



Supplément technique sur l'évaluation

De l'obligation légale à la valorisation du secteur médico-social en addictologie

La démarche d'évaluation de la qualité des prestations et services selon la loi 2002-2

Il y a un an, l'anitea et la F3A démarraient l'élaboration d'un référentiel d'autoévaluation¹ spécifique à l'Addictologie médico-sociale. Dans un contexte institutionnel et économique complexe, ce référentiel permet aux adhérents du réseau d'avoir à leur disposition, un outil co-construit pour : dire, écrire, évaluer en continu, mais surtout valoriser la qualité des prestations et services mis en œuvre, afin de répondre aux besoins et attentes des usagers.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, a nécessité la formalisation d'outils (livret d'accueil, CVS...). Sept ans après, les structures médico-sociales ont dépassé cette « logique outils » et entrent à présent dans une ère où l'injonction à l'efficacité est érigée en dogme, en témoignent : le projet de loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), la création des ARS², la réforme des CSAPA, la création d'une Agence Nationale d'appui à la Performance, les premières habilitations d'organismes évaluateurs externes délivrées par l'Agence Nationale de l'Evaluation (ANESM),...

Les évaluations interne et externe peuvent être les vecteurs potentiels d'une culture partagée et permanente de la qualité des services et prestations développés, et par la même, être les supports d'une visibilité des pratiques professionnelles. Mais de nombreuses inquiétudes se sont fait jour, exprimées vigoureusement par les membres du réseau lors de la journée nationale du 30 mars 2009 consacrée à l'évaluation, à propos notamment :

- du temps requis pour mener une démarche d'évaluation
- de la mobilisation des équipes
- du choix d'indicateurs pertinents
- des financements nécessaires pour conduire ces évaluations qui n'ont manifestement pas été prévus et qui risquent de peser sur les structures
- de la participation des usagers
- plus encore, de l'utilisation qui pourrait être faite par les tutelles, de ces évaluations.

C'est donc alerté et vigilant - mais outillé d'un référentiel performant - que notre réseau poursuit son travail sur l'évaluation de la qualité des prestations et services. Preuve en est : l'entrée de l'anitea et de la F3A au Comité d'Orientation Stratégique de l'ANESM ou encore sa participation à l'élaboration de la recommandation sur l'« Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'Addictologie ».

Reste pour les structures qui s'engagent, à acquérir une méthodologie d'évaluation interne et à anticiper l'intégration des recommandations de l'ANESM dans la démarche d'évaluation. Ces objectifs sont éclairés par de nouvelles dispositions du calendrier, que le projet de loi HPST a dévoilé : « (...) les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés avant le 1er janvier 2002, procèdent à une évaluation interne et une évaluation externe avant la date de renouvellement de l'autorisation. Pour les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, autorisés entre le 1er janvier 2002 et la publication de la loi HPST la durée de validité de l'autorisation telle que prévue à l'article L. 313-1 du même code court à compter du 1er janvier 2009 ».

L'évaluation interne, puis l'évaluation externe, doivent nous permettre de mieux définir les actions menées par les structures médico-sociales, fragilisées dans leur spécificité. Mais dans le même temps, il nous faut rester critique sur ce qui relève des objectifs alloués et des indicateurs demandés dans un contexte où la mise en concurrence des associations risque paradoxalement d'entraîner des répercussions négatives sur la qualité des actions menées

Opportunité ou contrôle ? Valorisation ou normalisation ? A nous de veiller à l'identité de notre secteur, à nous de savoir dire pourquoi et comment nous travaillons, à nous de positionner la démarche d'évaluation comme un outil de valorisation du « sens de l'agir ».

Marie VILLEZ & Louis Michel RELIQUET
Secrétaire générale de l'anitea & Vice président de la F3A
Membre titulaire et membre suppléant au COS de l'ANESM

Plan du document technique

- I. Repères pour conduire sa démarche d'évaluation interne**
- II. L'évaluation externe se précise**
- III. L'Addictologie dans le programme de travail 2009 de l'ANESM**
- IV. Comment sont élaborées les recommandations de l'ANESM ?**
- V. Repères pour l'expression et la participation des Usagers**

Avril 2009

¹ Sorti en octobre 2008

² Cf. notre Supplément technique sur les ARS.

I. REPERES POUR CONDUIRE SA DEMARCHE D'EVALUATION INTERNE

Conformément à la loi du 2 janvier 2002, les établissements et services procèdent à une évaluation interne puis font procéder à une évaluation externe, de la qualité des prestations et services qu'ils rendent aux usagers. Ce double regard (de l'intérieur, par l'extérieur) analyse ainsi si les conditions dans lesquelles les activités sont menées, permettent bien de répondre à leurs objectifs. Cette combinaison imposée, qui se veut cyclique, porte en elle un potentiel important d'améliorations car elle touche au quotidien, autrement dit aux pratiques individuelles que chacun met en place au jour le jour, et qui participent à la réalisation des missions collectivement définies. L'évaluation agit donc comme une prise de distance régulière, une photographie à un instant T ; c'est à dire : une lecture analytique et critique en vue d'un « mieux ». Elle ne vise donc pas uniquement le service rendu aux usagers. Par ce qu'elle fait émerger, elle apporte beaucoup aux professionnels, aux établissements, aux partenaires, aux tutelles...

Toutefois, ce « mieux » pose parfois des problèmes d'interprétation. De quoi parle t-on ? De mieux travailler ? Mieux répondre aux besoins et attentes des usagers ? Mieux délivrer les autorisations ? Mieux dépenser l'argent publique ? Mieux collaborer au sein des équipes ? Mieux évaluer les effets ou impacts sur les usagers ? Mieux communiquer/négocier avec les tutelles ? Mieux s'organiser sur le terrain ? Etc. Ainsi, faire « mieux », pourrait être : arriver à savoir concrètement où est sa valeur ajoutée et où sont ses points faibles pour mieux répondre aux évolutions des publics et faire évoluer ensemble les pratiques professionnelles.

Si intellectuellement l'évaluation paraît naturelle, et comme certains professionnels le disent « *Nous sommes comme Monsieur Jourdain, avant la loi 2002-2, nous en faisons sans le savoir* », sa formalisation elle, requiert une méthodologie de travail spécifique. Face à l'ampleur de la tâche, les questions stratégiques, méthodologiques, opérationnelles voire « personnelles » fusent : que va-t-on évaluer ? Comment allons-nous procéder ? Allons-nous mener une enquête ? Est-ce mon travail que l'on évalue ? Qui va procéder à cette évaluation ? Combien de temps cela va-t-il durer ? A quoi cela va-t-il servir ? Les usagers vont-ils donner leur avis ? Etc.

L'évaluation de la qualité des prestations et services s'appuie sur des faits mais n'est pas pour autant une démarche objective. Les professionnels n'interviennent pas au même moment ni sur les mêmes besoins, au sein du parcours des personnes accompagnées. Ainsi chaque « paire d'yeux » a ses propres critères, formalisés ou non et se construit de fait, ses propres repères. Une démarche d'évaluation offre l'opportunité de confronter ces regards puis de les mettre en mots³.

Lors de notre journée thématique sur l'évaluation du 30 mars 2009, Catherine Etienne⁴ a proposé un certain nombre de pré requis à la démarche, c'est-à-dire, des facteurs clés de réussite, parmi lesquels :

- **L'engagement des instances décisionnaires** afin que tous les intervenants se mobilisent autour d'un projet collectif managé comme une opportunité pour l'institution.
- **L'intégration du projet d'évaluation au fonctionnement** de l'institution afin que le temps de la démarche n'entre pas « en concurrence » avec le temps consacré aux tâches courantes.
- **la structuration de la démarche** à l'aide d'une méthodologie, d'un planning, d'échéances clés, mais aussi l'étude de l'opportunité de recourir à un consultant externe ou non.
- **la constitution du ou des groupes de travail représentatif(s)**, au regard de la taille de l'institution et de l'intérêt des participants pour la démarche.

Une fois ces éléments définis et calés, il reste néanmoins un point central à éclairer : le périmètre de l'évaluation. L'évaluation ne peut porter sur l'ensemble des activités d'une institution pour des raisons évidentes de temps, de moyens, de motivation s'essouffant... Un premier travail de simple lecture des activités de l'institution à partir du projet d'établissement par exemple, peut aider au choix du périmètre évaluatif final. Une piste pourrait être de travailler sur une activité-clé commune à tous les intervenants, tel que l'accueil par exemple. Ou encore, sur les activités jugées prioritaires pour le Conseil d'Administration. En la matière, il vaut mieux faire moins et bien, que tout, superficiellement. Un autre moyen de délimiter son champ évaluatif est proposé par l'ANESM dans sa recommandation sur la mise en œuvre de l'évaluation interne publiée en avril 2008 « *Il est recommandé, dans un premier temps, de ne pas rechercher l'exhaustivité, mais de porter l'analyse sur les écarts les*

plus importants, les tensions les plus fortes, les dysfonctionnements les plus manifestes : c'est à partir des aspects les plus problématiques que peut s'instaurer une véritable dynamique de progrès. L'identification de ces points critiques ou « noeuds de tension » fournira un point de départ à la réflexion collective ... Les différents cycles d'évaluation permettront de compléter au fur et à mesure l'exercice en l'étendant à d'autres domaines et en intégrant les recommandations de bonnes pratiques au fur et à mesure de leur validation par l'ANESM ».

Vient la phase pendant laquelle l'institution travaille sur son référentiel. Elle peut soit en élaborer un (ce qui est tout à fait intéressant mais nécessite un temps important), soit s'inspirer d'un référentiel existant. Depuis octobre 2008, l'anitea et la F3A ont leur propre référentiel d'auto évaluation spécifique au secteur médico-social en Addictologie (CSAPA et CAARUD). Ainsi, en abordant les questionnements évaluatifs des domaines de référence préalablement choisis, le travail de réflexion, d'analyse, de prise de distance peut se faire.

Les domaines de référence proposés dans le référentiel anitea-F3A sont les suivants :

1. Projet d'établissement et réponse aux besoins des publics
2. Partenariats et inscription dans l'environnement
3. Droits, devoirs, expression et participation des usagers
4. Management des ressources humaines
5. Gestion administrative et financière
6. Premier accueil
7. Information
8. Evaluation médicale, psychologique et sociale et orientation
9. Accompagnement
10. Réduction des risques
11. Hébergement
12. Missions et actions particulières.

Chaque domaine de référence sélectionné, peut ainsi être exploré, décortiqué, mis en débat, décrit par l'ensemble des « paires d'yeux » en présence et illustré par les éléments de « preuve » existants au sein de l'institution : grille d'entretien, règlement, lettres type, formulaire, note d'information, statistiques... Catherine Etienne résume ces travaux d'évaluation ainsi : « faire des constats à partir de données le plus possible objectivées, analyser les points forts / faibles, proposer des actions d'amélioration réalistes, éventuellement coter pour évaluer le degré de satisfaction aux critères et rédiger des synthèses par référence/par domaine de référence, qui alimenteront le rapport d'évaluation ».

Il est donc essentiel d'être vigilant sur la régularité des écrits, ainsi que sur leur qualité. La rédaction systématique de synthèses, tout au long de la démarche, garantit un gain de temps à l'issue du processus mais également, une élaboration facilitée du rapport d'évaluation.

Un référentiel suisse

Le 30 mars, René Stamm, représentant l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a témoigné de son expérience d'élaboration du « Référentiel modulaire QuaThéDA – La norme qualité pour le domaine des dépendances ».

Ce travail, démarré en 2000 visait deux objectifs :

- permettre aux acteurs sociaux de parler un langage commun lorsqu'ils parlent qualité
- créer les conditions cadre pour le développement, à terme, de la qualité des résultats.

Bien que la phase initiale ait rencontré des résistances, la suite du travail s'est déroulée de façon motivante et constructive ; en ayant pour effet de redynamiser les équipes.

Ainsi, après une évaluation positive en 2005, ce référentiel tend à évoluer d'ici 2010. L'idée est de s'assurer qu'il reste, en continu, « le reflet de ce que les acteurs concernés considèrent comme un standard général de la qualité ».

Renseignements et commande : commande@quatheda.ch

Enfin, la démarche d'évaluation interne finira son cycle par la production de deux documents : le rapport d'évaluation et le plan d'amélioration continue de la qualité.

A ce jour la forme du rapport d'évaluation n'est pas imposée. Dans le guide anitea/F3A « *Mener l'évaluation interne : pas de panique !* », une trame est proposée. De même, l'ANESM travaille actuellement à une nouvelle version de la recommandation sur la mise en œuvre de l'évaluation interne, qui devrait sans doute proposer un contenu type. D'ici là, il semble que les champs suivants, peuvent être pertinents à renseigner pour un rapport d'évaluation.

- Une présentation détaillée de l'établissement,
- Une description précise de la méthodologie employée pour réaliser l'évaluation interne (calendrier, référentiel choisi, recours à un consultant ...)
- La présentation du ou des groupes d'évaluation (fonctions, motivation, assiduité, objectifs...)
- Le périmètre évaluatif choisi (quels domaines ? pourquoi ?)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM qui ont été prises en compte dans la démarche

³ Voir en « maux » si l'on aborde la question de la « bienveillance ».

⁴ La consultante qui a restitué des éléments de l'accompagnement de l'anitea et la F3A dans l'élaboration du référentiel d'auto évaluation.

- Les points forts et les points faibles de l'établissement sur les domaines évalués (y inclure les remarques des usagers)
- Les pistes d'amélioration proposées, avec éventuellement un plan et un planning.

Ce rapport sera transmis aux autorités délivrant l'autorisation de fonctionnement de la structure ; il revêt ainsi un caractère stratégique dans sa façon d'être rédigé.

Le plan d'amélioration continue de la qualité quant à lui, vise à lister et hiérarchiser l'ensemble des pistes d'amélioration répondant aux points faibles identifiés lors de l'évaluation interne, et à proposer un planning de réalisation. Il peut également concerner des références évaluées comme points forts mais pour lesquelles les éléments de « preuve » ou le recueil de données, peuvent être améliorés (exemple : l'archivage).

Le plan d'amélioration peut être présenté sous la forme d'un tableau, qui reprend :

- le problème posé et son origine supposée
- les conséquences observées
- les dispositions envisagées pour corriger ce problème
- le responsable de la mise en œuvre et du suivi de ces dispositions
- les échéances prévues
- les moyens nécessaires
- les indicateurs de résultats
- la date du prochain bilan envisagé.

Un des facteurs de pertinence d'un plan d'amélioration continue de la qualité, est sans doute de proposer des pistes réalistes d'amélioration. Elles peuvent ainsi être aisément mises en œuvre au sein de la structure. En amont, cela signifie que la formulation des pistes et dispositions dans le ou les groupes de travail, soit simple, claire et que leur traduction à l'écrit, également.

Le 30 mars, Catherine Etienne a présenté à la fois l'intérêt d'une démarche collaborative et multidisciplinaire, mais également les points de vigilance qu'elle supposait. En effet, il existe de multiples façon de « réfléchir ensemble », c'est-à-dire de confronter les différents regards en présence. Les échanges peuvent ainsi être organisés via des groupes inter établissements représentatifs de toutes les compétences mobilisées, de la comptable à l'agent d'accueil ou d'entretien. De même, le nombre de participants d'une séance à l'autre peut varier.

Cependant, il est important de veiller à ce que ces « référents » de la démarche d'évaluation, ne soient pas isolés dans leur travail et puissent régulièrement faire le lien avec le reste du personnel, dont la participation peut être ponctuelle, en fonction de l'intérêt du sujet discuté.

Sur la base d'une mise en commun des expériences de chacun, il y a un travail de communication et d'appropriation des constats et des pistes de travail, à construire.

II. L'ÉVALUATION EXTERNE SE PRÉCISE

L'évaluation externe, rendue obligatoire par la loi 2002-2, a été complétée par le décret du 15 mai 2007 « *fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ».

Pour rappel : les évaluations externes ont pour objectif de porter un jugement sur la valeur des activités et des prestations délivrées par les établissements et services. Le renouvellement des autorisations est exclusivement subordonné à ces résultats.

Le décret de mai 2007 décrit en cinq chapitres, le déroulement d'une évaluation externe et les différents champs que les évaluateurs examineront :

- 1 – Les principes généraux
 - Fondements de l'évaluation
 - Conditions particulières liées aux dispositions inscrites notamment aux articles L. 311-1 et L. 313-3
- 2 – Les objectifs de l'évaluation externe
 - Porter une appréciation globale
 - Examiner les suites réservées aux résultats issus de l'évaluation interne
 - Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques
 - Elaborer des propositions et/ou préconisations
- 3 - Engagement de la procédure d'évaluation externe
 - Principes généraux
 - Etablissement du contrat entre la personne physique ou la personne morale gestionnaire de l'établissement ou du service et l'organisme habilité
 - Eléments de cadrage pour la réalisation de l'évaluation externe
- 4 – Les étapes de la procédure d'évaluation externe
 - Observation et description
 - Etude et analyse

- Synthèse
- 5 – Les résultats de l'évaluation externe
 - Principes généraux
 - Processus d'élaboration du rapport d'évaluation externe
 - Contenu général

Jusqu'à présent, la seconde mission⁵ de l'ANESM « *Habiller les organismes extérieurs qui procèdent à l'évaluation externe* » n'avait pas été mise en œuvre. Début 2009, l'ANESM a annoncé que la liste des organismes habilités serait publiée fin juin 2009. Pour cela, l'ANESM a prévu de recevoir les dossiers de demandes d'habilitation entre le 14 avril et le 22 mai 2009. L'habilitation sera attribuée aux organismes demandeurs, qui déclareront répondre aux principes suivants : « intégrité, objectivité, confidentialité et compétences » ; formalisés dans une charte déontologique. En cas de non-respect de la charte, l'ANESM pourra suspendre voire retirer l'habilitation aux organismes.

Les organismes habilités recevront un certificat d'habilitation, ce qui leur permettra de répondre aux demandes d'évaluation externe qui leur seront faites par les établissements sociaux et médico-sociaux.

Attention cependant : cette procédure d'habilitation, sous la forme d'une autorisation administrative, appelle les établissements et services à la plus grande vigilance puisque concrètement l'habilitation des organismes, sera attribuée sur du déclaratif.

Il appartiendra donc à chaque structure de financer son évaluation externe en mettant en concurrence des organismes habilités. Ce procédé exacerbera sans doute les inégalités entre les « petites et les grosses » structures (utilisation du plan de formation,...). Toutes les structures auront à vérifier scrupuleusement : les compétences, les références et les CV des consultants recherchés pour mener leur évaluation externe.

Enfin, l'évaluation externe se fera sur la base : de l'évaluation interne effectuée, du cahier des charges détaillé dans le décret de mai 2007 et des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

III. L'ADDICTOLOGIE DANS LE PROGRAMME DE TRAVAIL 2009 DE L'ANESM

Alors qu'en 2008, l'ANESM s'est attachée à produire de façon importante huit recommandations de bonnes pratiques⁶, l'année 2009 poursuivra cet objectif en proposant également un premier niveau d'accompagnement des structures dans leur appropriation des recommandations.

Les thèmes de travail retenus pour les recommandations peuvent être consultés sur le site de l'ANESM <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

Le secteur de l'Addictologie quant à lui se verra plus directement doté de quatre nouvelles recommandations :

- Expression et participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'Addictologie,
- Le projet d'établissement et de service,
- Partenariats et réseaux
- auxquelles s'ajoute la nouvelle version illustrée, de la recommandation sur la mise en œuvre de l'évaluation interne, dont la publication est imminente.

Cette dernière a pour objet de proposer des points de repères méthodologiques, dans la continuité des travaux existants sur l'évaluation interne⁷.

Ces nouvelles recommandations, viendront compléter celles déjà publiées en 2008, qui peuvent éclairer les professionnels et les institutions de notre secteur :

- La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre.
- Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance.
- Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses.
- Les attentes de la personne et le projet personnalisé.
- Ouverture de l'établissement sur son environnement.

En 2009, l'Agence s'est donc également fixée pour objectif de promouvoir ses recommandations et de mettre en œuvre les conditions de leur déploiement avec les fédérations, associations, services de l'Etat et les départements. L'objectif est de sensibiliser les acteurs grâce à l'organisation de journées thématiques et d'illustrer les recommandations par des pratiques d'établissements en lien avec la démarche d'évaluation interne. L'année et la F3A ayant programmé leur journée du 30 mars depuis longtemps, l'agence a donné son accord pour aller rencontrer les adhérents lors de cette journée nationale.

⁵ La première étant « Valider, élaborer ou actualiser des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les diffuser ».

⁶ Ces recommandations sont téléchargeables gratuitement en PDF, sur le site de l'ANESM <http://www.anesm.sante.gouv.fr/> ou peuvent être envoyées par courrier sur demande auprès du service Communication de l'agence.

⁷ Note d'orientation n°1 du Cnesms du 21 octobre 2005, Guide de l'évaluation interne de septembre 2006, Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS.

IV. COMMENT SONT ELABOREES LES RECOMMANDATIONS DE L'ANESM ?

Inspirée par la méthodologie déployée par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ANESM élabore les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, par :

- consensus simple
- ou par consensus formalisé.

Le consensus simple s'appuie sur un groupe de travail tout au long du projet de recommandation et sur un groupe de lecture, intervenant en phase finale. A partir d'une revue de littérature francophone et internationale mais également à la lecture des recommandations émises par des instances travaillant dans des champs proches de ceux de l'agence (HAS en particulier), des entretiens auprès d'experts et d'auditions d'usagers d'établissements et services sociaux et médico-sociaux sont menés afin de formuler des enjeux et des questionnements. Ils serviront ensuite à la rédaction d'une lettre de cadrage soumise au Comité d'Orientation Stratégique (COS) et au Conseil Scientifique de l'ANESM, pour validation et choix du niveau de consensus nécessaire. L'architecture pourra ainsi être construite par le groupe de travail, et la recommandation prendra forme dans une première version. Le travail sera complété par des visites de sites, des enquêtes de terrain ou encore des travaux en ateliers avec des associations d'usagers et de bénévoles, en fonction des besoins. Une fois la première version de la recommandation stabilisée, la Direction Générale de l'ANESM rendra un avis avant de la soumettre au groupe de lecture⁸, puis aux instances (COS et Conseil Scientifique). Des allers-retours et des ajustements peuvent s'avérer nécessaires, avant que ne soit votée la version définitive et officielle de la recommandation de bonnes pratiques.

Le consensus formalisé quant à lui, suit la même logique que le consensus simple. Cependant, si des désaccords trop importants apparaissent sur le contenu de la recommandation en particulier ou si le sujet est jugé « sensible », il s'ajoute alors une étape. Un groupe de cotation est créé, afin que lui soit soumise chaque partie de la recommandation. Les cotateurs expriment ainsi leur accord ou leur désaccord sur la formulation de la recommandation. Enfin, comme pour le consensus simple, la recommandation est soumise aux différentes instances de l'ANESM, jusqu'à son adoption finale.

La méthode du consensus formalisé permet d'explicitier et de quantifier l'accord ou le désaccord entre les membres d'un groupe de spécialistes et ainsi de modéliser l'avis des professionnels en fonction de leur expérience pratique.

V. Repères pour l'expression et la participation des usagers

En 2008, l'ANESM a mené une enquête nationale auprès de 3000 établissements sociaux et médico-sociaux, afin de savoir où ils en étaient de leur évaluation interne. Il apparaît que 60% d'entre eux sont engagés dans la démarche :

- 21% ont réalisé au moins un cycle complet ;
- 39% mènent leur 1^{ère} évaluation interne.
- 10% de l'ensemble des établissements et services enquêtés ont transmis leur rapport d'évaluation interne à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Parmi les marges de progression, le premier élément révélé par l'enquête, pour 47% des structures engagées dans la démarche, est **la participation des usagers jugée encore trop limitée**. De plus, 76% des structures qui ont fait participer des usagers, ont procédé par enquête de satisfaction.

Conformes à ces données, les questions des participants à la journée du 30 mars sur l'évaluation ont aussi souvent porté sur ce thème de la participation des usagers. Elles montrent à la fois l'implication des acteurs et les difficultés rencontrées. Comment les faire participer, en ambulatoire notamment ? Comment co-produire avec des usagers ? Comment aller au-delà des enquêtes de satisfaction ? Etc.

Pour rappel : la loi 2002-2 précise deux niveaux de participation des usagers :

- « La participation directe (...) à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne ».
- (...) « 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. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en oeuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret ».

La participation et l'expression des usagers ne semblent donc pas aisées à mettre en oeuvre et « finissent » souvent par prendre la forme unique d'une enquête de satisfaction. Si ce procédé permet de recueillir l'avis des usagers sur des points précis, de façon formalisée et régulière, il ne favorise pas l'échange de points de vue.

Les Conseils de Vie Sociale, imposés par la loi 2002-2, sont reconnus quant à eux pour faire leur preuve un temps donné en favorisant les débats, mais tendent à s'essouffler peu à peu au fil de l'eau.

Comment trouver de nouvelles formes de participation ? Comment intéresser les usagers ? Pourquoi former les équipes sur ce mode démocratique ? Sur quels outils s'appuyer ?... C'est pour répondre à ces questions, que l'ANESM a piloté l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques « *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* »⁹ publiée en avril 2008.

Cette recommandation développe en particulier, les modalités de mise en oeuvre et de fonctionnement de quatre outils possibles :

- le Conseil de Vie Sociale
- les groupes d'expression
- les groupes d'initiatives ou groupes-projets
- les dispositifs de recueils d'opinion.

Les deux premières parties de la recommandation, s'attachent quant à elle à définir les concepts de « participation » et d'« expression » des usagers, puis à proposer une série de conditions préalables pour mettre en oeuvre des dispositifs participatifs parmi lesquels on trouve la formation des professionnels, la sensibilisation des salariés et administrateurs bénévoles, le développement d'échanges avec des établissements voisins,...

Lors de la journée thématique du 30 mars, des professionnels ont pu témoigner de leurs pratiques en matière de participation et d'expression des usagers, en présentant ce qu'ils avaient développé parfois « à leur insu » dans leur structure.

« Nous nous considérons comme un « mauvais élève » de la participation des usagers, sans trouver de solution vraiment satisfaisante. Parallèlement, nous organisons un déjeuner avec les usagers chaque jeudi. Nous nous sommes dit « Et si la participation était tout simplement dans ce moment-là ? ». Ce déjeuner est ainsi devenu un déjeuner citoyen, renommé le « Je dis »... »

Clémence Isaure (Toulouse)

Ces façons de faire sont apparues pour certaines, très créatives ou innovantes, basées naturellement sur la vie de l'institution ou optimisant des moments informels de dialogue collectif. Ces expériences montrent combien la prise en compte des usagers n'est pas évidente au regard des caractéristiques mêmes des publics reçus, mais qu'elle peut trouver des formes nouvelles, en s'adossant au quotidien de la communauté, ou en suscitant l'intérêt et la dynamisation des usagers parce que conviviales par exemple ou favorisant le lien social.

L'ANESM travaille actuellement sur une recommandation concernant l'« Expression et Participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'Addictologie ». A ce titre, elle vous a transmis un questionnaire afin de repérer les dispositifs, en projet ou existants, en matière d'expression des usagers, les avis des professionnels sur les avantages et inconvénients des modalités adoptées, ainsi que leurs pistes d'exploration.

C'est sur la base de vos réponses à ce questionnaire qu'un groupe de travail, composé de professionnels et d'usagers du secteur de l'Addictologie, produira la recommandation qui devra guider les professionnels dans la mise en place et le suivi de ces instances de participation des usagers.

Il est donc très important de bien renseigner ce questionnaire, afin de fournir une base de travail fiable et pertinente au groupe en charge de la production de la recommandation.

Nous vous rappelons que l'anitea et la F3A proposent une formation sur la « Participation des usagers » le 26 mai 2009 et une formation sur la « Démarche d'évaluation dans les CSAPA et CAARRUD » les 22 et 23 octobre 2009.

Rédaction : Dominique Meunier – chargée de mission anitea

Comité de relecture : Marie Villez – Jean Pierre Couteron – Nathalie Latour pour l'anitea – Louis Michel Reliquet – Patrick Fouilland – Marie Musquet pour la F3A

⁸ Composé de personnes qualifiées, de professionnels, d'usagers, d'universitaires, ayant pour mission d'émettre des remarques selon des critères de lisibilité et de cohérence.

⁹ A noter : cette recommandation de bonnes pratiques est la toute première que l'ANESM ait produite.