimente la participation</i></p>	<p>Toute la vie institutionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les activités collectives ; • les repas pris en commun ; • les groupes de parole ; • les groupes-projets ; • les consultations, entretiens et accompagnements individuels ; • les boîtes à idées ; • les échanges des usagers dans les temps informels ; • des recherches ou études portées à la connaissance des usagers...

II

Mise en œuvre concrète de la participation des usagers

1 Les conditions qui facilitent la participation

1 1 Une réflexion générale préalable

La participation résulte d'une volonté et d'un positionnement de la part de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il s'agit d'enraciner les formes de participation dans une culture institutionnelle donnant toute sa place à la participation.

Cette phase préalable permet de construire des pratiques participatives globales, de mettre à plat les enjeux différents selon les types d'acteurs (usagers, professionnels de terrain, directeur, administrateur...) et de construire ensemble un cadre respectueux des places de chacun.

➤ Il est recommandé :

- d'instaurer une réflexion générale de l'équipe sur les questions de participation préalablement au choix et/ou à la mise en place des formes de participation au fonctionnement de l'établissement ;
- de prévoir une durée estimative de cette phase préparatoire, et de tenir les échéances au mieux, afin de ne pas laisser la démarche s'enliser. La durée de cette phase est adaptée aux pratiques participatives globales de l'établissement.

Informer

Au cours de cette phase préparatoire, sont susceptibles d'être abordés : l'apport général attendu de la démarche, le type de thèmes à aborder, le niveau de la participation selon les thèmes, les modalités de la participation (représentation ou ensemble des usagers ? L'établissement répond-il à l'obligation de mettre en place un CVS ?).

➤ Il est recommandé au responsable d'établissement d'expliquer aux salariés et aux administrateurs les finalités et la portée opérationnelle de chaque forme de participation.

Cette réflexion générale concerne l'ensemble des professionnels

Sans mobilisation des professionnels sur les questions de participation, celle des usagers s'avère impossible. Les professionnels sont les premiers, et le plus souvent en sont les seuls promoteurs auprès des usagers. Il est donc nécessaire que l'équipe soit à la fois convaincue de l'intérêt de les faire participer aux groupes participatifs et outillée pour les mettre en place.

➤ Il est recommandé de sensibiliser et solliciter les professionnels au moyen de réunions préparatoires, de questionnaires, ou encore en organisant un comité d'installation du groupe participatif.

Adapter les propositions

Cette réflexion aboutit à :

- repérer le type d'usagers concernés par la participation : personnes consultant pour leurs propres conduites addictives, représentants légaux (parents des mineurs, mandataire judiciaire), entourage mobilisé auprès des usagers majeurs, ainsi que les situations particulières (public éloigné ou logé en hébergement diffus, personnes mises sous écrou (incarcérées ou bénéficiant d'un aménagement de peine²⁵)...) ;
- repérer les différents lieux existants, activités et occasions pour les usagers d'exprimer leur opinion et leurs propositions au sein de l'établissement ;
- différencier ces lieux d'expression, afin d'en spécifier les objectifs ;
- identifier les éléments qui peuvent constituer des points d'appui pour organiser le futur groupe participatif.

- Il est recommandé de construire des **modalités de participation** (questionnaires, enquêtes de satisfaction) permettant de consulter et d'impliquer les usagers éloignés du lieu d'accueil principal, ou peu présents : lieu d'hébergement diffus, appartements individuels, public touché par les équipes mobiles, personnes peu souvent présentes dans l'établissement...

Parmi les usagers, des **modes de consultation spécifiques** pourront être mis en place pour certaines situations, par exemple les femmes, les jeunes, les personnes mises sous écrou.

Les femmes, sauf dans les structures dédiées, sont minoritaires dans les établissements. À ce titre, elles peuvent se sentir mal à l'aise dans des lieux vécus comme masculins, où les hommes sont « chez eux ».

Des réunions entre femmes peuvent être organisées pour évoquer cette difficulté et les préparer à l'exercice de la participation dans des groupes mixtes. La variété des supports de la participation peut être mobilisée pour leur permettre d'exprimer leurs avis et leurs propositions. Le groupe participatif pourra aussi se saisir de cette question pour y trouver des remèdes.

- Il est recommandé de prendre en compte les difficultés spécifiques que peuvent rencontrer les femmes, difficultés qui peuvent les éloigner de la participation, voire parfois de la fréquentation des mêmes lieux que les hommes.
- Dans le même ordre d'idées, il est recommandé de prévoir des formes de participation prenant en compte les différences générationnelles.
- Il est recommandé de prévoir des formes de participation adaptées pour les personnes mises sous écrou, en tenant compte des modalités d'exercice de leur peine. Quand une intervention est assurée de manière régulière auprès de personnes incarcérées ou bénéficiant d'un aménagement de peine connues de

25 L'article D.311-7 du CASF prévoit qu'un constat de carence soit dressé par le directeur, son représentant ou le représentant qualifié de l'organisme gestionnaire, en cas d'absence de représentation des familles, des représentants légaux ou de certaines catégories de personnes accueillies.

l'équipe, elles continuent d'être informées, consultées et associées par tous moyens adaptés : lors des visites, en s'appuyant sur les groupes existants, par l'envoi des comptes rendus de réunion, des ordres du jour, des éventuels questionnaires...

Associer les usagers et leur entourage

Les réponses au questionnaire Anesm ont montré combien le fait d'associer les usagers eux-mêmes dans cette réflexion préalable constituait un levier puissant pour faciliter leur mobilisation. Il convient d'adapter la forme de consultation à la situation et au type d'usagers.

- Il est recommandé de consulter les usagers dès cette phase de réflexion pour qu'ils puissent dire eux-mêmes quel type de groupe participatif ou de forme de participation leur paraît favorable.

Cette consultation visera également l'entourage des usagers : les parents si l'établissement accueille des mineurs, les représentants légaux des personnes sous protection juridique, les proches avec l'accord des usagers concernés...

Cette consultation fournira aux professionnels les informations nécessaires pour déterminer les formes de participation à choisir pour cet entourage : participation à des groupes spécifiques *entourage*, consultation par voie d'enquête, participation ponctuelle au groupe participatif...

L'accueil de l'entourage au sein des établissements

Beaucoup d'usagers conservent des attaches avec leur famille et leur environnement ; d'autres, plus ou moins marginalisés et précarisés, ont rompu momentanément ou durablement ces liens. Au-delà des caractéristiques pathologiques et sociales qui peuvent conduire au délitement des relations avec les proches, les usagers peuvent choisir de garder le secret sur leur état de santé²⁶ et/ou être défavorables à l'accueil de leur entourage au sein des établissements qui les accompagnent.

Pour autant, **cet accueil relève notamment des missions des Csapa** : l'entourage doit pouvoir être informé et orienté selon ses besoins d'aide et d'accompagnement. Les modes d'intervention à destination de l'entourage y sont diversifiés, afin de garantir l'espace d'intimité et de confidentialité souhaité par la personne : interventions ponctuelles (écoute, conseil), guidances ou médiations familiales, entretiens familiaux ou en couple avec un autre professionnel ou véritables thérapies familiales. Ces interventions sont favorisées au sein des « Consultations jeunes consommateurs » existantes dans certains Csapa : elles s'adressent aux jeunes, y compris les mineurs, qui se présentent spontanément ou sont adressés par un tiers (famille, professionnel de santé, milieu scolaire, justice). L'entourage peut y être accueilli, y trouver un soutien ; des consultations conjointes peuvent être proposées.

Les Caarud et communautés thérapeutiques ne constituent pas des lieux d'accueil des proches. En communauté thérapeutique, le rétablissement ou le maintien des liens sociaux, notamment des liens familiaux, est un des objectifs du séjour.

26 Cf. l'encadré « Le droit à la confidentialité et à l'anonymat » p. 46. Pour rappel, les personnes mineures peuvent s'opposer expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret de leur état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix (code de la Santé publique, art. L.1111-5).

1 2 Mettre en place une information continue

Il est primordial de donner des explications claires aux usagers sur les objectifs et le mode de fonctionnement du groupe participatif. Le cas échéant, il conviendra de s'appuyer sur un outil pédagogique permettant de visualiser les enjeux et les modalités, et mettant en avant l'amélioration de la qualité du service rendu pour l'ensemble des usagers.

Cette information sur le *droit à participer* se fait individuellement et collectivement, de manière régulière et répétée, en insistant sur la dimension *active* de cette participation. En effet, notamment dans les services ambulatoires et les antennes de proximité, le public se renouvelle ou vient peu souvent dans l'établissement.

- Il est recommandé de mettre en place une information permanente, adaptée et répétée, individuellement et collectivement, sur l'existence des groupes et supports de la participation.
- Pour la diffusion de l'information, il est recommandé de s'appuyer sur des usagers disponibles et sensibilisés à la question de la participation pour occuper une fonction de relais vis-à-vis de leurs pairs. Cette fonction de relais s'effectue sur la base du volontariat.
- Si l'organisme dispose d'un support de communication tel qu'un site Internet, une lettre électronique ou un support papier, il est recommandé d'ouvrir une rubrique rendant compte des travaux du groupe en cours ou terminés. Il peut être intéressant de rappeler dans ce journal et dans les comptes rendus des réunions l'existence de l'espace dédié aux usagers, des enquêtes en cours, de la boîte à idées, etc.

1 3 Soutenir les usagers

On peut leur apporter un soutien de différentes façons :

- sur le plan de l'affirmation de soi, par le biais de la formation ou la mise en place d'ateliers... Les ateliers, groupes et activités collectives existants peuvent fournir une complémentarité intéressante, pour faciliter une démarche toujours difficile : se dévoiler, s'affirmer devant les autres, prendre des responsabilités, et dans le cas d'organisation d'élections, se porter candidat et risquer de ne pas être élu... ou d'être élu ;
 - sous forme d'une formation-action, pour aider au démarrage du groupe participatif, et faciliter le positionnement des participants ;
 - en les préparant à l'exercice d'un mandat.
- Il est recommandé de prévoir un accompagnement des usagers à la participation selon la forme la plus adaptée au type de groupe participatif choisi.

1 4 Former professionnels et administrateurs

Il peut être utile de former les professionnels afin qu'ils soient en capacité de trouver leur place dans un groupe participatif qu'ils n'ont pas pour mission d'animer seuls, encore moins de diriger, et, d'une manière générale, de les former à l'*empowerment*²⁷.

- Il est recommandé d'accompagner par une formation le changement de posture (*coconstruire* avec d'autres) dès lors que celui-ci nécessite un réaménagement des compétences et des attitudes.
- Il est recommandé d'impliquer dans cet accompagnement l'ensemble des professionnels au contact du public accueilli, notamment les secrétaires, agents administratifs et bénévoles qui ont un rôle actif auprès du public et/ou ont capacité à devenir des personnes ressources au cours des travaux du groupe participatif.

1 5 Organiser le travail

Il s'agit d'asseoir les pratiques participatives dans la vie quotidienne de la structure et dans les attentes institutionnelles à l'égard de l'ensemble des professionnels (et pas seulement des travailleurs sociaux).

Dans le même esprit, les modalités d'organisation du travail tiennent compte de la nécessité pour des équipes de préparer les échanges et de leur temps de présence dans les divers dispositifs.

- Il est recommandé d'inscrire les compétences correspondant à la mise en place de cette participation dans les *fiches de poste* des professionnels.

1 6 Une place pour les associations d'entraide et d'autosupport

Les associations d'entraide et d'autosupport ont une place importante dans l'histoire du secteur de l'addictologie. Elles ont créé des établissements et influé sur les prestations. Elles portent des convictions diverses – notamment autour de l'abstinence et de la réduction des risques – et sont souvent présentes au sein des établissements (outre leur éventuel rôle de gestionnaire), de diverses manières :

- elles utilisent parfois des locaux prêtés par l'établissement (salle de réunion, affichage dans l'espace d'accueil...);
- elles peuvent être partenaires de l'établissement, en proposant aux usagers de participer aux groupes d'entraides et initiatives d'autosupport qu'elles organisent ;
- elles peuvent aussi informer et former usagers et professionnels à la participation, puis soutenir les participants en accompagnant la mise en place des groupes participatifs.

Certaines associations ne souhaitent pas interférer avec les équipes, estimant que leur appui vient plutôt *après* l'intervention professionnelle que pendant.

²⁷ Concept anglo-saxon, traduit parfois au Québec par « *pouvoir d'agir* », désignant la démarche visant à accroître le pouvoir que les personnes peuvent développer individuellement ou collectivement, pour agir sur leur vie et leur environnement. Cf. les travaux de Marie-Hélène BACQUÉ, Professeure de sociologie, Université d'Evry, CRH-UMR LOUEST.

Leur connaissance des dispositifs et leur extériorité font des associations d'usagers un partenaire précieux dont il serait dommage de se passer, si de leur côté elles sont sensibles à cette proposition.

- Il est recommandé de s'appuyer sur les associations d'entraide et d'auto-support, si besoin pour préparer et lancer la démarche, mais aussi au cours de la vie du groupe participatif, et de les associer soit à titre ponctuel, soit à titre plus permanent, aux débats et travaux. Un protocole, voire une convention pourront définir le cadre d'intervention de chacun au sein du groupe²⁸.

Les établissements médico-sociaux gérés par un établissement de santé sont tenus d'appliquer la loi du 2 janvier 2002. L'établissement de santé gestionnaire est lui-même soumis à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour les services de soins. Dans ces établissements, il peut être intéressant de créer des passerelles entre les deux types de dispositifs : droits des usagers de la loi du 2 janvier 2002, droits des malades de la loi du 4 mars 2002.

Par exemple, les associations d'autosupport et d'entraide dans le domaine de l'addictologie peuvent être invitées à demander un agrément pour siéger dans les commissions hospitalières du type Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

- Pour les EMS gérés par un établissement de santé, il est recommandé aux professionnels d'inviter les usagers ou leurs représentants à se mettre en relation avec les diverses associations de bénévoles agréées participant aux commissions d'usagers prévues par la loi dans le cadre des droits des malades.

1 7 Un espace dédié aux usagers

- Il est recommandé de mettre à la disposition des usagers dans l'établissement un espace dédié à leur participation, où ils trouveront ordre du jour, dates, comptes rendus, noms de leurs représentants éventuels et toutes informations liées aux groupes participatifs et supports de participation (questionnaires, enquêtes en cours...).

Dans cette association, un comité de pilotage a été constitué avec un représentant professionnel de chaque service concerné, avec l'objectif d'aboutir à la création du groupe d'expression participatif.

Le comité de pilotage, soutenu par une association d'autosupport, a effectué des allers-retours avec les équipes, ce qui a permis à la question de mûrir auprès des professionnels. Les professionnels sollicités par questionnaire ont fortement répondu (66 %) et alimenté ainsi la réflexion du comité de pilotage. Les responsables, eux-mêmes surpris, ont ainsi constaté que les professionnels s'emparaient assez facilement de cette question et qu'il y avait finalement peu de freins.

²⁸ Dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002, il n'y a pas de procédure d'agrément prévue pour les associations représentant les usagers.

2 La mise en place d'un groupe participatif

Il s'agit des *groupes participatifs* tels que CVS et assimilé, groupes d'expression participatifs.

2 1 Participation directe ou indirecte ?

Selon le moment de la vie institutionnelle, telle forme (CVS ou assimilé, groupe d'expression participatif ouvert à l'ensemble des usagers) paraîtra plus adaptée et réaliste que telle autre. À un moment donné, la représentation est possible, et à un autre moment de la vie institutionnelle, il paraît difficile de la faire vivre.

Il ne s'agit pas d'opposer démocratie représentative et participation directe, mais de considérer qu'il y a une continuité entre ces formes de participation. La participation au sein d'un groupe est essentiellement un processus qui se construit dans le temps.

La représentation a des avantages par rapport à un groupe d'expression participatif ouvert à l'ensemble des usagers :

- les règles, le champ et les objectifs sont plus faciles à tenir que dans un groupe où tous les usagers sont présents ;
- l'animation est facilitée par le fait que les objectifs du groupe sont clairs pour tous les participants. La continuité des travaux du groupe est plus facile à assurer ;
- le groupe de représentants constitue souvent le seul lieu où il est prévu réglementairement que des représentants des principaux acteurs confrontent leur point de vue et associent leur réflexion pour trouver ensemble des solutions et faire des propositions ;
- le CVS est la seule instance participative dont la présidence soit confiée par les textes réglementaires à un représentant des usagers. Le soutien éventuel pour l'animation s'effectue clairement dans le cadre de cette prérogative ;
- dans la pratique, le statut de représentant peut faciliter la possibilité de se rendre à l'invitation d'autres CVS ou réunions officielles et ainsi permettre aux usagers de porter leur parole et leurs propositions au-delà de l'établissement.

Dans cet établissement hébergeant des personnes alcoolodépendantes, les usagers sont attachés au cadre formel du CVS et à la présence des dirigeants au plus haut niveau. Des suites concrètes étant données aux échanges, les représentants des usagers sont considérés comme une force réelle de proposition.

- Il est recommandé, lorsqu'un groupe d'expression participatif fonctionne bien, de se poser la question de l'opportunité de mettre en place une représentation des usagers (CVS ou assimilé). Si finalement cette possibilité n'est pas retenue, il est recommandé aux professionnels de reposer la question quand les participants se sont renouvelés, ou que le moment et la configuration semblent plus favorables.

Mais l'exercice de la représentation présente aussi des risques : perte de liens avec les autres usagers, risque que ce soient les mêmes qui se spécialisent dans la fonction de représentant, entraînant un désintérêt des autres, éloignement des préoccupations des usagers...

- Quand le choix d'un groupe de représentants a été fait, il est recommandé d'installer parallèlement des formes d'expression accessibles à tous les usagers dans chaque établissement²⁹, chaque service, lieu d'hébergement, lieu de vie, d'accueil, afin notamment de préparer les travaux des représentants.

2 2 Le mandat représentatif : des représentants élus ou désignés

Dans les établissements du secteur de l'addictologie, les représentants des personnes accueillies peuvent être soit élus, soit désignés avec leur accord. Les modalités de désignation sont alors précisées dans le règlement de fonctionnement (CASF, art. D.311-10).

Les établissements du secteur font souvent état de difficultés dans l'élection de représentants des usagers. Pour y pallier, certaines équipes ont mis en place des groupes au sein desquels les représentants des usagers sont désignés par les professionnels ou le directeur. Cette possibilité, prévue par la réglementation, peut induire des malentendus entre usagers et des difficultés de positionnement des usagers désignés.

Certaines structures, pour familiariser peu à peu les usagers à l'exercice de la représentation, incitent certains à devenir des porte-paroles occasionnels, puis réguliers. Cette pratique est intéressante si elle débouche à terme sur une élection.

- Il est recommandé de choisir plutôt l'élection d'usagers que leur désignation.

Les avantages de la participation au travers de représentants élus sont importants :

- il est plus facile de faire comprendre à un usager élu qu'il n'est pas là pour parler de sa situation personnelle. L'exercice du mandat électif est une occasion de passer d'une auto-légitimation à une légitimation par les pairs, et d'effectuer des allers-retours avec ces derniers pour enrichir le débat ;
- d'une façon générale, y compris pour les professionnels, la tenue de réunions entre représentants élus induit une prise de distance avec le positionnement habituel des participants ;
- l'élection par ses pairs confère un caractère de légitimité démocratique, que la procédure de désignation ne permet pas d'introduire. L'élection des représentants des professionnels, aux côtés du représentant de l'organisme gestionnaire et souvent du directeur ou de son délégué donne du poids et de la légitimité au groupe ;

²⁹ Dans le cas d'un CVS unique pour plusieurs établissements, cas prévu par les textes réglementaires (CASF, art. D.311-3) : « Lorsque plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux sont gérés par une même personne publique ou privée, une instance commune de participation peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou de services, au sens de l'article L.312-1 ».

- le fait qu'un faible pourcentage des usagers vote n'enlève pas sa légitimité au représentant élu. Il traduit seulement une ou des difficultés dans la mise en place de l'élection, qu'il convient d'analyser. La faible représentativité ne disqualifie pas le processus, mais nécessite ensuite que le représentant élu soit attentif aux liens à entretenir avec l'ensemble des pairs ;
- l'élection de représentants est une dimension essentielle de la citoyenneté, que le public accueilli exerce parfois peu en dehors de l'établissement. Il est d'autant plus important que les personnes puissent l'exercer à l'intérieur de l'établissement, en découvrent le processus et en constatent les résultats.

2 3 Assurer un bon démarrage

Lors de la phase de préparation, plusieurs établissements se sont fait accompagner par des formateurs, qui ont assuré des réunions préparatoires distinctes d'usagers, et de professionnels. Des associations d'entraide et d'auto-support ont proposé leurs services pour cet accompagnement, en faisant valoir leur expertise sur le sujet.

- En cas de besoin, il est recommandé de faire appel à des formateurs externes pour préparer et accompagner la phase de démarrage du groupe participatif.

L'intervention de représentants d'usagers venant d'autres établissements peut aussi constituer un bon moyen de répondre à leurs questions et de leur permettre de se représenter ce qu'est concrètement un groupe participatif et le rôle du représentant.

Pour l'élection de représentants des usagers, une *campagne électorale* peut s'organiser au moyen de documents à distribuer, affiches, réunions de présentation des candidats, avec l'appui technique de l'équipe, afin de permettre aux candidats de se faire connaître, aux usagers de voter en connaissance de cause et à tous de se familiariser avec la démarche. Cette *campagne* est d'autant plus importante dans les services ambulatoires ou à hébergement diffus, où les usagers ne se côtoient pas régulièrement.

- Il est recommandé de formaliser le processus d'élection des représentants des usagers en organisant une *campagne électorale*.

Les textes réglementaires prévoient à propos du CVS des élections à scrutin secret en vue de l'élection des représentants des usagers.

- Il est recommandé, pour l'élection de représentants, de garantir l'anonymat du vote (isoloir ou espace où s'isoler) avec une aide éventuelle pour les personnes maîtrisant mal l'écriture ou souhaitant des explications sur la démarche. L'objectif est d'éviter une pression du groupe ou des candidats sur les électeurs.

2 4 Modalités pratiques de fonctionnement

Le groupe participatif se donne un cadre de fonctionnement lors de sa première réunion³⁰. L'existence de ce *règlement intérieur* permet de différencier le groupe participatif des autres activités collectives, enjeu particulièrement important dans le secteur médico-social de l'addictologie.

Le règlement intérieur peut aussi être complété par quelques principes communs à la vie des groupes : absence d'attaques personnelles, respect du point de vue de l'autre, ne pas monopoliser la parole, respect de l'ordre du jour, confidentialité des informations échangées relatives aux personnes...

On peut aussi y faire figurer des aspects susceptibles d'enrichir le volet formel : par exemple, éléments spécifiques à la structure et/ou objectifs du projet d'établissement susceptibles de concerner la participation des usagers.

Le règlement intérieur prévoit :

- les règles de la composition du groupe ;
- les règles de la présidence ;
- la périodicité et la durée ;
- le lieu et les horaires ;
- l'ordre du jour et les invitations ;
- le compte rendu et le statut des travaux du groupe participatif.

Les règles de la composition du groupe

Il s'agit de rappeler les modalités liées au type de groupe participatif choisi.

Du côté des usagers

Dans les groupes d'expression participatifs, les professionnels veilleront à ce que les usagers soient systématiquement plus nombreux que les professionnels.

■ Dans ce Csap, avant le début des échanges, si le nombre des professionnels excède celui des usagers, certains professionnels quittent le groupe participatif.

Dans le cadre d'une élection, il importe de prévoir un nombre de représentants suffisant, en lien avec le rythme de renouvellement des usagers. Cela permet de faire face aux départs et aux défections, en consolidant la représentation.

- Il est recommandé de prévoir une procédure pour gérer l'absentéisme et la sortie de la structure des représentants élus, afin d'assurer la poursuite du CVS ou assimilé. En cas d'absence, l'utilisateur élu peut se faire remplacer par un suppléant élu et/ou désigné par lui-même. La désignation peut être utilisée pour remplacer des représentants qui interrompent leur mandat, si l'on veut éviter de remettre en place une procédure d'élection qui paraîtrait trop lourde.

³⁰ Le CASF prévoit effectivement l'établissement d'un règlement intérieur pour le CVS (art. D.311-19) ; ce cadre doit figurer dans le règlement de fonctionnement pour les autres formes de participation (art. D.311-23 et D.311-24).

Du côté des professionnels

Certaines structures, pour familiariser les équipes avec leur nouveau positionnement au sein d'un groupe d'utilisateurs, ont mis en place un roulement. Celui-ci permet à l'ensemble des professionnels de vivre l'expérience du groupe participatif. Ce roulement évite aussi de spécialiser sur la durée un ou deux professionnels au risque d'un désinvestissement du reste de l'équipe.

- Il est recommandé d'inciter à un renouvellement des représentants des professionnels, afin d'éviter un désinvestissement du reste de l'équipe.

Au sein du CVS, il est prévu que les personnels des établissements soient représentés de la manière suivante³¹ :

- par des représentants élus par l'ensemble des personnels ;
- par des représentants élus, parmi l'ensemble des personnels, par les membres du comité d'entreprise ou, à défaut, par les délégués du personnel ou, s'il n'existe pas d'institution représentative du personnel, par les personnels eux-mêmes.

Ces représentants sont élus au scrutin secret.

- Afin de respecter une symétrie entre professionnels et utilisateurs dans la désignation des membres du CVS et assimilé : il est recommandé d'organiser des élections ouvertes à tous les membres du personnel pour désigner leurs représentants au CVS et assimilé. Le directeur proposera cette modalité aux représentants du personnel, en conformité avec les textes réglementaires évoqués précédemment.

Les règles de la présidence

Les dispositions réglementaires précisent que le CVS est présidé par un représentant des utilisateurs³². Elles n'apportent pas de précision pour les autres formes de groupes participatifs.

Il convient d'éviter que le groupe soit systématiquement et uniquement animé par un professionnel.

- Dans le groupe d'expression participatif, il est recommandé aux professionnels de faire désigner par le groupe une personne parmi les utilisateurs pour assurer la présidence, donner la parole et organiser les débats. À défaut, ils peuvent aussi inciter un utilisateur à occuper cette fonction le temps de la réunion.

La périodicité et la durée

La périodicité des réunions doit permettre aux utilisateurs d'avoir une visibilité du groupe participatif, de suivre les travaux et de pouvoir faire analyses et propositions. Elle est établie en fonction du rythme des entrées/sorties, de la durée moyenne de séjour ou de la disponibilité du noyau stable des personnes accueillies.

31 CASF, art. D.311-12.

32 CASF, art. D.311-9.

Lorsque les dispositifs de participation sont trop occasionnels, ou dictés par l'événementiel, ils risquent vite d'apparaître opportunistes, à la discrétion des responsables ou des professionnels. Se limiter à trois réunions par an – tel que mentionné comme rythme minimum pour le CVS (CASF, art. D.311-16) – risque de décourager la participation réelle en raison du délai trop important pour assurer une continuité entre les débats.

- Il est recommandé de choisir une périodicité réaliste compte tenu de la disponibilité des participants et suffisante pour assurer la continuité de la réflexion.

Cette association qui propose des consultations pour des personnes alcoolo-dépendantes (CCAA) et des hébergements sur plusieurs sites géographiques organise une réunion du CVS tous les trois mois (4 réunions par an), mais des réunions de préparation dans les sites une fois par mois, auxquelles participe l'ensemble des usagers.

- Il est recommandé d'assurer la régularité et la pérennité des réunions. Il est fortement déconseillé d'annuler une réunion prévue, sous prétexte que les professionnels ou le directeur sont absents. Il convient alors de tenir la réunion avec le suppléant ou un professionnel remplaçant et de suivre l'ordre du jour prévu.

La durée des réunions doit tenir compte de la capacité de concentration des participants et des contraintes pratiques. Une durée de deux heures semble un maximum pour traiter les questions sans fatigue, quitte à organiser une réunion supplémentaire si besoin.

Le lieu et les horaires

Le lieu de réunion choisi répond à des exigences pratiques, symboliques et de convivialité. Le lieu permettra d'accueillir dans de bonnes conditions le nombre de participants fixé ou attendu, et de disposer de tous les moyens permettant de faciliter la présidence et l'animation (paper-board, papier et crayons, espace physique suffisant pour se lever sans déranger...).

Le lieu choisi est symboliquement marqué par son utilisation habituelle : salle de réunion de l'équipe, espace d'accueil, salle de réunion du conseil d'administration, salle située au siège de l'organisme gestionnaire, salle à manger... Chaque lieu a ses avantages et ses inconvénients, et bien souvent le choix est limité. L'essentiel est de pallier les inconvénients, en redonnant du sérieux par l'animation ou de la convivialité dans les lieux « institutionnels » (buffet, agencement des tables et chaises...).

Le CVS de cette association qui gère plusieurs établissements médico-sociaux et sociaux se tient alternativement dans chacune des structures. Chaque établissement ou service a à cœur de bien accueillir les membres du CVS, de faire visiter les lieux, de faciliter le contact avec les usagers et les professionnels... Les usagers du Cspas y trouvent une occasion de valoriser leur établissement et de rencontrer des gens nouveaux.

- Il est recommandé de combiner la convivialité de l'accueil (ce lieu et ce moment doivent être particulièrement accueillants) et rigueur du cadre (horaires, ordre du jour...).

Dans ce Caarud, à la demande des usagers, pourtant eux-mêmes en situation de grande précarité et afin de préserver le caractère « sérieux » du groupe participatif, il a été proposé de servir la collation une fois sur deux. Elle était tellement appréciée qu'elle empiétait trop sur le temps d'expression !

Les horaires de présence des usagers ne sont pas nécessairement faciles à faire coïncider avec ceux des professionnels, des administrateurs, de la direction...

- Il est recommandé de tenir compte du planning des représentants pour permettre leur présence effective, et de choisir des horaires permettant de mobiliser un maximum d'usagers dans le cadre du groupe d'expression participatif.

L'ordre du jour et les invitations

L'ordre du jour du groupe participatif est coétabli par les usagers et les professionnels (par le président et le directeur dans le cadre du CVS³³), l'objectif étant *in fine* de laisser la plus grande marge de manœuvre possible aux usagers.

- Il est recommandé de solliciter l'ensemble des usagers pour recueillir leurs propositions de thèmes, en utilisant les supports de la participation : questionnaire, boîte à idées, cahiers d'expression, tableau, feuille à disposition en salle d'attente, retours de ce qu'entendent les professionnels dans les espaces d'expression informels et les usagers relais dans leurs contacts avec les pairs...

- Il est recommandé de s'engager à traiter toutes les questions entrant dans le champ de compétences du groupe participatif, à savoir toutes les dimensions du fonctionnement de l'établissement, en s'appuyant sur la liste réglementaire (CASF, art. D.311-15). Il n'y a pas lieu de *filtrer* les questions si elles ne sont pas personnelles.

La mise en place des Csapa et les évolutions qu'elle nécessite peuvent également constituer un thème d'échange au sein du groupe participatif : modalités de mise en œuvre des missions, mise en place des programmes spécifiques, propositions d'activités nouvelles ou vers d'autres publics, droits des usagers et outils de la loi du 2 janvier 2002.

33 CASF, art .D.311-16.

Les principaux thèmes mobilisateurs recensés

Le questionnaire a permis de repérer les thèmes mobilisateurs suivants :

- organisation de l'espace d'accueil et questions liées à la vie quotidienne (salle d'attente, gestion des services collectifs de type douche ou machine à laver) convivialité (machine à café...);
- règles assurant la confidentialité et l'anonymat ;
- conciliation des droits et des obligations : l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, la consommation de substances pendant le séjour ;
- gestion des conflits, notamment en salle d'attente ou dans les espaces d'accueil collectif, le rendez-vous suscitant une sensibilité accrue aux retards, aux contretemps et des exigences démesurées à l'égard des professionnels et des autres usagers... ;
- contenu et organisation des activités collectives : projets d'ateliers, projet d'équipement, de travaux ; permanence des ateliers (remplacement des professionnels animateurs en cas d'absence...);
- proposition de création ou d'amélioration de prestations : réunion d'usagers ou préparation d'expositions portant sur la prévention et la réduction des risques, organisation d'une antenne mobile pour aller au contact des usagers dans la rue, intervention en milieux festifs... ;
- parcours de l'usager, accès aux soins et aux traitements de substitution aux opiacés, accès aux droits, difficultés et recherche de solutions : informations sur les pathologies chroniques, la dignité du patient en fin de vie, la clinique des addictions, les conditions de l'accompagnement et le rôle de chaque professionnel (pluridisciplinarité) ;
- rapports de voisinage, médiation sociale ;
- thèmes politiques ou de citoyenneté plus « large » : justice et injustice sociale, évolution des politiques publiques, répression/protection... Impact sur la vie quotidienne des politiques en matière d'addiction, prévention routière, les droits sociaux, les obligations, notamment obligation de soins ou injonction thérapeutique...

(Source : questionnaire Anesm)

Il est conseillé d'avoir un ordre du jour court ; par exemple, un thème complexe et une question concrète plus facile à aborder suffisent pour une réunion de deux heures.

Ce CSST a traité 2 thèmes lors d'une récente réunion du groupe participatif :

- une présentation par un éducateur spécialisé et une assistante sociale de leur rôle respectif, pour répondre à la question issue de l'enquête de satisfaction : à quoi sert un éducateur spécialisé/une assistante sociale dans le CSST ? Un débat a fait suite à chacune des présentations, permettant de confronter la perception des usagers et celle des professionnels ;
- installation d'un bandeau lumineux pour les informations aux usagers, qui nécessiterait d'augmenter le prix du café pour le financer...

Les professionnels complètent l'ordre du jour au fur et à mesure des séances par leurs propres propositions, selon les thèmes imposés par les textes législatifs et réglementaires et ce qui leur semble prioritaire.

Au-delà de l'obligation légale de consulter les usagers sur le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement, il est judicieux d'impliquer le groupe participatif dans l'élaboration/révision du livret d'accueil de l'établissement. Ainsi coélaboré avec les usagers, il parlera plus facilement au public concerné.

- Il est recommandé de réviser le règlement de fonctionnement régulièrement, à un rythme qui tienne compte des évolutions au sein de l'établissement. La participation des usagers à cette révision permet à la fois d'intégrer le règlement de fonctionnement et de procéder aux adaptations nécessaires.
- Il est recommandé d'associer les usagers à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi qu'à l'actualisation du projet d'établissement³⁴.
- Il est recommandé que les professionnels donnent une information collective précise sur l'organisation des soins, les différents traitements proposés, leurs effets et les alternatives possibles.

Il convient de permettre au groupe participatif d'être réactif à l'actualité, de conserver le caractère attractif des groupes d'expression informels et éventuellement d'anticiper les prochains thèmes de débat.

- Il est recommandé de laisser la possibilité de questions ouvertes à la fin de l'ordre du jour, avec un temps suffisant pour les examiner.
- Il est recommandé d'organiser des réunions supplémentaires, selon l'actualité à l'extérieur et à l'intérieur de l'établissement.

La communication sur les dates et l'ordre du jour utilise des supports diversifiés : l'affichage se combine avec des invitations personnalisées quand la file active le permet. Les dates peuvent être programmées et diffusées largement à l'avance.

Certains Csapa, pour faciliter la mémorisation, choisissent un principe tel que réunion du groupe participatif tous les premiers jeudis de chaque mois. Certaines équipes joignent un bulletin-réponse à l'invitation, incitant à proposer des thèmes.

Ce Caarud invite les usagers au groupe participatif par envoi de textos et distribution de *flyers*, en s'appuyant sur les équipes de rue.

- Il est recommandé de rendre public l'ordre du jour du groupe participatif au moins huit jours avant la réunion³⁵. Cette communication est relayée verbalement par l'ensemble des professionnels, et peut s'appuyer sur des usagers-relais.

34 Les modalités de participation des usagers à l'évaluation sont traitées dans la recommandation « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du CASF* », Anesm, juillet 2009. Les modalités de participation des usagers à l'actualisation du projet d'établissement sont proposées dans une recommandation sur le projet d'établissement et de service à paraître.

35 Ce délai de huit jours minimum constitue d'ailleurs une obligation réglementaire pour les CVS (CASF, art. D.311-16).

Le compte rendu et le statut des travaux du groupe participatif³⁶

Toutes les réunions du groupe participatif donnent lieu à un compte rendu largement diffusé à l'ensemble des usagers, dans un délai rapide. Quand il ne présente pas de complexité majeure, une quinzaine de jours semble un délai raisonnable. Un secrétaire de séance est choisi parmi les usagers, aidé autant que de besoin dans la prise de notes par un professionnel.

- Il est recommandé de s'assurer en séance de l'accord sur la formulation des points principaux et de s'en tenir à un compte rendu bref. Les professionnels sont garants que l'anonymat des propos est respecté dans les comptes rendus.

Il convient d'utiliser dans le compte rendu un vocabulaire accessible à tous, vivant, reprenant si possible les mots utilisés par les participants. Dans la mesure où le groupe participatif nécessite la consultation et la production de documents écrits, la question de la compréhension de ces documents est centrale. Des supports facilitateurs (documents imagés...) peuvent être proposés.

Certains usagers ont du mal à lire et n'osent pas le dire. La secrétaire d'accueil de ce CCAA connaît le problème et lit le compte rendu avec les personnes concernées.

- Il est recommandé de s'assurer de la compréhension des écrits par les usagers et de la faciliter par tous moyens appropriés.
- Il est recommandé d'assurer si nécessaire la traduction des textes et des débats, lorsque l'établissement reçoit régulièrement des personnes ne maîtrisant pas la langue française. Des usagers relais peuvent être proposés pour servir d'interprètes.

Les usagers peuvent souhaiter consulter les comptes rendus précédents³⁷ ; leur archivage peut aussi fournir un terrain d'études aux stagiaires et chercheurs.

Ce Csapa propose un classeur consultable en salle d'attente pour les comptes rendus de l'année et archive les précédents au secrétariat.

- Il est recommandé de conserver les comptes rendus des groupes participatifs et de faciliter l'accès des usagers et des professionnels concernés à ces archives.

Même si ces réunions sont par définition consultatives, et que les décisions à proprement parler portent sur des questions limitées, il est essentiel de bien informer les participants sur le statut des propositions.

- Il est recommandé de clarifier le mode de décision après concertation et d'indiquer autant que faire se peut le niveau de participation où se situe le groupe participatif selon le thème dont il débat.

³⁶ Cf. Dispositions relatives au « relevé de conclusions » et « comptes rendus de séance » : CASF, art. D.311-20 (CVS), art. D.311-24 (autres instances de participation).

³⁷ « Le relevé de conclusions des formes de participation mises en œuvre peut être consulté sur place par les bénéficiaires de la prise en charge, les familles ou les représentants légaux, qui n'en sont pas membres » (CASF, art. D.311-32-1).

2 5 L'animation

Soutenir la qualité de l'animation

L'animation est assurée par l'utilisateur qui préside le groupe participatif.

Un soutien à l'animation peut être proposé et non imposé. Il peut prendre la forme d'une aide à l'élaboration de l'ordre du jour, à la conduite des débats, à la formulation d'une conclusion, etc. Il est souhaitable qu'il soit réalisé par un intervenant formé au travail de groupe et à l'*empowerment*. Il peut y avoir une phase de coanimation, avant que l'appui de l'intervenant professionnel laisse de plus en plus l'initiative aux usagers animateurs. L'intervenant peut aussi jouer un rôle de modérateur. Il veillera à ne pas se substituer au président de séance.

Il est préférable, dans la mesure du possible, que la coanimation d'un groupe participatif soit assurée par un intervenant autre que le directeur.

- Quel que soit le type de groupe participatif, il est recommandé de soutenir si nécessaire l'animation des débats par l'utilisateur, selon une forme à convenir ensemble.
- Il est recommandé de préciser dans le règlement intérieur les règles de la coanimation.
- Il est recommandé de rappeler en début de réunion le cadre général et les objectifs du groupe participatif, notamment si de nouveaux participants sont là. Pour limiter les malentendus, il sera précisé à quel titre les professionnels sont présents. Ce rappel est aussi l'occasion de différencier le groupe participatif des autres groupes organisés dans la structure.

Apprendre la distanciation

Dans les échanges au sein d'un groupe participatif il est courant de s'appuyer sur les expériences personnelles pour parvenir peu à peu à un niveau d'intérêt collectif. Ces échanges permettent l'apprentissage progressif de la distanciation.

- Il est recommandé d'éviter dans les débats tant un niveau de généralité trop abstrait que l'exposé détaillé de cas personnels qui n'intéressent que peu le reste du groupe. Le coanimateur pourra renvoyer la personne vers l'intervenant social chargé de l'accompagnement ou vers l'instance appropriée.

Apprendre la tolérance

Libérer la parole peut entraîner des propos intolérants, qu'il convient de reprendre et de cadrer. Le groupe apprend peu à peu à tolérer des formes d'intervention diverses.

Les usagers de certains Caarud se côtoient aussi à l'extérieur de l'établissement. L'animateur des groupes participatifs veille à ce que les éventuels conflits externes ne viennent pas interférer avec les débats internes.

- Il est recommandé de mettre en place une « tolérance active » dans les échanges, le coanimateur jouant un rôle de modérateur.

Faire circuler la parole

Le coanimateur peut solliciter les usagers qui ne s'expriment pas, ou ceux qui peuvent avoir des difficultés compte tenu qu'ils sont minoritaires et ont du mal à s'intégrer dans le groupe (les femmes...), en les plaçant par exemple à côté ou en face de lui ou en organisant un tour de table (sans pour autant *imposer* la prise de parole). Le coanimateur s'attachera à valoriser les interventions qui nécessitent un soutien face au groupe. Des supports d'aide à l'expression pourront s'avérer utiles.

- Il est recommandé de veiller à ce que chaque participant puisse s'exprimer s'il le souhaite.

On évitera aussi les échanges de questions/réponses entre usagers et responsable de la structure. Quand les groupes participatifs ne donnent pas lieu à de réels débats, les participants s'ennuient et risquent de désinvestir le groupe.

- Il est recommandé de maintenir un espace de débat entre les différents participants.

Prendre le temps nécessaire

Il est nécessaire parfois de passer beaucoup de temps sur des questions dont on ne perçoit pas tout de suite l'intérêt, des sujets simples mais qui ont beaucoup d'importance pour certains, à un moment donné.

Les questions matérielles sont très importantes pour la vie quotidienne et le confort des usagers, et ce n'est qu'après y avoir répondu qu'on peut aborder des questions *de fond*, ouvrant la possibilité d'échanges constructifs.

■ Dans ce centre thérapeutique, le veilleur de nuit avait décidé de limiter à trois minutes la sortie nocturne des résidents pour fumer une cigarette dans le jardin.

■ Dans ce Caarud, la température du lave-linge était systématiquement bloquée à 30° par l'éducateur, pour pouvoir mélanger tous les vêtements.

Ces deux décisions qui ne convenaient pas aux usagers concernés ont pu être aménagées lors des groupes d'expression.

- Il est recommandé de prendre du temps pour répondre aux questions, notamment matérielles, pour que chacun puisse s'exprimer et soit écouté.

Se donner un objectif de production

Un objectif de production permet d'éviter de se perdre dans des digressions trop personnelles ou générales. La production permet de construire la bonne distance avec les sujets abordés. Elle stimule et structure le travail du groupe.

Dans ce Csapa, le groupe participatif souhaitant diversifier les actions de prévention, a monté une exposition autour de l'interaction entre la consommation de substances et la nutrition.

Un autre établissement a monté une pièce de théâtre avec l'appui d'une association d'entraide dans l'objectif de sensibiliser le grand public à la question des addictions.

Il peut être utile de mener des enquêtes pour aider à la connaissance d'un thème ou la résolution d'un problème. Les usagers peuvent alors se répartir les tâches, avec l'aide des professionnels : élaboration puis diffusion de questionnaire, entretiens...

- Il est recommandé, notamment pour relancer la dynamique participative, d'avoir un objectif de production et d'aider les usagers volontaires à se répartir les tâches.

La fin de la réunion

- Il est recommandé de récapituler en fin de séance les points qui devront être suivis, les décisions prises ou à prendre, et de définir un calendrier.

2 6 La dynamique participative et la pérennisation du groupe : retours et suites

Pour entretenir la dynamique participative et pérenniser le groupe participatif, il convient :

- d'assurer le suivi de la démarche : montrer la progression des débats, soutenir les projets, assurer le suivi des décisions ;
- d'articuler concrètement le groupe avec les autres groupes, acteurs et activités internes ;
- d'ouvrir le groupe participatif sur son environnement.

Assurer la continuité de la démarche

La prise en compte des propositions et des décisions est le plus sûr moyen de faire vivre la participation.

C'est le représentant des professionnels ou l'intervenant chargé de la coanimation qui rend compte à l'équipe ; en l'absence du directeur, c'est le professionnel délégué par la direction qui rend compte aux responsables de l'établissement.

On évitera que le compte rendu à l'équipe ne prenne une allure de réunion éducative, où les attitudes, comportements, prises de position des représentants des usagers sont analysés dans une perspective éducative (et non participative). Cette réunion permet au contraire de préparer concrètement les réponses et de lancer la réflexion de l'équipe sur les thèmes du groupe.

- Il est recommandé d'assurer la transmission des conclusions des réunions au directeur de l'établissement (s'il n'y participe pas lui-même) et à l'ensemble de l'équipe. On permet ainsi à l'ensemble des professionnels de s'approprier les conclusions des débats et de se sensibiliser aux enjeux.

- Il est recommandé au directeur de donner une suite aux propositions et remarques, et, d'une façon générale, de tenir compte des travaux du groupe dans son management.
- Il est recommandé de rappeler en début de séance l'avancée des sujets ou la mise en place des décisions, afin d'installer le groupe lui-même dans la durée. La difficulté de tenir les échéances peut venir de multiples facteurs et acteurs (dont les usagers eux-mêmes) et ne constitue pas un problème en soi si les raisons sont explicitées.
À l'issue de leur mandat ou de leur période d'exercice de la coanimation, il est intéressant que les professionnels présents dans le groupe participatif fassent un bilan auprès de leurs collègues.
- Il est recommandé au responsable de l'établissement de fournir aux représentants des professionnels l'occasion de récapituler devant leurs collègues le contenu des travaux, les étapes de l'éventuelle coanimation et les points en suspens ou en projet. Si de nouveaux candidats se proposent, les anciens représentants faciliteront le passage de relais.

Articuler les travaux du groupe avec la vie institutionnelle

Le travail d'accompagnement nécessaire pour faciliter la participation des usagers fait partie intégrante du travail global, et le positionnement des professionnels dans le groupe participatif est une construction continue qu'il n'est pas facile de tenir sur la distance.

- Il est recommandé de réguler cet aspect de l'activité professionnelle dans le cadre de l'analyse des pratiques, lorsqu'elle est mise en œuvre.
Dans la salle d'attente ou au cours des activités, il est courant que des remarques sur le fonctionnement de l'établissement soient faites par les usagers, soit entre eux, soit à l'adresse des professionnels en charge de l'accueil.
- Il est recommandé aux professionnels de transmettre au groupe participatif les informations, remarques, propositions issues des espaces informels, avec la participation ou l'accord des usagers concernés.
Des liens peuvent être faits avec les activités à vocation éducative, sociale, de formation, d'insertion :
 - pour soutenir les travaux du groupe participatif : par exemple, fabrication des supports de communication, journal, affiche, prospectus... ;
 - pour relayer des débats ou propositions liés au fonctionnement de l'établissement, ou renvoyer ceux-ci vers le groupe participatif ;
 - pour alimenter la réflexion du groupe participatif, en termes de méthode ou de thèmes de débat.

Il est intéressant pour le groupe participatif de nouer des relations avec les instances représentatives du personnel, notamment sur les questions d'organisation mettant en jeu le droit du travail.

- Il est recommandé, quand les thèmes s'y prêtent – droit du travail, sécurité, formation... – d'inviter ponctuellement un représentant du personnel (délégué du personnel, membre du comité d'entreprise...)

Ouvrir le groupe à l'externe

L'ouverture des groupes participatifs sur des acteurs externes (habitants, partenaires, personnes ressources...) et sur l'environnement de l'établissement renvoie à deux principaux enjeux :

- la citoyenneté. La participation sur des questions internes peut déboucher sur une réactivation des liens de proximité et la participation à la vie locale ; cet enjeu est d'autant plus important que le risque de rejet par le voisinage est souvent fort ;
- l'accès aux droits : les usagers connaissent parfois mal leurs droits ou sont en butte à des obstacles auprès de partenaires, dans des lieux ou au sein d'activités censés leur être ouverts. Un groupe participatif pourra d'autant plus aider à construire un rapprochement qu'il accueillera en son sein les acteurs externes en question qui pourront aussi exposer leurs conditions de fonctionnement et leurs propres contraintes.

L'ensemble des actions d'ouverture sur l'extérieur dont il est question ci-après nécessite toujours l'accord des usagers, afin de respecter leur droit à l'anonymat, la discrétion et la confidentialité.

Le droit à la confidentialité et à l'anonymat

Tout usager des établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie a droit à la confidentialité des informations le concernant (CASF, art. L.311-3, 4° ; CSP, art. L.1110-4). Dans le cadre des groupes participatifs, il y aurait violation de ce droit en cas de partage d'informations qui ne serait pas nécessaire au déroulement des échanges et qui se révélerait contraire à l'intérêt de l'usager.

Les personnes *toxicomanes* qui se présentent spontanément dans un centre de soins spécialisés, et qui en font la demande, ont le droit à l'anonymat (CSP, art. L.3414-1* et art. R.1112-38). Dans le cadre des groupes participatifs, il s'agit donc de veiller à ne pas diffuser l'identité d'un usager qui en a fait la demande.

* Ce droit à l'anonymat est historiquement issu de la loi du 31 décembre 1970 « relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ».

On peut, selon les thèmes, inviter des administrateurs associatifs, des élus locaux et départementaux, des services et équipements de proximité, la mission locale, le pôle emploi, etc. Il convient alors de s'assurer concrètement des conditions à réunir pour que les invités puissent être présents (horaires, anticipation des contraintes d'emploi du temps, etc.).

Afin de répondre à la difficulté d'intéresser les partenaires à cet exercice, il est possible que des représentants des usagers, éventuellement soutenus par des professionnels, aillent présenter le groupe, les projets, les analyses, les propositions chez des partenaires ciblés afin d'amorcer d'autres relations.

- Compte tenu des difficultés d'accès aux droits, des risques de rejet par le voisinage, et du risque global de stigmatisation, il est recommandé que le groupe participatif, sous réserve de l'accord des usagers concernés, puisse impliquer, au moins ponctuellement, des acteurs externes participant notamment à la vie locale.

Les actions de médiation sociale

La *réduction des risques* repose à la fois sur des interventions à destination directe des usagers et sur l'ensemble des actions qui peuvent favoriser l'inclusion des établissements et services dans la collectivité, « *par la concertation et la médiation au bénéfice des usagers et de l'ensemble des habitants des zones de résidence concernées* » (Cf. Référentiel national de réduction des risques pour usagers de drogues : CSP, annexe 31-2).

Cette mission de médiation, relevant plus particulièrement des Caarud, vise « *l'acceptation et l'insertion des usagers dans la vie locale* », dans un contexte où ces publics et ces établissements sont souvent perçus comme générateurs de nuisances pour leur environnement immédiat. Elle peut trouver un écho pertinent à travers l'ouverture à l'externe des groupes participatifs :

- les groupes peuvent constituer des relais avec les riverains et les autorités locales (représentants des communes, des conseils de quartier, des services de police ou de l'administration judiciaire...);
- ils peuvent être des lieux de rencontres avec d'autres professionnels médico-sanitaires (médecins de ville, pharmaciens, établissements hospitaliers...) pour améliorer l'accès aux soins des usagers.

Les débats au sein du groupe participatif peuvent amener à aborder des sujets de société qui élargissent la participation à une dimension sociale et citoyenne plus large, susceptible de déboucher sur des activités nouvelles.

- Il est recommandé d'organiser des débats thématiques avec des intervenants extérieurs.

Dans cette structure qui accueille des personnes alcoolo-dépendantes, un avocat est venu participer aux échanges du groupe participatif en apportant un éclairage sur les évolutions sociétales et législatives en matière de tolérance aux effets de l'alcool sur les comportements psycho-sociaux : sécurité routière, violences familiales...

Ce Caarud a invité l'association Aides pour sensibiliser le public à l'intérêt de l'action associative pour faire évoluer les politiques sociales et sanitaires.

Le CVS de ce CSST a invité un représentant d'une fédération de parents d'élèves pour évoquer la question de la drogue à l'école et de la coopération entre enseignants et parents sur ce sujet.

Ce CCAA a sollicité un groupe éducatif d'alcoolémie routière pour réaliser une information en salle d'attente...

L'ouverture peut aussi s'exercer auprès d'autres établissements sociaux ou médico-sociaux. Devant les difficultés inhérentes à la mise en place des dispositifs de participation, il convient de :

- favoriser les échanges d'expériences entre équipes appartenant à des structures voisines ou semblables ;
- participer aux réflexions des réseaux professionnels et institutionnels sur la question de la participation.

Cette dynamique permet de sortir de l'*entre-soi* et de confronter les pratiques participatives à d'autres institutions et professionnels.

- Il est recommandé de favoriser des échanges entre équipes d'établissements voisins ou semblables, sur les modalités de participation des usagers.

Afin de permettre aux représentants des usagers de se ressourcer et de partager leurs expériences, les échanges et les rapprochements entre les instances participatives d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux seront encouragés. Les *commissions usagers* des fédérations peuvent aussi être sollicitées, ou leur mise en place proposée.

Les représentants des usagers de ce Caarud parisien ont participé à une réunion à l'initiative des CVS des centres d'hébergement de l'arrondissement (CHRS). Cette association a pris l'initiative de réunir un mouvement d'autosupport et un réseau d'entraide à l'occasion d'un débat autour du droit des usagers.

- Il est recommandé d'encourager les relations entre instances de différents établissements.

L'invitation d'ex-usagers peut faciliter la construction d'une vision plus distanciée des questions de fonctionnement. Les associations d'entraide et d'autosupport peuvent constituer aussi un complément intéressant.

- Il est recommandé d'inviter ponctuellement des usagers sortis de l'établissement.

Lors de manifestations, d'invitations ou d'occasions auxquelles l'établissement est convié, il est important de permettre aux représentants d'usagers (permanents ou désignés par leurs pairs pour l'occasion) de participer dans le cadre de leur mandat. Ce peut être à l'occasion de l'invitation de personnalités, d'opérations portes ouvertes ou dans des manifestations extérieures, de type conseils de quartier, événements de la vie locale, fêtes, etc.

- Il est recommandé de fournir des occasions aux représentants d'usagers d'exercer concrètement cette représentation vis-à-vis de l'extérieur de l'établissement.

2 7 Les dérives possibles, les pratiques à recommander

Il est important de rappeler que le groupe participatif :

- n'est pas une tribune politique, ni un lieu de prosélytisme. Cette remarque est particulièrement pertinente dans les structures où des groupes de pression ou des personnalités de toute sorte peuvent être tentés d'instrumentaliser le groupe ;
- n'est pas un lieu de gestion des cas individuels : ce n'est en aucun cas une sorte de comité paritaire gérant les problèmes de comportement de tel ou tel usager, ou jugeant la compétence de tel ou tel professionnel ;
- n'est pas un lieu où dénoncer uniquement des dysfonctionnements de la structure, ce qui conduit invariablement à désigner un bouc émissaire (tel professionnel, le directeur, « les usagers » en tant que groupe virtuel). Même si le groupe participatif a pour compétence de donner un avis sur l'ensemble des questions se posant à l'établissement, ce n'est pas un « bureau des plaintes », que celles-ci émanent des usagers ou du personnel. La participation suppose une autre posture que celle de la présentation d'une liste de doléances.

Le responsable de l'établissement est garant que le groupe participatif reste un lieu de débats constructifs et non un lieu de souffrance pour les usagers ou les professionnels.

- Il est recommandé d'inviter les usagers à se positionner comme force de proposition, puis comme coacteurs des changements et projets éventuels, et non comme simples consommateurs de services.
- Il est recommandé de faire connaître ou de rappeler les voies de recours individuelles pour traiter les questions d'ordre personnel.
- Il est recommandé de clarifier avec les participants externes à l'établissement le positionnement attendu ; cette précision sera formalisée par écrit si la participation envisagée est régulière.

3 La construction et l'utilisation des supports de la participation

Sont traités successivement dans ce chapitre les enquêtes (de satisfaction notamment) et questionnaires mis en place, destinés à recueillir l'opinion et les observations des usagers, puis les autres supports.

L'ensemble de ces supports répondent aux exigences de respect de l'anonymat et de la confidentialité. Leur utilisation par les usagers repose sur la base du volontariat.

3 1 Les enquêtes et les questionnaires

Les textes réglementaires font référence à des enquêtes de satisfaction, en tant qu'*autre forme de participation*. Elles sont fortement utilisées dans les établissements médico-sociaux de l'addictologie ; sur le secteur sont également utilisés des questionnaires ciblés sur un aspect particulier du fonctionnement.

La participation des usagers à ces différents questionnements peut être de plusieurs ordres :

- les usagers peuvent être *destinataires* de questions posées par les professionnels (c'est souvent le cas de l'enquête de satisfaction). L'intérêt est de pouvoir rassembler à un moment donné l'avis d'un grand nombre de personnes accueillies ou accompagnées. Ces questionnaires peuvent être testés sur des usagers, afin de proposer notamment des améliorations dans la formulation ;
- des usagers peuvent être à l'*initiative* d'un questionnaire destiné à leurs pairs, voire à d'autres « acteurs » (aux professionnels, à certains partenaires, à l'organisme gestionnaire...).

Ces enquêtes et questionnaires, utilisés de manière complémentaire au groupe participatif, se révèlent d'excellents supports de la participation. Ils peuvent s'avérer mobilisateurs pour soutenir des débats et une réflexion active au sein du groupe participatif.

Cependant, ils peuvent présenter le risque d'encourager la passivité des usagers en les considérant comme de simples « consommateurs de prestations » à propos desquelles on se contenterait de leur demander une opinion.

- Il est recommandé que les questions soient construites de manière à permettre une implication active des usagers dans la coproduction d'une amélioration de la qualité des services rendus.

Le questionnement peut être centré sur un volet limité, ou porter sur la globalité du fonctionnement.

Ce support peut être utilisé à tout moment de la dynamique participative, comme par exemple au démarrage du groupe pour déterminer les thèmes prioritaires ou au cours des travaux, pour construire des projets ou faire des propositions en lien avec les attentes des usagers.

- Il est recommandé d'inciter le groupe à construire régulièrement un questionnement des usagers pour approfondir les thèmes mis en travail.
- Certaines études menées à l'initiative des responsables et/ou effectuées par les professionnels, des stagiaires ou des chercheurs, sont susceptibles d'intéresser les usagers pour nourrir leur réflexion : il est recommandé de diffuser auprès des usagers toutes les études et documents – dans le respect des règles de confidentialité – qui peuvent aider leur réflexion et accroître leurs connaissances sur le fonctionnement de l'établissement.

Les précautions à prendre

Une aide peut être apportée aux usagers par les professionnels – qui peuvent proposer une trame, par exemple –, par des stagiaires ou encore des intervenants extérieurs. En effet, construire un questionnement ne s'improvise pas et une enquête insuffisamment préparée risque de ne produire aucun résultat exploitable.

Il convient :

- d'explicitier l'objectif du questionnaire/enquête, de préciser qui en est à l'initiative et à qui sont destinés les retours ;
- de cibler les items sur les aspects du fonctionnement concernant directement les usagers : conditions d'accueil, services et suivi proposé, organisation de l'accueil, permanences de rue... ;
- de cibler les usagers que l'on questionne : selon les items, l'ensemble des usagers sera concerné ou seulement certains d'entre eux (critères de durée d'accueil, de prestations utilisées...).

Pour encourager le renseignement des rubriques, le questionnaire peut adopter une forme visuelle attractive, ludique, aérée. L'enquête de satisfaction peut être testée sur un échantillon d'usagers pour en vérifier la lisibilité.

Une procédure de validation rapide sera mise en place, afin de vérifier que le contenu du questionnaire/enquête respecte le cadre éthique de la participation.

Il convient de ne pas multiplier le nombre de questionnaires et d'enquêtes, et d'en adapter la fréquence au rythme de l'établissement lui-même.

➤ Pour faciliter la compréhension du questionnaire par les usagers, il est recommandé :

- d'accompagner la démarche de réponse au questionnaire. Tout en respectant la liberté de réponse et l'anonymat, il est souhaitable que les personnes puissent être – à leur demande – accompagnées dans la compréhension du questionnaire et de ses enjeux. Des usagers-relais peuvent être sollicités en cas de difficultés de rédaction ;
- de solliciter des professionnels *décalés* par rapport à l'accompagnement pour fournir les explications : la secrétaire d'accueil, le personnel administratif, les stagiaires... ;
- d'échanger autour du questionnaire en petits groupes. S'il faut éviter les pressions du groupe qui peuvent biaiser la sincérité des réponses, celles-ci peuvent être préparées par une explication et des échanges collectifs préalables.

➤ Pour renforcer l'utilité du questionnaire, il est recommandé :

- de cibler les questionnaires sur des questions précises et concrètes ;
- les professionnels constatent que les enquêtes portant sur des questions générales ne sont pas remplies, ou difficilement exploitables. C'est pourquoi il y a lieu de cibler les questions sur des aspects pratiques et concrets, liés à des prestations identifiables ;

- d'inviter les usagers à faire des propositions après avoir exposé leur opinion sur la qualité. Cette invitation rend la démarche plus constructive et fournit des pistes pour les suites à donner ;
 - de mélanger questions fermées et ouvertes : la possibilité de répondre à des questions ouvertes permet d'instaurer un dialogue quant au sens même de la démarche de recueil d'opinion. On peut ainsi proposer une question fermée pour exprimer la satisfaction et une question ouverte pour laisser l'utilisateur exposer ses propositions d'amélioration ;
 - de faciliter la lisibilité des questionnaires en utilisant des mots simples pour formuler les questions et en assurant éventuellement une traduction des questions dans les langues usuelles.
- Pour faciliter l'accès aux formulaires d'enquêtes et questionnaires, il est recommandé :
- de communiquer autour du questionnaire, par voie d'affiche, au cours des réunions, des activités, dans l'espace d'accueil, des entretiens, dans le journal interne... ;
 - d'aménager un espace assurant tranquillité et discrétion pour remplir puis remettre le document (questionnaire disponible en plusieurs endroits, urne opaque, regroupement des questionnaires dans une armoire...).

L'analyse et l'exploitation des résultats

Les réponses au questionnaire Anesm témoignent qu'usagers et professionnels sont associés dans l'analyse des résultats des enquêtes, et confient parfois à une personne-ressource le soin de les aider techniquement dans la compréhension et la présentation des informations. Les professionnels administratifs et du secrétariat, les stagiaires peuvent plus particulièrement seconder les usagers et les professionnels concernés.

Quelques modalités de « retours » aux usagers

- Affichage accompagné par une information orale à l'accueil.
- Affichage accompagné d'une note relative aux suites à donner, aux réajustements envisagés. Echéancier.
- Bilan écrit et présenté dans un classeur en salle d'attente.
- Résultats de l'enquête remis à chaque usager entrant dans la structure.
- Diffusion individuelle sur demande.
- Envoi par courrier.

(Source : questionnaire Anesm)

La diffusion des résultats est rapide, même si elle varie selon les moyens mis à disposition dans l'établissement. Un délai d'une quinzaine de jours semble raisonnable pour entretenir la dynamique d'implication des usagers comme des professionnels.

Cette diffusion concerne les usagers, les professionnels et les responsables, dans le respect des règles de traitement des données à caractère personnel.

- Il est recommandé :
- d'assurer le retour des informations auprès du groupe participatif et plus globalement, de l'ensemble des usagers concernés ;
 - d'organiser un travail de réflexion de l'équipe, après présentation des résultats par la personne ressource qui a mené le travail d'analyse et d'exploitation ;
 - de communiquer aux responsables de l'organisme gestionnaire ces informations.

Selon l'étendue et le champ du questionnement, il pourra être intéressant de le diffuser à l'extérieur, à certains partenaires (avec anonymisation).

Les suites

Les supports de la participation sont au service de la dynamique instaurée notamment dans le groupe participatif.

La réussite d'une enquête et donc d'un engagement de l'utilisateur sur des questions simples (matériel, organisation, décoration de l'accueil, prix du café, affichage...) passe par la visibilité des effets de cette consultation.

- Il est recommandé d'apporter des réponses ou des solutions concrètes aux problèmes soulevés, en y associant les usagers, soit directement, soit par l'intermédiaire du groupe participatif.

3 2 Les autres supports de la participation

D'autres supports sont utilisés pour recueillir avis et propositions des usagers. Ces supports sont le plus souvent disposés dans l'espace dédié aux usagers, et bien souvent l'espace d'accueil.

Ce sont principalement : la boîte à idées, le cahier, le tableau. Internet est peu développé et ne semble pas pour le moment très utilisé par les personnes accueillies.

Cette variété des supports est intéressante, car elle permet aux usagers le choix du support qui leur paraît le plus facile à utiliser. Ces supports sont complémentaires des autres formes de participation.

Ils peuvent être laissés en libre-service et utilisés à certaines périodes pour un questionnement précis ou un *appel à idées* sur un champ déterminé.

Ils nécessitent une information et une communication pour être réellement utilisés.

- Il est recommandé de relever régulièrement ces supports laissés à disposition, dans des délais correspondant au rythme des travaux du groupe.

- Il est recommandé d'utiliser au mieux les compétences des usagers et des personnels quant à l'utilisation et la mise en place d'outils de communication Internet (sites, blogs, réseau social...), et ce dans le respect du droit à la confidentialité (sécurisation de l'outil).

Il est déconseillé d'utiliser le terme de « cahier de doléances » qui incite à se plaindre sans proposer de solution ; le terme de « cahier d'expression » est plus neutre, celui de « cahier de propositions » ou « cahier des suggestions » semble plus dynamique...

Il est déconseillé de mettre en place une procédure et une communication essentiellement administratives, de type *formulaire à remplir*. Ces pratiques sont dissuasives.

Enfin, l'animation de l'espace d'accueil, en lien avec l'espace dédié (affichage, machine à café, table avec supports d'expression, tableau avec *la pensée du jour...*) peut soutenir l'implication des usagers et encourager l'utilisation des supports laissés à disposition.

- Il est recommandé au responsable de l'établissement de tenir compte de l'importance de cette animation et de soutenir les agents d'accueil dans cette mission.

Comme pour les enquêtes et questionnaires, ces autres supports nécessitent un suivi et l'exploitation systématique des renseignements obtenus.

La bonne utilisation de la boîte à idées

La boîte à idées reste utilisée et intéressante sous certaines conditions :

- la faire vivre ;
- penser à l'ouvrir !
- qu'elle soit accessible et discrète ;
- ne plus utiliser la boîte à idées du centre priverait une partie des usagers de moyens d'expression ;
- la boîte à idées semble un outil peut-être plus adapté que l'enquête de satisfaction, si on la promeut d'une manière énergique.

(Source : questionnaire Anesm)



*Éléments pour
l'appropriation de la
recommandation*

Cette partie vise à aider le responsable de l'établissement et l'équipe dans la compréhension collective de la recommandation. Elle est composée de deux parties : la proposition d'une démarche générale suivie d'un forum de questions/réponses qui a été élaboré pour faciliter le débat au sein de l'établissement.

1 La démarche générale

Elle peut s'organiser de la manière suivante :

1. Organiser une réflexion générale de l'équipe sur les questions de participation, pour déboucher sur celle de la participation au fonctionnement de l'établissement ;
2. Prendre connaissance sur le site Internet de l'Anesm de l'analyse qualitative et des résultats de l'enquête par questionnaire ;
3. Discuter de la recommandation et de ces différents documents d'appui en équipe et en groupe participatif, ou au cours d'une réunion avec les usagers organisée et préparée dans ce but ;
4. Confronter les points de vue des usagers et des professionnels ;
5. Lire le forum de questions suivant et débattre sur les sujets les moins consensuels ;
6. Faire un état des lieux de la participation des usagers et repérer ce qui :
 - questionne les pratiques actuelles ;
 - permettrait de les améliorer ;
7. Mettre au point une stratégie pour lever les freins éventuels ;
8. Se rapprocher d'autres établissements pour confronter les réflexions et les pratiques, les modalités d'expression ;
9. S'appuyer sur l'existant pour voir ce qu'il est possible de transférer ou ce qui peut être facilement modifiable pour amorcer la dynamique de participation ;
10. Parvenir à un plan pour la mise en œuvre (avec des échéances) ou l'amélioration de la dynamique ;
11. Faire valider ce plan par les instances de direction (directeur et gestionnaire) ;
12. Mettre en place un comité de pilotage pour démarrer la démarche ou, dans les petites équipes, désigner un responsable de la démarche.

2 Le forum de questions

Il s'agit de questions/réponses qui ont été inspirées par l'analyse qualitative préalable à la production de la recommandation et qui, pour certaines d'entre elles, ont été précisées au long de la réflexion du groupe de travail.

“ Avec nos usagers à nous, on ne peut pas mettre en place un groupe d'expression participatif. ”

L'expression collective des usagers est présente dans des établissements où elle peut a priori être difficile à organiser (par exemple des centres d'hébergement d'urgence) ou avec des publics tels que les personnes handicapées mentales ou présentant des troubles autistiques. La spécificité d'un public nécessite une adaptation, mais ne constitue pas un obstacle rédhibitoire à l'expression collective.

“ Si l'on organise des élections, c'est sûr que le plus revendicatif se fera élire. ”

C'est un risque inhérent à tous les groupes, constitués ou pas de représentants, de fournir une tribune à des ténors plus ou moins inspirés. Si le groupe d'expression participatif a peu à peu construit une culture de l'échange et incité les usagers à passer d'un positionnement de consommateurs passifs de services à un positionnement de coacteurs dans les propositions, ce risque sera atténué. De plus, le groupe de représentants offre une tribune plus réduite, ce qui peut contribuer à modifier ce type de comportements.

Le groupe participatif est un lieu d'échanges, de réflexion et de construction collectives, et pas seulement de revendication et de conflit. Quand un problème surgit, c'est un problème commun que les participants partagent, ça n'est pas un problème que les usagers ont avec la structure, ou un problème soulevé par les usagers et qui devrait être résolu par les professionnels.

“ On a déjà tellement de réunions... ”

C'est exact qu'il y a souvent beaucoup de réunions dans le secteur de l'addictologie médico-sociale, et il vaut mieux éviter que le groupe participatif devienne la nième réunion.

Peut-être y a-t-il déjà un lieu et un temps où quelques usagers se retrouvent, et que vous pouvez structurer pour l'amener à se transformer en groupe d'expression participatif ? Un exemple : l'équipe de ce CSST organise une table ouverte quatre fois par mois, ce qui permet d'évoquer le fonctionnement du service, de proposer des projets, de faire des suggestions... Ce déjeuner-débat est devenu, une fois par mois, un « rendez-vous citoyen », où peuvent être conviées des personnes extérieures. L'animation et la rédaction du compte rendu se font en binôme accueilli/travailleur social.

“ *Nous sommes une petite équipe, avec des professionnels exerçant à temps partiel.* ”

C'est par exemple le cas de certains CCAA, et cela ne facilite pas l'organisation du travail, d'une manière générale. Pour pallier cette difficulté, un professionnel intéressé peut être chargé de la démarche et repérer les leviers possibles. Il peut se rapprocher d'autres équipes pour voir s'il y a une possibilité de mutualiser des moyens, s'appuyer sur un groupe existant, s'inspirer d'outils et de méthodes qui ont fait leurs preuves dans des situations similaires...

“ *Les usagers viennent là avant tout pour se soigner et résoudre leurs problèmes personnels.* ”

La participation à un groupe de pairs, la coconstruction avec les professionnels de solutions pour améliorer les prestations, la prise de responsabilité vis-à-vis des pairs, sont des leviers puissants pour améliorer la situation personnelle. Chacun peut puiser dans l'expérience du groupe participatif des ressources qui sont utilisables dans d'autres occasions plus personnelles.

“ *S'ils s'expriment et participent, c'est que leurs problèmes sont réglés ! Ils ont quitté l'établissement.* ”

C'est pour cette raison notamment qu'il est intéressant de s'adjoindre d'anciens usagers.

Mais entre les situations où les problèmes sont tellement prégnants qu'ils empêchent l'intérêt pour autre chose et celles où les problèmes sont réglés, il y a toute une palette où l'expression collective peut être sollicitée et jouer elle-même un rôle dans l'amélioration des situations personnelles.

“ *La citoyenneté ne se définit pas par une addiction... Quel sens cela a-t-il de créer un collectif de personnes en situation d'addiction ?* ”

Quand on parle de citoyenneté, on pense surtout à celle qui s'exerce au niveau des politiques publiques, au niveau local, national et européen, et qui s'exprime souvent par un vote.

Mais il existe aussi une citoyenneté de proximité, qui s'exerce sur son environnement proche, influe sur sa vie quotidienne, au sein de son quartier, de son village. C'est le fait de fréquenter le même EMS relevant de l'addictologie qui est le point commun entre les usagers. Donner son avis, par exemple sur l'organisation des soins, et influencer sur le fonctionnement de cet établissement est une des manières d'exercer cette citoyenneté de *proximité*.

“ *Est-ce qu'on ne risque pas de rester enfermé sur soi, en développant simplement des groupes participatifs internes ?* ”

C'est pour cette raison que les groupes participatifs doivent être ouverts sur l'environnement, à la fois en accueillant des personnes de la société civile et, quand elles existent localement, des associations d'entraide et d'auto-support, mais aussi en donnant des occasions aux usagers de participer à d'autres groupes participatifs ainsi qu'aux actions de communication de l'établissement.

“ *Parler de citoyenneté à des gens qui ne parviennent même pas à exercer leurs droits...* ”

Les groupes participatifs peuvent tout à fait venir en appui des actions des professionnels pour faire valoir ces droits auprès des partenaires et informer clairement les usagers de l'existence de ces droits, des conditions de leur exercice et de leur limites.

Les groupes participatifs sont des occasions de différencier, articuler et commenter les questions d'accès aux droits et de respect des obligations.

“ *Toujours les droits des usagers ! On pourrait quand même parler un peu plus de leurs devoirs...* ”

Quand un citoyen pousse la porte d'un Csa ou d'un Caarud, il reste un citoyen, avec les droits et les obligations qui constituent cette citoyenneté. La « participation », quant à elle, est un droit qui s'exerce dans un cadre créant lui-même des obligations : respect de l'ordre du jour, écoute des autres orateurs, tolérance... Les obligations générales de tout usager des établissements médico-sociaux sont rappelées dans le règlement de fonctionnement. Si le respect de ces obligations pose problème, rien n'empêche de porter cette question au débat du groupe participatif, d'autant que la loi prévoit que les usagers donnent leur avis sur le règlement de fonctionnement.

“ *C'est de la démagogie de dire que ces personnes pourraient avoir un avis pertinent...* ”

Il n'est pas demandé à tous les usagers du secteur de l'addictologie médico-sociale d'avoir un avis « professionnel » sur tous les aspects de l'établissement, mais de faire part de leurs observations et de partager leurs réflexions avec les professionnels. Une fois le processus de soin avancé, la pression diminuée et la phase d'approvisionnement mutuel terminée, les personnes deviennent des usagers ordinaires, avec leur personnalité, plus ou moins attirées par l'expression en groupe, d'éventuelles difficultés vis-à-vis du fait de s'exposer, de lire, d'écrire, de parler, etc. mais aussi avec leur expérience, leur intelligence et leur pouvoir d'observation.

“ *Comment les usagers critiqueraient-ils une structure dont ils dépendent si étroitement ?* ”

Il revient aux professionnels de construire un cadre rassurant (diversité des supports, anonymat, règles d'animation du groupe participatif...) qui permette aux usagers de constater par eux-mêmes que leur participation active améliore la qualité de service sans nuire à celle des relations.

C'est un peu comme lorsque les intervenants en charge des enfants d'un parent alcoolique leur apprennent à exprimer « je l'aime, mais je ne supporte pas quand il boit », c'est-à-dire les aident à différencier la relation affective et les actes de la personne aimée.

“ *Les usagers élus au CVS ne sont pas représentatifs...* ”

Aucun processus démocratique n'est parfait et quel élu peut se vanter de représenter toute la variété de ses concitoyens ? Mais si, au-delà de la question de principe, un fossé se creuse entre les représentants et leurs électeurs, il convient de s'atteler au problème et de voir comment les élus pourraient retrouver le contact avec leurs pairs, afin d'ajuster analyses et propositions.

“ *Nos usagers, notamment les femmes, préfèrent des échanges autour d'un repas qu'une convocation à une réunion.* ”

On les comprend. C'est pourquoi il faut éviter tout cérémonial ennuyeux voire inquiétant et assortir les invitations de moments conviviaux : repas, fête à l'issue de la réunion, réunion pendant le repas... sans renoncer à structurer les débats, suivre l'ordre du jour et faire le compte rendu après.

“ *La participation, c'est un piège pour les usagers. Ils deviennent responsables de la mauvaise qualité des prestations.* ”

La dynamique de la participation responsabilise en effet les usagers, mais le niveau le plus élevé dans l'échelle de la participation reste une coconstruction avec les professionnels. Ceux-ci, quand ils procèdent à l'évaluation des prestations ou élaborent le projet d'établissement, y associent les usagers et bien d'autres acteurs. La contribution des usagers est mise en perspective avec celle des professionnels, d'institutionnels, de partenaires, de l'entourage...

“ C'est problématique de retrouver dans le groupe participatif un usager que j'accompagne par ailleurs. ”

Cette situation, fréquente dans les petites structures du secteur de l'addictologie médico-sociale, est délicate pour l'utilisateur comme pour le professionnel. L'implication d'intervenants plus distanciés permet de faire tiers et d'atténuer cette difficulté. Ce peut être un administrateur, un membre d'une association d'entraide ou d'auto-support, ou un professionnel d'une autre structure, par exemple.

L'élection de représentants facilite la distanciation avec le positionnement habituel, tant pour les professionnels que pour les usagers.

“ Les usagers ont plutôt une culture orale, le questionnaire écrit, ça n'est pas pour eux. ”

C'est pour cette raison notamment qu'il est recommandé de ne pas s'en tenir à un support écrit et de mettre en place un groupe participatif.

Ce groupe s'appuiera, selon ses thèmes de débats, sur un questionnaire qui lui-même pourra être accompagné par des personnes relais pour faciliter compréhension et renseignement.

Annexes

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles.
- Décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du code de l'Action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles.

Il ressort de ces trois textes :

➤ Des principes et des attributions générales

Article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles

« Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation (...) »

Article L.311-7 du CASF

« (...) Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation (...) »

Article L.311-8 du CASF

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

➤ Les modalités du CVS

Dispositions générales : article D.311-3 du CASF

« Le conseil de la vie sociale est mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail au sens du premier alinéa de l'article L.344-2. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans, des personnes relevant majoritairement du dernier alinéa de l'article D.311-9 ainsi que dans les lieux de vie et d'accueil relevant du III de l'article L.312-1.

Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, il est institué un groupe d'expression ou toute autre forme de participation.

Lorsque plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux sont gérés par une même personne publique ou privée, une instance commune de participation peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou de services, au sens de l'article L.312-1.

Dans les établissements et services relevant des 8° et 9° de l'article L.312-1, lorsque les durées de la prise en charge sont inférieures à la durée minimum du mandat telle que prévue à l'article D.311-8, il peut être procédé à la mise en œuvre de l'une des autres formes de participation prévues aux articles D.311-21 et suivants. Il peut également être procédé à la mise en œuvre de ces autres formes de participation lorsque ces établissements et services accueillent majoritairement des personnes pouvant recourir à l'organisme mentionné à l'article D.311-32. »

Composition et fonctionnement

Article D.311-4 du CASF

« La décision instituant le conseil de la vie sociale fixe le nombre et la répartition des membres titulaires et suppléants de ce conseil. »

Article D.311-5 du CASF

« Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

- 1° deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge ;*
- 2° s'il y a lieu, un représentant des familles ou des représentants légaux ;*
- 3° un représentant du personnel ;*
- 4° un représentant de l'organisme gestionnaire. »*

Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.

Article D.311-6 du CASF

« L'absence de désignation de titulaires et suppléants ne fait pas obstacle à la mise en place du conseil sous réserve que le nombre de représentants des personnes accueillies et de leurs familles ou de leurs représentants légaux soit supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil désignés. »

Article D.311-7 du CASF

Lorsque le très jeune âge des bénéficiaires rend impossible leur représentation directe, le collège des personnes accueillies ne peut être formé, seul le collège des familles ou des représentants légaux est constitué.

Dans le cas où la représentation des familles ou des représentants légaux n'est pas justifiée en raison de la catégorie des personnes accueillies ou de la nature de la prise en charge, les sièges sont attribués aux personnes accueillies.

Lorsque les sièges des familles ou des représentants légaux, d'une part, ou ceux des personnes accueillies, d'autre part, ne peuvent être pourvus, en raison notamment des difficultés de représentation, un constat de carence est dressé par le directeur, son représentant ou le représentant qualifié de l'organisme gestionnaire.

Dans les cas mentionnés au présent article, la majorité prévue au dernier alinéa de l'article D.311-5 est déterminée sur les seuls représentants des personnes accueillies ou sur les seuls représentants des familles ou des représentants légaux.

Article D.311-8 du CASF

« Les membres du conseil sont élus pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus », renouvelable.

Lorsqu'un membre cesse sa fonction en cours de mandat, notamment en raison de la fin de la prise en charge dont il était bénéficiaire, il est remplacé par son suppléant ou un autre bénéficiaire élu ou désigné dans les mêmes formes qui devient titulaire du mandat. Il est ensuite procédé à la désignation d'un autre suppléant pour la durée restante du mandat.

Dans les établissements et services relevant des 8°, 9° et 13° de l'article L.312-1, le remplacement pour la durée du mandat restante des membres représentant les personnes accueillies peut être assuré par une procédure de désignation. L'accord des personnes désignées est requis. Les modalités de désignation sont précisées par l'instance ou la personne mentionnée à l'article D.311-27.

Article D.311-9 du CASF

« Le président du conseil est élu au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les familles ou les représentants légaux. En cas de partage égal des voix, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Le président suppléant est élu selon les mêmes modalités parmi les membres représentant soit les personnes accueillies, soit les familles ou les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou les représentants légaux.

Le directeur ou son représentant siège avec voix consultative.

Toutefois, dans les établissements ou services prenant en charge habituellement les mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions législatives relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative, le directeur ou son représentant siège en tant que président avec voix délibérative. »

Article D.311-10 du CASF

« Sous réserve des dispositions de l'article D.311-30, les représentants des personnes accueillies et les représentants des familles ou des représentants légaux sont élus par vote à bulletin secret à la majorité des votants respectivement par l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge et par l'ensemble des familles ou des représentants légaux, au sens du 2° de l'article D.311-11. Des suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Sont élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. A égalité de voix, il est procédé par tirage au sort entre les intéressés. »

Dans les établissements et services relevant des 8°, 9° et 13° de l'article L.312-1, les représentants des personnes accueillies peuvent être désignés avec leur accord sans qu'il y ait lieu de procéder à des élections. Les modalités de désignation sont précisées par le règlement de fonctionnement.

Article D.311-11 du CASF

Sont éligibles :

- 1° pour représenter les personnes accueillies, toute personne âgée de plus de onze ans ;
- 2° pour représenter les familles ou les représentants légaux, tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal.

Article D.311-12 du CASF

« Les personnels des établissements et services de droit privé soit salariés, soit salariés mis à la disposition de ceux-ci sont représentés au conseil de la vie sociale :

- 1° dans ceux occupant moins de onze salariés, par des représentants élus par l'ensemble des personnels ci-dessus définis ;
- 2° dans ceux occupant onze salariés ou plus, par des représentants élus, parmi l'ensemble des personnels, par les membres du comité d'entreprise ou, à défaut, par les délégués du personnel ou, s'il n'existe pas d'institution représentative du personnel, par les personnels eux-mêmes.

Ces représentants sont élus au scrutin secret. »

Article D.311-13 du CASF

« Dans les établissements et services publics, les représentants des personnels sont désignés parmi les agents y exerçant par les organisations syndicales les plus représentatives. Dans les établissements ou services dont les personnels sont soumis aux dispositions de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, les sièges leur sont attribués dans les conditions fixées pour leur représentation au comité technique paritaire. Dans les établissements ou services dont le personnel est soumis aux dispositions de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, les sièges sont attribués aux organisations syndicales proportionnellement au nombre de voix qu'elles ont obtenu aux élections organisées pour la désignation des représentants du personnel au comité technique paritaire compétent pour les agents du service social ou médico-social. Dans les établissements ou services dont le personnel est soumis aux dispositions de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les sièges sont attribués dans les conditions fixées pour leur représentation

aux commissions administratives paritaires compétentes sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections. S'il n'existe pas d'organisation syndicale au sein de l'établissement ou du service, les représentants du personnel sont élus par et parmi l'ensemble des agents nommés dans des emplois permanents à temps complet. Les candidats doivent avoir une ancienneté au moins égale à six mois au sein de l'établissement ou service ou dans la profession s'il s'agit d'une création. Le scrutin est secret et majoritaire à un tour. En cas d'égal partage des voix, le candidat ayant la plus grande ancienneté dans l'établissement ou service ou dans la profession est proclamé élu. »

Article D.311-14 du CASF

« Les suppléants des personnels sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires. » Le mandat des personnels au conseil de la vie sociale cesse à l'expiration de leur mandat prévu à l'article D.311-13.

Article D.311-15 du CASF

« Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. »

Article D.311-16 du CASF

« Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation du président ou, dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D.311-9, du directeur, qui fixent l'ordre du jour des séances. Celui-ci doit être communiqué au moins huit jours avant la tenue du conseil et être accompagné des informations nécessaires. En outre, sauf dans les établissements mentionnés au dernier alinéa de l'article D.311-9, le conseil est réuni de plein droit à la demande, selon le cas, des deux tiers de ses membres ou de la personne gestionnaire. »

Article D.311-17 du CASF

« (...) Les avis ne sont valablement émis que si le nombre des représentants des personnes accueillies et des familles ou des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux présents est supérieur à la moitié des membres.

Dans le cas contraire, l'examen de la question est inscrit à une séance ultérieure. Si lors de cette séance, ce nombre n'est pas atteint, la délibération est prise à la majorité des membres présents. »

Article D.311-18 du CASF

« *Le conseil peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour.* » Un représentant élu de la commune d'implantation de l'activité ou un représentant élu d'un groupement de coopération intercommunal peut être invité par le conseil de la vie sociale à assister aux débats.

Article D.311-19 du CASF

« *Le conseil établit son règlement intérieur dès sa première réunion.* »

Article D.311-20 du CASF

« *Le relevé de conclusions de chaque séance est établi par le secrétaire de séance, désigné par et parmi les personnes accueillies ou prises en charge* » ou en cas d'impossibilité ou d'empêchement, par et parmi les représentants des familles ou représentants légaux, « *assisté en tant que de besoin par l'administration de l'établissement, service ou lieu de vie et d'accueil. Il est signé par le président.* » Il est transmis en même temps que l'ordre du jour mentionné à l'article D.311-16 en vue de son adoption par le conseil. Il est ensuite transmis à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire.

➤ Les autres formes de participation

Article D.311-21 du CASF

« *La participation prévue à l'article L.311-6 peut également s'exercer selon les modalités suivantes :*

- 1° *par l'institution de groupes d'expression institués au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, ou d'un service ou d'un ensemble de services de ceux-ci ;*
- 2° *par l'organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ainsi que, en fonction de la catégorie de personnes bénéficiaires, les familles ou représentants légaux sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie ou d'accueil ;*
- 3° *par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation prévues par la présente sous-section.* »

Article D.311-22 du CASF

« *L'acte instituant des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale précise la composition et les modalités de fonctionnement de ces instances qui comportent obligatoirement des représentants des usagers et de leurs familles, titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou représentants légaux en nombre supérieur à la moitié.* »

Le directeur ou son représentant y assiste. En fonction de l'ordre du jour, il peut être fait application de l'article D.311-18.

Article D.311-23 du CASF

« Le règlement de fonctionnement adapte les modalités de consultation mises en œuvre compte tenu des formes de participations instituées.

L'ordre du jour des séances accompagné des explications nécessaires à sa compréhension est obligatoirement notifié aux membres des instances sept jours au plus tard avant leur tenue.

L'enquête de satisfaction, lorsqu'elle est réalisée dans le cadre du deuxième alinéa de l'article D.311-3, adressée aux personnes accueillies ou prises en charge concerne obligatoirement les sujets énoncés à l'article D.311-15. »

Article D.311-24 du CASF

« Les modalités d'établissement et de délibération des comptes rendus de séance des instances de participation autres que le conseil de la vie sociale sont prévues par le règlement de fonctionnement compte tenu des caractéristiques particulières des modes de participation institués. »

Article D.311-25 du CASF

« Sous réserve des dispositions de l'article D.311-30, les modalités d'élection ou de désignation aux instances de participation autres que le conseil de la vie sociale des représentants des personnes accueillies ou prises en charge, de ceux des familles ou de ceux des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou des représentants légaux, de ceux des membres du personnel et de ceux de l'organisme gestionnaire sont précisés par l'instance ou la personne mentionnée à l'article D.311-27 et figurent au règlement de fonctionnement de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil. »

➤ **Les dispositions communes aux différentes formes de participation**

Article D.311-26 du CASF

« Les instances de participation prévues à l'article D.311-3 sont obligatoirement consultées sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service prévus aux articles L.311-7 et L.311-8. L'enquête de satisfaction mentionnée au 3° de l'article D.311-21 porte notamment sur le règlement et le projet d'établissement ou de service. »

Article D.311-27 du CASF

« L'acte instituant le conseil de la vie sociale ou des autres instances de participation mises en place dans l'établissement, le service ou le lieu de vie ou d'accueil est adopté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire ou établi par la personne physique gestionnaire du lieu de vie et d'accueil. »

Article D.311-28 du CASF

« Les informations échangées lors des débats qui sont relatives aux personnes doivent rester confidentielles. »

Art. D.311-29 du CASF

« Les instances de participation sont tenues informées lors des séances ou enquêtes ultérieures des suites réservées aux avis et propositions qu'elles ont émis. »

Article D.311-30 du CASF

« Dans les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs faisant l'objet de mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application des dispositions relatives à l'enfance délinquante ou à l'assistance éducative, le directeur peut convier la totalité des personnes accueillies ou prises en charge au fonctionnement des instances. Dans ce cas, il n'est pas procédé aux élections ou aux autres désignations prévues par les dispositions de la présente sous-section ou le règlement de fonctionnement. »

Article D.311-31 du CASF

« Le temps de présence des personnes handicapées accueillies en centre d'aide par le travail dans les instances de participation est considéré comme temps de travail.

Le temps de présence des personnes représentant les personnels est considéré comme temps de travail. »

Article D.311-32 du CASF

« Les représentants des personnes accueillies peuvent en tant que de besoin se faire assister d'une tierce personne ou d'un organisme aidant à la traduction afin de permettre la compréhension de leurs interventions. »

Article D.311-32-1 du CASF

« Le relevé de conclusions des formes de participation mises en œuvre peut être consulté sur place par les bénéficiaires de la prise en charge, les familles ou les représentants légaux, qui n'en sont pas membres. »

Annexe 2 Principales informations quantitatives de l'enquête par questionnaire

L'échantillon de l'enquête

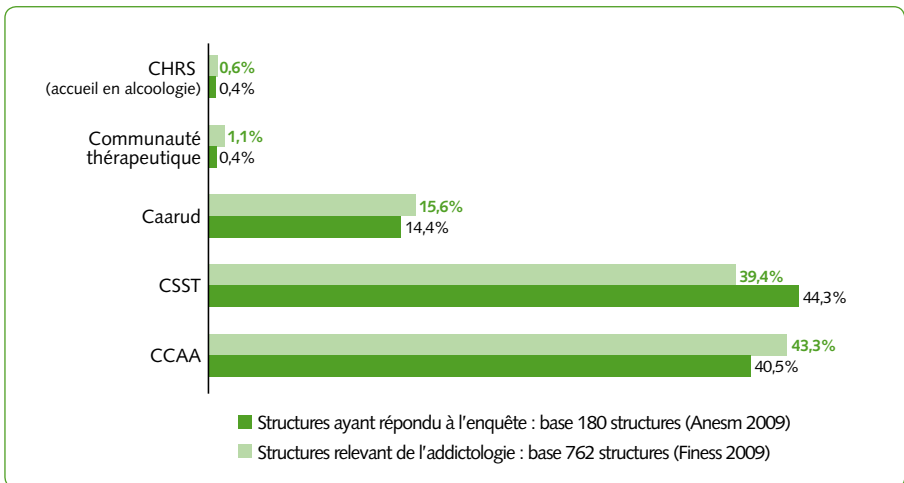
Le questionnaire a été envoyé aux 762 structures du secteur de l'addictologie ainsi qu'à 3 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)³⁸.

Tandis que 54 questionnaires ont été retournés pour adresse erronée (soit 7%), 180 ont été adressés à l'Anesm, dûment rempli (soit **25% des structures du secteur**).

Par conséquent, notre analyse porte sur cet échantillon de 180 structures dont la répartition est proche de celle de l'ensemble des structures du secteur.

La représentativité de l'enquête est assurée.

Les structures concernées par l'enquête



- Selon 95% des répondants, au moins 70% des usagers sont des hommes ;
- 45% des commissions de la santé et de la sécurité du travail (CSST) de l'échantillon proposent un hébergement dont 15% en centre thérapeutique résidentiel (CTR) ;
- 15% des structures de l'échantillon ont pour gestionnaire un centre hospitalier (plus exactement 13 CCAA et 12 CSST).

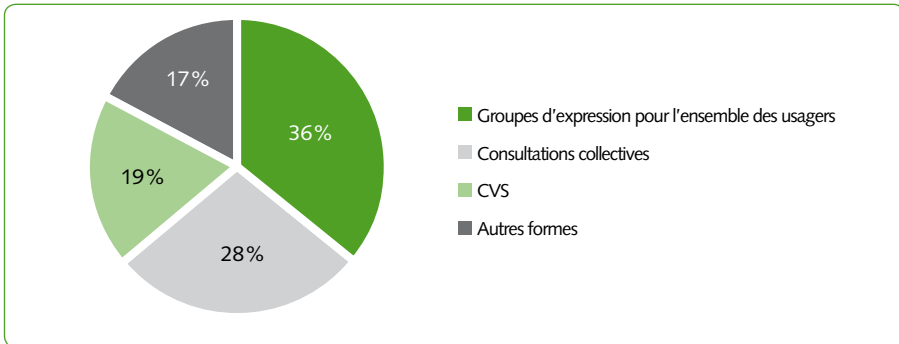
³⁸ Extraction de la base de données Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux).

Les principales informations de l'enquête

Les instances d'expression et de participation des usagers

1° 36% des établissements ont mis en place un groupe d'expression et 19% ont instauré un CVS.

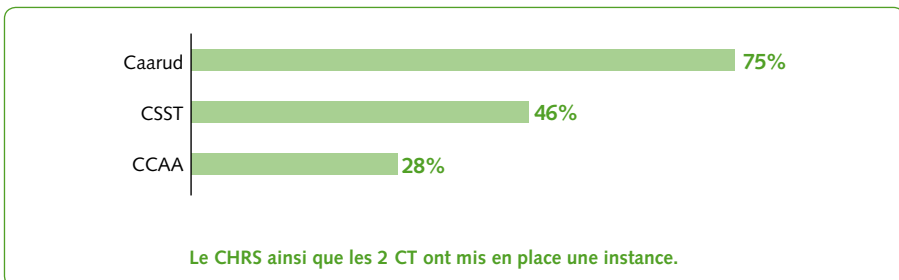
Répartition des instances mises en place*



* Répartition pour 109 instances.

2° Les représentations des formes de participation au sein de tous les types d'établissements sont significatives.

Existence d'une instance d'expression et participation des usagers selon chaque type de structure*



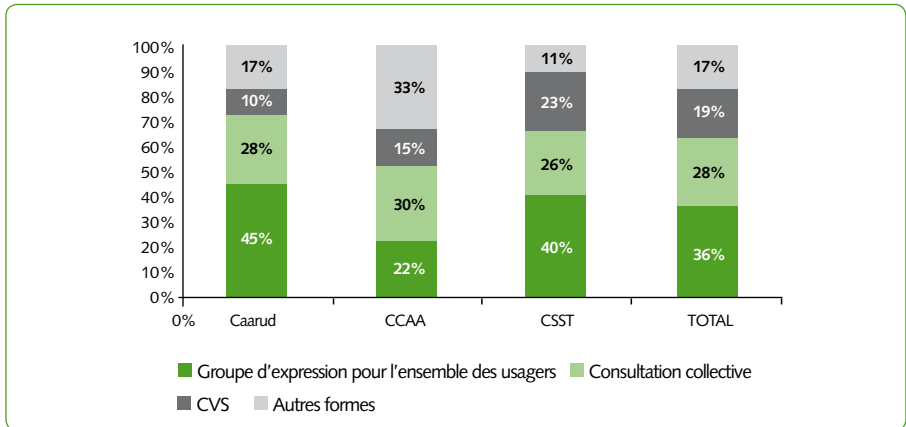
* Répartition pour 28 Caarud / 71 CSST / 78 CCAA.

Près des 2/3 des instances mises en place ont au moins 3 ans d'ancienneté.

Ancienneté selon la forme de participation	CVS	Groupes d'expression + Consultations collectives	Autres formes	Total
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	Effectifs
Moins d'1 an	0	10	2	12
Entre 1 et 2 ans	2	11	6	19
Entre 3 et 4 ans	8	17	3	28
5 ans et plus	5	17	4	26
Total	15	55	15	85

3° Quel que soit le type d'établissement, le CVS existe.

Répartition des instances selon le type de structure*



* Caarud : 29 instances au total / CCAA : 27 instances au total / CSST : 47 instances au total / CT : 4 instances au total / CHRS : 2 instances au total.

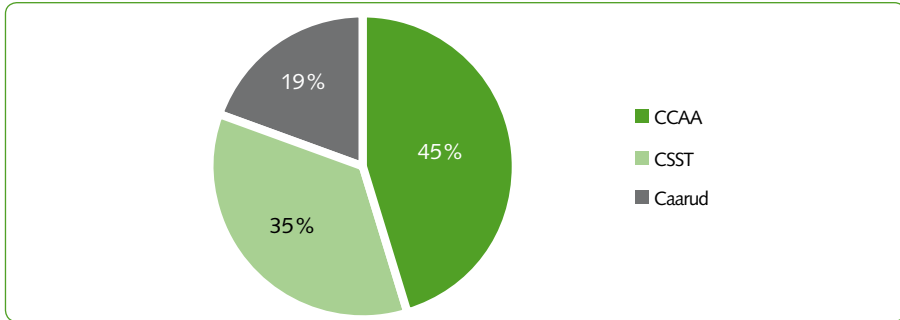
Certaines structures proposent plusieurs formes de participation aux usagers :

- 12 structures : groupe d'expression + consultation ;
- 4 structures : groupe d'expression + consultation + CVS.

Les supports d'expression

1° L'enquête de satisfaction : 108 établissements l'ont mis en place (soit 60%).
Quel que soit le type d'établissement, l'enquête de satisfaction existe.

Répartition des enquêtes de satisfaction selon le type de structure*



* Répartition pour 108 enquêtes de satisfaction.

2° La boîte à idées : 40 établissements la proposent (soit 22%).

3° Autres outils (cahier d'expression, de doléances...) : 5 établissements en proposent (soit 3%).

Au total, 153 établissements proposent un support d'expression, soit 85%.

Les formes de participation et supports

Les structures ayant mis en place une forme de participation et un support d'expression :

- 42 établissements sur 79 (soit 53%) ont mis en place à la fois un groupe et une enquête de satisfaction ;
- 53 établissements sur 79 (soit 67%) ont mis en place à la fois un groupe et un support (enquête, boîte à idées, cahier d'expression...).

Groupes de paroles et activités collectives :

- 121 structures proposent des groupes de parole (soit 67%) ;
- sur 79 structures ayant mis en place une forme de participation, 61 ont également un groupe de parole (soit 77%) ;
- 96 structures proposent des activités collectives (soit 53%) ;
- sur 79 structures ayant mis en place une forme de participation, 60 ont également des activités collectives (soit 75%).

A la question : « Est-ce que ces groupes de parole ou activités collectives sont l'occasion d'évoquer le fonctionnement de l'établissement ? »

74 établissements répondent OUI (134 réponses au total, soit 55%)

Hypothèse : groupes de parole et activités collectives sont de vrais supports à la mise en place de formes de participation des usagers.

1. Cadre législatif et réglementaire

↳ Expression et participation des usagers dans les ESMS

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles.
- Décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du code de l'Action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles.

↳ Dispositif médico-social d'accompagnement et de soins en addictologie

Accompagnement et soins en addictologie

- Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue.
- Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- Ministère de la Santé et des Solidarités, « La prise en charge et la prévention des addictions », Plan 2007 – 2011.
- Ministère de la Santé et des Sports, « Plan national de lutte contre les hépatites B et C », Plan 2009 – 2012.

CSAPA – Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CASF, art. L.312-1, I, 9°)

- Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).
- Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Csapa.
- Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Csapa et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

CAARUD – Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CASF, art. L.312-1, I, 9°)

- Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud).
- Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des Caarud et à leur financement par l'assurance maladie.

Communautés thérapeutiques (CASF, art. L.312-1, I, 12°)

- Circulaire DGS/MILDT/SD6B n°2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques.

2. Addictologie : les concepts, les conduites addictives, les structures et les pratiques professionnelles

➤ Addictologie

Articles :

- GOODMAN, A. Addiction : definition and implication. *British journal of addiction*, 1990, vol. 85, no11, pp. 1403-1408.
- MOREL, A., FAVRE, J.-D., RIGAUD, A. Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ? Entre points communs et spécificités. *Alcoologie et Addictologie*, 2001, vol. 23. n°3, pp. 393-403.
- MOREL, A. L'addictologie croyance ou révolution ? *Psychotropes*, vol. 12, 2006/3-4, pp. 21-40.

Monographies :

- COUTERON, J.-P., MOREL, A. *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris : Dunod, 2008. 323 p. Coll. Psychothérapies humanistes.
- HERVÉ, F. *Les drogues et addictions. Réponses à 100 idées toutes faites sur l'alcool, le tabac, le cannabis...* Paris : Flammarion, 2004. 125 p. Coll. Idées toutes faites.
- JACQUES, J.-P. *Pour en finir avec les toxicomanies*. Bruxelles : De Boeck Université, 1999. 256 p.
- MAESTRACCI, N. *Les drogues*. Paris : PUF, 2005. 128 p. Coll. Que sais-je ?
- REYNAUD, M. *Traité d'addictologie*. Paris : Flammarion Médecine, 2007. 792 p. Coll. Traités.
- RICHARD, D., SENON, J.-L., VALLEUR, M. *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse / Sejer, 2004. 626 p. Coll. In extenso.

Rapports / Etudes :

- REYNAUD, M., PARQUET, P.-J., LAGRUE, G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Odile Jacob, 2000. 273 p. Coll. Rapport.
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues et dépendances, données essentielles*. Paris : La Découverte, 2005. 202 p. Coll. Guides.

➤ Organisation du dispositif médico-social

Articles :

- CASTAGNE, M. Communauté thérapeutique : quelle réponse française ? *Psychotropes*, Octobre 2006, vol. 12, n°3-4, pp. 71-79.
- FARGES, F., PATEL, P. Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes. *Toxibase*, 1996, n°1. 22 p. Disponible sur : www.toxibase.org

- FAVATIER, J. Communautés thérapeutiques : 30 ans après, le retour. *Asud Journal*, n°32. pp. 14-15. Disponible sur : <ftp://ftp2.asud.org>
- Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A). Avant fin 2009, devenir Csapa. *Actal*, Septembre 2008, n°4, 47 p. Disponible sur : www.alcoologie.org
- LAGA, L. Le régime des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. *ASH*, 3 octobre 2008, n°2575, pp. 23-30.
- LAGA, L. Le régime des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (suite et fin). *ASH*, 17 octobre 2008, n°2577, pp. 19-26.
- MIGNOT, S. La force du groupe. *ASH*, 16 juin 2009, n°2613, pp. 38-41.
- RAYNAL, F. Les Csapa, un tournant à négocier pour les professionnels. *ASH*, 18 avril 2008, n°2554, pp. 29-30.
- RAYNAL, F. La réduction des risques, une clinique du lien ? (Caarud). *ASH*, 2 février 2007, n°2492, pp. 39-41.

Monographie :

- MOREL, A. Place du secteur médico-social spécialisé dans la prise en charge des addictions. In : BAILY, D., REYNAUD, M., VENISSE, J.-J. *Médecine et addictions*. Paris : Masson, 2005. pp. 259-272. Coll. Médecine et psychothérapie.

Rapports :

- OBRADOVIC, I. *Evaluation du dispositif des « Consultations jeunes consommateurs » (2004-2007)*. Rapport d'études « Evaluation des politiques publiques ». OFDT, Janvier 2009, 173 p. Disponible sur : www.ofdt.fr
- TOUFIK, A., CADET-TAÏROU, A., JANSSEN, E., et al. *Profils, pratiques des usagers de drogues Ena-Caarud. Résultats de l'enquête nationale 2006 réalisée auprès des « usagers » des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques*. Rapport d'études Trend. OFDT, Octobre 2008. 47 p. Disponible sur : www.ofdt.fr

Recommandations / Guides :

- Crips Île-de-France, Inpes. *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*. Saint-Denis : Inpes, 2009. 74 p. Disponible sur : www.inpes.sante.fr

Séminaires / Actes de colloques / Congrès :

- Association Clémence Isaure. Les Boutiques et leur environnement. Actes du 2^{ème} séminaire national de réflexion, Toulouse, 20-21 novembre 1995. Toulouse : Clémence Isaure. pp. 6-12.

▼ Divers

Articles :

- APM International. Drogue : l'Anitea veut impliquer les familles dans la lutte contre les addictions. *APM News*, 11/06/2009.

- BIADI-IMHOF, A. Relation thérapeutique et « soins obligés » en toxicomanie. *Psychotropes*, 2005, vol. 11, 2005/3-4, pp. 159-178.
- DURIEZ, N., VALLÉE, D., DESSEZ, P., et al. Comprendre la famille pour aider les adolescents en conduite addictive. *Toxibase*, 2005, n°18, 17 p. Disponible sur : www.toxibase.org
- DUROUCHOUX, L. Les associations de prévention en France. *Après-demain*, mai 2009, n°10, pp. 42-45.
- GUIBE, P. La maladie alcoolique (document de synthèse). Site internet de l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa). 20 p. Disponible sur : www.anpaa.asso.fr
- OLIEVENSTEIN, C. Dans le piège du contrôle social. Le toxicomane domestiqué. *Le Monde diplomatique*, Novembre 1997, p. 22. Disponible sur : www.monde-diplomatique.fr
- PANUNZI-ROGER, N. La place des usagers de drogues et des professionnels de terrain dans la construction sociale des drogues. Enquête sur le site français (département du Nord). *Psychotropes*, 2001, vol. 7, n°3-4, pp. 49-72.
- WIEVIORKA, S. La réduction des risques. *Toxibase*, 1996, n°3, 20 p. Disponible sur : www.toxibase.org

Monographies :

- COPPEL, A. Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Paris : La Découverte, 2002. 380 p. Coll. Alternatives sociales.
- Inserm. Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Paris : Inserm, 2003. 536 p. Coll. Expertise collective.
- PARCEVAUX (de), P. Les drogues, impasse des illusions. Paris : Editions du Jubilé, 2005. 130 p. Coll. Guides Totus.

Recommandations / Guides / Plans d'action :

- Anitéa, F3A. Guide santé justice. Les soins obligés en addictologie, novembre 2009. 87 p. Disponible sur : www.alcoologie.org
- Mildt, Inpes. Socle de connaissances : approche multithématique des questions de prévention et d'usage de drogues. Paris : Mildt – Inpes, Janvier 2002. 61 p. Coll. « Drogues : savoir plus ».
- Mildt, Inpes. Livret juridique. Paris : Mildt – Inpes, Avril 2004. 148 p. Coll. « Drogues : savoir plus ».

Séminaires / Actes de colloques / Congrès :

- ROGISSART, V. (« La situation, le contexte, les enjeux », 6 juin 2008,). AFR : Journée thématique « L'éducation aux risques liés à l'injection en France ». Disponible sur : <http://a-f-r.org>.

3. Participation et expression collective : principes directeurs et modalités de mise en œuvre

➤ Participation et citoyenneté

Articles :

- ARNSTEIN, S. R. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 1969, vol. 35, n°4, pp. 216-224. Disponible sur : <http://lithgow-schmidt.dk>
- COOREBYTER, V. La citoyenneté. *Crisp*, 2002, n°56, 144 p.
- COQUELLE, C. Citoyens, encore un effort. *Copas*, Janvier 2004, n°32, 4 p. Disponible sur : <http://copas.coop>
- DAUM, C. Citoyenneté, engagements publics et espaces urbains. *L'Homme et la Société*, septembre 2007, n°160, 282 p.
- Direction(s). Dossier : Enquêtes de satisfaction. Les usagers en question(s). *Direction(s)*, janvier 2008, n°48, pp. 22-28.
- DONZELOT, J., EPSTEIN, R. Démocratie et participation : l'exemple de la rénovation urbaine. *Esprit*, 2006, n°326, pp. 5-34. Disponible sur : www.donzelot.org
- LECLERCQ, C. Dossier : citoyenneté. Quelles réponses derrière le concept ? *L'Observatoire - Revue d'action sociale et médico-sociale - A.S.B.L.*, 2002, n°33, pp. 29-116.
- MARTINS, P. H. Démocratie participative et fondements symboliques de la vie associative. *Revue du Mauss*, 2008/2, n°32, pp. 383-398.
- PASQUIER, S. Le lien associatif et interassociatif. L'idéal de la rencontre comme radicalisation démocratique. *Revue du Mauss*, 2005, n°26, pp. 385-399.

Monographies :

- BLONDIAUX, L. Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative. Paris : Ed. du Seuil, 2008. 112 p. Coll. République des idées.
- BRETON, P. L'incompétence démocratique. La crise de la parole aux sources du malaise (dans la) politique. Paris : La Découverte, 2006.
- MAGNETTE, P. La citoyenneté. Une histoire de l'idée de participation civique. Bruxelles : Bruylant, 2001. 292 p.
- MAHEY, P. Pour une culture de la participation. Paris : Adels, 2005. 126 p. Coll. 108/110.
- TOURAINE, A. Pourrons-nous vivre ensemble, égaux et différents ? Paris : Fayard, 1997. 395 p.

Séminaires / Actes de colloques / Congrès :

- CARREL, M. « Pauvreté, citoyenneté et participation. Quatre positions dans le débat sur les modalités d'organisation de la « participation des habitants » dans les quartiers d'habitat social ». In : LAIOS, AFSP (Colloque international *Cultures et pratiques participatives : une perspective comparative*, Paris, 20-21 janvier 2005), 11 p. Disponible sur : www.afsp.msh-paris.fr

- JACQUEMAIN, M. Démocratie et participation : une introduction. In : Les temps de la participation : *trois conférences pour manager les différences*. Séminaire du 25/10/2004, 28 p.
- PIETERS, J. La construction d'une démarche participative. In : *Les temps de la participation : trois conférences pour manager les différences*. Séminaire du 25 Octobre 2004, 10 p.

➤ Participation des usagers dans le secteur social et médico-social

Articles :

- BADEL, M. La participation de l'utilisateur. *Revue de droit sanitaire et social*, octobre – décembre 2004, n°40 (4), pp. 804-818.
- BOUTROUE, Y. La citoyenneté des usagers est-elle soluble dans les pratiques institutionnelles ? *Les Cahiers de l'Actif*, 2003, n°330-331, pp. 125-165. Disponible sur : www.actif-online.com
- DUMORTIER, J.-B. Droits et devoirs : de la contrepartie à la réciprocité. *COPAS*, avril 2005, n°35, 4 p. Disponible sur : <http://copas.coop>
- JANVIER, R. Droits et devoirs, un équilibre trompeur. *ASH*, 4 mai 2007, n°2506, pp. 33-34.
- LATOUR, N. La participation des usagers : un droit en marche. *FEANTSA*, Automne 2006. pp. 9-11. Disponible sur : www.feantsa.org
- London Dugs and Alcohol Network. Special Edition on User Involvement. *User News*, 2006, special edition, 16 p.
- MABILLAT, E. Entre paroles d'« usagères » et paroles de citoyennes. *Empan*, 2006, n°64, pp. 83-86.
- PAQUET, M. Usagers : une place encore à conquérir dans l'évaluation. *ASH*, 28 novembre 2008, n°2583-2584, pp. 43-46.
- Uniopss. Les droits des usagers dans les établissements et services d'action sociale. *Les Cahiers de l'Uniopss*, 2^{ème} édition, Juin 2007, n°18. 312 p.

Monographies :

- BARBE, L. *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social*. Paris : Editions de La Découverte, 2006. 201 p. Coll. Alternatives sociales.
- BAUDURET, J.-F., JAEGER, M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation*. 2^{ème} éd. Paris : Dunod, 2005. 352 p. Coll. Action sociale.
- BOUQUET, B., DRAPERI, J.-F., JAEGER, M. *Penser la participation en économie sociale et en action sociale*. Paris : Dunod, 2009. 272 p.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network. « *Nothing about us without us* » : a manifesto by people who use illegal drugs. Toronto : Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute, 2005. 65 p.
- CHAUVIÈRE, M., GODBOUT, J.T. *Les usagers entre marché et citoyenneté*. Paris : L'harmattan, 2000. 332 p. Coll. Logiques sociales.

- FAUGERAS, S. *L'évaluation de la satisfaction des usagers dans le secteur social et médico-social*. Paris : Séli Arslan, 2007. 272 p.
- HUMBERT, C. *Les Usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?* Paris : L'Harmattan, 285 p. Coll. Savoir et formation.
- JAEGER, M., BAUDURET, J.-F., DUBREUIL, B., et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2005. 1 233 p.
- JANVIER, R., MATHO, Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2004. 344 p. Coll. Action Sociale.
- LHUILLIER, J.-M. *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. 3^{ème} éd. Rennes : Editions ENSP, 2007. 239 p.
- PRIOU, J. *Les nouveaux enjeux des politiques d'action sociale et médico-sociale : Projet de vie et participation sociale*. Paris : Dunod, 2007. 336 p. Coll. Action sociale.
- LEWINGTON, W., CLIPSON, C. *Advocating for equality*. Londres : Scope, 2003. 41 p.

Rapports / Enquêtes / Etudes :

- BLETRY, A., VINSONNEAU, A. *Enquête sur la mise en œuvre des droits des usagers par les associations de solidarité. Quelle mise en œuvre du droit des personnes à travers la loi 2002-2 ?* Réseau Uniopss-Uriopss, Octobre 2007. 76 p.
- Conseil Supérieur du Travail Social. *L'utilisateur au centre du travail social. De l'énoncé des droits de la personne à l'exercice de la citoyenneté. Conditions d'émergence de pratiques professionnelles novatrices*. Rapport du groupe de travail sur « L'utilisateur au centre du travail social, représentation et participation des usagers ». Rennes : Editions ENSP, Juin 2006. 114 p.
- LEWINGTON, W., CLIPSON, C. *Advocating for equality*. Londres : Scope, 2003. 41 p.

Recommandations / Guides :

- Andesi, Unapei. *La participation des usagers dans les établissements et services médico-sociaux : enjeux et méthodes*. Ivry sur Seine : Andesi, Mai 2005. 40 p.
- Anesm. *Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles*. Saint-Denis : Anesm, Avril 2008. 33 p.
- Drass Rhône-Alpes, Fnars Rhône-Alpes. *Accès aux droits et participation des usagers au sein des CHRS de la région Rhône-Alpes. Etat-des-lieux et bonnes pratiques*. Lyon : Fnars Rhône-Alpes, Mars 2007. 56 p. Disponible sur : <http://rhone-alpes.sante.gouv.fr>
- DUFFY, J. *Participating and learning: Citizen involvement in Social Work Education in the Northern Ireland context. A good practice guide*. Londres : Social Care Institute for Excellence, 2006. 100 p.
- Social Care Institute for Excellence. *The participation of adult service users, including older people, in developing social care*. Londres : Social Care Institute for Excellence, 2006. 115 p. Disponible sur : www.scie.org.uk

- TURNER, M., BERESFORD, P. *Contributing on equal terms: Service user involvement and the benefits system*. Londres : Social Care Institute for Excellence, 2005. 59 p.

Séminaires / Actes de colloques / Congrès :

- Asud. « *Les Conseils de la vie sociale, un espace de revendication possible* ». In : Egus III (*États généraux des usagers de drogues*, Bobigny, 11 octobre 2006), pp. 24-32. Disponible sur : www.asud.org
- LAFORCADE, M., LEGROS, M., MEYER, V. *Les usagers évaluateurs ? Leur place dans l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles* (Actes du 3^{ème} séminaire du comité scientifique de l'éthique professionnelle et de l'évaluation du Gepso, 25 et 26 Septembre 2008, Annecy-le-Vieux). Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2008. 200 p. Disponible sur : www.gepso.com

Thèses / Mémoires :

- BRUNET, B. *La participation et la représentation des usagers dans le dispositif départemental d'insertion par le logement : un enjeu social, une exigence démocratique*. Rennes : EHESP, 2004. 65 p. Mémoire Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr>
- ETIENNE, C. *Les travailleurs sociaux et le Conseil de vie sociale en CHRS : vers des approches collectives favorisant l'« empowerment » des usagers*. Paris : Cnam, 2004. 143 p. Mémoire DEA « Travail social, action sociale et société ».
- REMOND, H. *La complexe participation des usagers dans les foyers de l'enfance*. Rennes : EHESP, 2007. 80 p. Mémoire Directeur d'établissement social et médico-social. Disponible sur : <http://ressources.ensp.fr>
- VIVES, C. *Face à l'évolution permanente des toxicomanies, diriger un CSST entre commande publique et besoins des usagers*. Rennes : EHESP, 2004. pp. 61-63. Mémoire Cafdes.

➤ Citoyenneté et représentation des usagers du système de soins

Articles :

- DUTOIT, M., DEUTSCH, C. L'Advocacy, au service de la dignité de la personne. La citoyenneté des usagers en santé mentale. *Empan*, 2006, n°64, pp. 97-104. Disponible sur : www.cairn.info
- FEDER, D. Le « Pari » de la citoyenneté. *Santé Mentale*, 1998 (32). pp. 33-35.
- GHADI, V., NAIDITCH, M. Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? *Santé publique*, 2006-2, vol. 18, pp. 171-186.
- LASCOUMES, P. La place des usagers dans le système de santé : de la dépendance à la coopération ? *CISS* - « Documents de référence », 10 janvier 2001, 20 p. Disponible sur : www.leciss.org

Monographies :

- DUTOIT, M., DEUTSCH, C. *Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité*. Paris : Erès, 2001. 168 p. Coll. Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe.

Rapports / Etudes :

- BERESFORD, P., SHAMASH, M., FORREST, V., et al. *Developing social care: Service users' vision for adult support*. Londres : Social Care Institute for Excellence, 2005. 54 p.
- Conférence nationale de santé. *Promouvoir et faire respecter les droits des usagers du système de santé* (« Dans le domaine des droits collectifs »). Propositions remises au ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Octobre 2008, pp. 24-25. Disponible sur : www.sante-sports.gouv.fr

Recommandations / Guides :

- Collectif interassociatif sur la santé (CISS). *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé*. Paris : CISS, 2^{ème} édition, 2008. 180 p. Disponible sur : www.leciss.org
- Mayor of London/Greater London Drug and Alcohol Alliance. *Lessons learned: Some approaches, tools and good practice for improving drug user involvement*. Londres : Greater London Authority, 2005. 60 p.
- Ministère de la Santé et de la protection sociale, Société française de santé publique. *Un guide pour les représentants des usagers du système de santé*. Nancy : Société française de santé publique, août 2004. 130 p. Disponible sur : www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

Séminaires / Congrès / Actes de colloques :

- European Association for the Treatment of Addiction. *Service user view of drug treatment : research conducted for the Audit Commission*. Londres : European Association for the Treatment of addiction, 2004. 34 p.
- Développement, innovation, évaluation, santé (DIES). *Participation des usagers en dehors des dispositifs légaux de représentation. Quelles leçons peut-on tirer de leur mobilisation ?* 2005 (Actes du séminaire de recherche organisé par le DIES, 13 et 14 octobre 2005, Paris).
- Institut Wallon pour la Santé Mentale (IWSM). (« Passager » du réseau ? Etats généraux de la Santé Mentale en Wallonie, 28 et 29 novembre 2008, Namur, Belgique). « *Participation des usagers en santé mentale* », Séminaire interactif, 29 novembre 2008, Namur, Belgique.

➤ Santé communautaire, Groupes d'entraide, Groupes d'auto-support, ...

Articles :

- BERG, J.E. Mortality and return to work of drug abusers from therapeutic community treatment 3 years after entry. *Primary care companion*, 2003, vol. 5, n°4, pp. 164-167.
- CAVALCANTI, L. L'intervention communautaire dans le champ des problèmes liés aux drogues : du difficile art de concilier le conflictuel. *Communautés Educatives*, 1997, n°98, pp. 33-37.
- DELMOTTE, H. Espoir Goutte d'Or, la citoyenneté au quotidien. *Le Journal du Sida*, 1999, n°119, pp. 34-35.

- DIDIER, B. Le centre APTÉ : vers une prise en charge globale des addictions. *Psychotropes*, 2004, vol. 10, n°1, pp. 113-123.
- GARCIA LALINDE, G. Participacion de usuarios de drogas como agentes de salud en programas de reduccion de daños y prevencion del VIH/SIDA. *Revista Espanola de Drogodependencias*, 2002, n°27 (3), pp. 480-487.
- PFAUS, G. Espoir Goutte d'Or. Intervention communautaire et réduction des risques. *Projet*, Septembre 2004, n°282, pp. 73-75.
Disponible sur : www.ceras-projet.com
- Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (ASBL). Susciter la santé communautaire. *Santé conjugulée*, Avril 1998, n°4, 3-80 p. Disponible sur : www.maisonmedicale.org
- RANDU, J. De l'alcool à l'alcoolique : l'évolution des mouvements d'entraide. *Après-demain*, mai 2009, n°10, pp. 38-41.
- TOUFIK, A., JAUFFRET, M. Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues. *Toxibase*, 1997, n°4, 23 p. Disponible sur : www.toxibase.org

Séminaires / Actes de colloques / Congrès :

- Institut Renaudot. *Participer ? Enjeux et conditions pour construire ensemble*, 2006 (Actes des 4^{èmes} Rencontres « Croisement des pratiques communautaires en santé », 9 et 10 juin 2006, Lyon).

▼ Autres modalités de participation des usagers (groupes de parole, actions conjointes de formation, activités sociothérapeutiques...)

Articles :

- Comité d'éducation et d'information sur la drogue. Communauté du fleuve. pp. 35-44. Disponible sur : www.renapsud.org
- Laboratoire des innovations sociales (Labiso). Together en région liégeoise. De la voix d'usagers à l'initiative de projets. Cahier Labiso périodique, 2002, n°6, 50 p. Disponible sur : www.labiso.be
- LAMOUREUX, J., LAUZON, P., LEVESQUE, G.-P., et al. Citoyenneté et toxicomanie : points de vue des personnes touchées. *Psychotropes*, 2000, vol. 6, n°4, pp. 27-43.
- MONJAUZE, M., BAUDINET, M., VAN AMERONGEN, P. Un groupe de parole en évolution. *Addictions*, 1988, n°4. Disponible sur : www.anpaa.asso.fr
- VAN DER POEL, A., BARENDREGT, C., VAN DE MHEEN, D. Drug users' participation in addiction care : different groups do different things. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2006, n°38 (2), pp. 123-132.
- WALLENHORST, T., CORNET, J., LIECHTI, N. La place d'un groupe de paroles dans le cheminement personnel d'alcoolodépendants. *Alcoologie et Addictologie*, 2004, vol. 26 (2), pp. 141-148.

Monographies :

- ATD Quart-Monde. *Le croisement des pratiques. Quand le Quart-monde et les professionnels se forment ensemble*. Paris : Ed. Quart Monde, 2002. 228 p.

Thèses / Mémoires :

- GOSSE BENNEZON, M. *Groupe de parole pour « Dépendants »*. Reims : Université Alcoolisme Toxicomanies, 1996, 27 p. Maîtrise de psychopathologie : Reims : Université de Reims : 1996.

4. Principaux sites internet consultés

- AFR : Agence française pour la réduction des risques www.a-f-r.org
- Anitéa : Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie www.anitea.fr
- Anpaa : Association nationale de Prévention en alcoologie et addictologie www.anpaa.asso.fr
- Asud : Autosupport réduction des risques des usagers de drogue www.asud.org
- FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux <http://finess.sante.gouv.fr/finess>
- FFA : Fédération française d'addictologie www.addictologie.org
- F3A : Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie www.alcoologie.org
- Légifrance : service public de la diffusion du droit www.legifrance.gouv.fr
- OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies www.ofdt.fr
- Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé www.inpes.sante.fr
- Mildt : Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies et dépendances www.drogues.gouv.fr

5. Principales bases de données consultées

- Toxibase : Réseau national d'information et de documentation sur les drogues et les dépendances www.toxibase.org
- Crips Ile-de-France : Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances www.lecrips.net
- Base de données santé publique (BDSP) www.bdsp.ehesp.fr
- Base de données du Réseau Santé Social en Administration centrale (Ressac) <http://194.199.119.234/ressac.htm>
- Cairn : Portail de revues de sciences humaines et sociales en texte intégral www.cairn.info

Annexe 4 Entretiens effectués et sites visités

Etude qualitative réalisée par l'équipe projet Anesm, de décembre 2008 à mai 2009 :

- 8 visites sur sites (avec entretiens individuels ou collectifs avec des usagers et des professionnels) ;
- 11 entretiens avec des personnes ressources.

↳ Sites visités

- Caarud Association Asud, Nîmes
- Caarud Association Ego, Paris
- CSST Association Charonne, Paris
- Pôle addictions et pôle CHRS Association Aurore, Paris et Gagny
- CSST le Trait d'union, Boulogne-Billancourt
- CHRS et ateliers d'insertion association Visa, Lille
- CCAA Anpaa 84, Avignon
- CCAA OCHS, Nantes

↳ Personnes-ressources

- **Pierre CHAPPARD**, chef de projet à Asud
- **Martine DUTOIT**, directrice d'Advocacy France
- **Patrick FOUILLAND**, président de la F3A
- **Véronique GHADI**, sociologue
- **Ruth GOZLAN**, responsable pôle prise en charge sanitaire et sociale à la Mildt
- **Martine LACOSTE**, vice-présidente de l'Anitea, directrice Association Clémence Isaure, Toulouse
- **Louis-Michel RELIQUET**, vice-président F3A, membre suppléant du Cos de l'Anesm
- **Alain RIGAUD**, président Anpaa
- **Ysabel ROUX**, coordinatrice de la Coordination Toxicomanies 18, Paris
- **Sylvie VELLA**, chargée de mission à la Mildt
- **Marie VILLEZ**, directrice du « Cèdre bleu », Lille, administrateur Anitea, membre du Cos de l'Anesm

Un grand merci aux usagers et aux professionnels du CSST Charonne qui ont permis au chef de projet Anesm d'assister à leur groupe d'expression participatif.

Annexe 5 Principaux sigles

Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CASF	Code de l'Action sociale et des familles
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge (dispositif présent dans les établissements du secteur sanitaire)
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la Santé publique
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CT	Communauté thérapeutique
CVS	Conseil de la vie sociale
DGAS	Direction générale de l'Action sociale devenue DGCS Direction générale de la Cohésion sociale
DGS	Direction générale de la Santé
EMS	Etablissement médico-social
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
MILDT	Mission interministérielle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie
RDR	Réduction des risques
VIH/VHC	Virus de l'immunodéficience humaine/Virus de l'hépatite C

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics **d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe**, instituée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Installée en mai 2007, l'Agence, dirigée par **Didier Charlanne**, nommé par décret du Président de la République du 26 avril 2007, a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Ses missions

L'Anesm a pour mission d'habiliter les organismes chargés de l'évaluation externe et d'assurer le suivi de l'évaluation interne et externe réalisées au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables – âgées, handicapées, enfants et adolescents en danger et personnes en situation d'exclusion. Elle intervient en appui de leur démarche pour :

- favoriser et promouvoir toute action d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des prestations délivrées dans le domaine social et médico-social ;
- valider, élaborer ou actualiser des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser ;
- définir et mettre en œuvre la procédure d'habilitation des organismes indépendants chargés de l'évaluation externe.

Son fonctionnement

L'Agence a été constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et onze organismes représentant les établissements sociaux et médico-sociaux.

Elle est dotée :

- *d'une instance de gestion*
 - le **Conseil d'administration**, qui valide le programme de travail et le budget.
- *de deux instances de travail*
 - le **Conseil scientifique** composé de 15 personnalités reconnues, apporte une expertise, formule des avis d'ordre méthodologique et technique et veille à la cohérence, l'indépendance et la qualité scientifique des travaux de l'Agence;
 - le **Comité d'orientation stratégique** est composé de représentants de l'Etat, d'élus, d'usagers, de collectivités territoriales, de fédérations, de directeurs d'établissements, de salariés, d'employeurs... Instance d'échange et de concertation, il participe à l'élaboration du programme de travail de l'Agence.

➤ Quinze **recommandations de bonnes pratiques professionnelles** :

- « *L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* » ;
- « *La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles* » ;
- « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » ;
- « *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* » ;
- « *Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* » ;
- « *L'ouverture de l'établissement* » ;
- « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* » ;
- « *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* » ;
- « *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* » ;
- « *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles* » ;
- « *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* » ;
- « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* » ;
- « *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement* » ;
- « *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* » ;
- « *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* ».

➤ Deux **enquêtes nationales** relatives à l'évaluation interne des établissements et services également disponibles sur le site, ainsi que l'analyse des résultats du questionnaire Bientraitance en direction des Ehpad.

➤ Un **rapport d'analyse nationale** de l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la Bientraitance des résidents en Ehpad et perception de leurs effets par les conseils de vie sociale (CVS).



Anesm

5 rue Pleyel - Bâtiment Euterpe - 93200 Saint-Denis

Téléphone 01 48 13 91 00

Site www.anesm.sante.gouv.fr

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables

Avril 2010