

Coconstruction et Développement du Pouvoir d'agir : 4 fiches-outils

Union Régionale Hauts-de-France
de la Fédération Addiction





Éléments introductifs

La synthèse *Coconstruction et développement du pouvoir d'agir : 4 fiches-outils* est le fruit de deux années de réflexions, en 2020 et 2021, et s'appuie sur l'état des lieux¹ mené depuis 2018 par un groupe de travail mixte (composé d'usagers et de professionnels dans le champ des addictions). Ce groupe se réunit à l'initiative de l'Union Régionale Hauts-de-France de la Fédération Addiction, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.

La synthèse rassemble 4 fiches-outils visant à aider concrètement l'articulation des savoirs et la coconstruction des accompagnements entre professionnels et usagers, dans leur pratique quotidienne.

Pour chacune d'entre elles, les membres du groupe de travail se sont réunis afin d'échanger sur leurs expériences, sur les problématiques et enjeux identifiés, et de proposer des solutions permettant de dépasser les difficultés en lien avec ces sujet.

Les thématiques sont :

- **Qu'est-ce que la pair aideance ?**
- **Qu'est-ce que le rétablissement ?**
- **Qu'est-ce que la démocratie sanitaire ?**
- **L'alliance autour de la prescription.**

Nous tenons sincèrement à remercier les 43 membres du groupe de travail qui se sont réunis depuis 2018 pour proposer des pistes concrètes d'amélioration des pratiques, et particulièrement les co-référents du projet: Raphaël Dutriaux, Chef de service du CTR du Cèdre Bleu et Stéphane Lozé, Directeur du dispositif hébergement Sauvegarde du Nord, ainsi que l'Union Régionale Hauts-de-France de la Fédération Addiction et son Délégué Xavier Fournival.

Xavier Fournival,

Délégué de l'Union Régionale
Hauts-de-France de la Fédération Addiction

¹ Ce travail s'inscrit dans la suite de la première phase du projet « Coconstruction et Développement du Pouvoir d'Agir » (2018-2019), qui a donné lieu à une synthèse des pratiques mises en place au sein des CSAPA et CAARUD impliqués dans le projet : *Coconstruction et développement du pouvoir d'agir; un état des lieux en Hauts-de-France.*



Fiche outils

L'alliance autour de la prescription



Faire alliance autour de la prescription suppose...

Ainsi, pour les
professionnels,
cela signifie :

Des leviers concrets
permettent de
co-construire
l'alliance autour
de la prescription :

- ▶ Un accompagnement des usagers par les professionnels pour les aider à acquérir et à développer les compétences et connaissances nécessaires à l'amélioration de leur qualité de vie, malgré leurs problématiques chroniques.
- ▶ Une alliance forte usagers-professionnels dans un climat de confiance, pour aboutir ensemble à **un objectif commun : celui de l'utilisateur.**

- ▶ Des compétences relationnelles
- ▶ De la bienveillance
- ▶ Une attitude de non-jugement
- ▶ Des qualités d'écoute
- ▶ De l'empathie

- ▶ Plutôt que d'imposer un schéma de parcours de façon verticale, **le parcours doit être co-construit** par l'utilisateur et les professionnels, en fixant les objectifs avec l'utilisateur, de façon à les rendre réalisables et à accompagner le développement son pouvoir d'agir.
- ▶ **Développer l'éducation thérapeutique** au sein des structures pour permettre à l'utilisateur de faire ses choix en connaissance de causes et répondre à ses besoins. Dans le terme de « prescription », il n'y a pas que le traitement : le médicament n'est plus qu'un outil parmi tant d'autres pour permettre à l'utilisateur d'aller mieux. Au-delà du médicament, la question est : pourquoi prescrire tel produit, comment le prendre, ce qu'il permet...

- ▶ Donner accès à l'utilisateur aux **biens de première nécessité** pour lui permettre de parcourir sereinement son chemin dans les soins.
- ▶ Travailler autour de la **déstigmatisation** d'une pathologie.
- ▶ Co-construire les modalités permettant à un usager de **gérer son traitement** et de le continuer d'une façon qui lui convienne, pour assurer le maintien dans les soins.
- ▶ **Assurer la coordination** entre les structures et les professionnels qui accompagnent l'utilisateur : le rôle du *case manager* peut être un levier, un fil rouge pour accompagner l'utilisateur dans son parcours de soins, en assurer la cohérence et la coordination, favoriser les liens avec l'entourage et empêcher l'« étiquetage » de l'utilisateur.
- ▶ **Assurer la continuité des soins**, notamment en trouvant un médecin traitant lorsque l'utilisateur n'en a pas.
- ▶ Penser **la réduction des risques et des dommages** dans le parcours de soin.
- ▶ **Développer les pratiques d'intervision** pour les usagers dans une situation complexe : se réunir pour croiser les regards professionnels, apporter de la cohérence dans le parcours de soins, débloquer des situations et rompre l'isolement pour éviter l'épuisement des professionnels. L'intervision est possible avec l'accord préalable de l'utilisateur, mis au centre du dispositif.
- ▶ **Déconstruire les représentations** sur les produits et sur la réduction des risques (ex. : déconstruire l'idée selon laquelle la volonté serait la seule clé pour arrêter/réduire une consommation).
- ▶ **Renforcer l'« aller vers »**, notamment pour les personnes en situation de précarité, qui ont des difficultés - et donc des besoins d'accompagnement - spécifiques (ex. : déconstruire la banalisation du tabac et les craintes d'évoquer l'arrêt avec les personnes en situation de précarité, le tabac étant alors souvent considéré comme un « produit réconfort »).
- ▶ **Renforcer l'accompagnement concernant les addictions au tabac dans les CSAPA**, parfois mis de côté.
- ▶ **L'alliance autour de la prescription nécessite du temps** pour l'aller vers et pour tisser des relations de confiance avec l'utilisateur, ce temps de travail doit être mieux pris en compte.



Fiche outils

Qu'est-ce que la « démocratie sanitaire » ?



Quelques constats...

- ▶ La démocratie sanitaire¹ est liée aux droits des usagers et à notre capacité à les reconnaître comme citoyens, avec des droits. Dans les structures d'accueil et d'accompagnement, c'est une vigilance de tous les jours qui doit permettre à chaque usager de participer.
- ▶ La démocratie sanitaire est un levier vers l'émancipation : elle participe au **développement du pouvoir d'agir**, individuel et collectif (« rien pour nous sans nous »). Elle pose la question de la mobilisation des usagers permettant au système de soins d'évoluer selon leurs besoins. La démocratie sanitaire permet de ne pas figer les règlements, mais de les faire évoluer en fonction des besoins des personnes.
- ▶ La démocratie sanitaire peut prendre différentes formes : sondages, consultations directes, boîtes à idées, ordres du jour co-construits, enquêtes qualité, conseil des usagers, participation à l'élaboration du règlement intérieur et du projet d'établissement... Certains thèmes sont récurrents : la question des horaires, des contrôles policiers à proximité des structures, de l'évolution du projet de service et du règlement, de l'ouverture d'espaces de consommation...
- ▶ Cependant, elle n'est **pas la seule forme de participation** des usagers, et ne doit pas occulter l'importance de l'implication et de la coopération quotidiennes professionnels-usagers.
- ▶ La démocratie sanitaire nécessite que les usagers soient **informés sur leurs droits** et que des **engagements** soient pris par la structure d'écouter leur parole et d'en tenir compte dans les décisions.
- ▶ La démocratie sanitaire a suivi **un processus d'institutionnalisation** permettant la représentation des usagers : par exemple, l'association France Asso Santé ; COREVIH qui coordonne les acteurs de la lutte contre le VIH en France en leur donnant une place d'experts, agréée pour représenter les usagers ; les CRSA au sein des ARS, notamment dans l'élaboration des PTSM...

¹ Le concept de « démocratie sanitaire » est défini par les pouvoirs publics comme « une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation ». ARVEILLER Jean-Paul, TIZON Philippe, « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », Pratiques en santé mentale, 2016, vol. 2, p. 2.



Les difficultés identifiées...

- ▶ La démocratie sanitaire s'installe progressivement au sein des structures mais **n'est pas toujours suffisamment intégrée** dans les pratiques.
- ▶ Il n'est pas toujours facile de mobiliser les usagers sur ces questions, qui ne leur semblent **pas toujours prioritaires**, notamment dans les structures d'accueil de jour où les usagers ne restent pas longtemps. Donner de son temps pour participer à la vie citoyenne de la structure pose parfois problème aux usagers qui ne peuvent pas alors faire la manche, se nourrir, consommer ou se procurer un produit... : la difficulté à mobiliser ne signifie pas que les usagers ne sont pas intéressés par la participation.

- ▶ La démocratie sanitaire peut avoir un coût financier, notamment lorsqu'elle suppose des déplacements d'usagers.
- ▶ La crise sanitaire a parfois mis de côté la démocratie sanitaire au sein des structures, des solutions sont à trouver pour que la démocratie sanitaire soit toujours présente, malgré les temps de crise, et qu'elle ne soit **jamais optionnelle**.



...Et des solutions!

- ▶ Pour encourager la mobilisation, la démocratie sanitaire peut être organisée **autour d'un temps convivial** (café, repas...).
- ▶ Elle doit porter sur des questions **qui concernent directement les usagers et leur quotidien** au sein de la structure : il est donc important qu'ils puissent choisir les thématiques abordées.
- ▶ Au-delà de la démocratie sanitaire « organisée », les **mobilisations spontanées** pour dénoncer un problème sont très importantes : le rôle « citoyen » des usagers est essentiel pour alerter en cas de problèmes.

- ▶ Des instances permettent de **centraliser les problématiques** rencontrées par les usagers, et participent ainsi à la démocratie sanitaire, à l'instar de l'Observatoire des Usagers d'ASUD.
- ▶ Certains événements constituent également des exemples concrets de démocratie en action, par exemple **les journées des communautés thérapeutiques** : ces journées sont organisées pour les professionnels des 11 CT, autour de thématiques concrètes concernant les professionnels au départ, et de plus en plus sur les besoins des usagers désormais. Les thématiques sont décidées au cours de réunions de travail organisées par la Fédération Addiction. Après les journées, des CT ont mis en place des outils concrets permettant la démocratie sanitaire au sein de leur structure : par exemple, le « Comité » au sein de la CT de Flambermont (un groupe de représentants), qui se réunit

désormais mensuellement avec l'équipe éducative pour faire remonter les souhaits des résidents, ou pour jouer le rôle de médiateur en cas de problèmes. Autre exemple : des réunions entre résidents seulement sont organisées pour permettre à la parole de circuler plus librement, et pour organiser des demandes auprès des professionnels. Des groupes de libre expression sont également mis en place dans d'autres structures (CSAPA, CAARUD...). A l'hôpital, des moyens peuvent également être mis en place. Par exemple, une direction de la relation avec les usagers, une commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, un livret d'accueil pour informer sur les droits, un questionnaire de satisfaction, un travail avec des associations d'usagers et de proches d'usagers (AIDES, UNAFAM) ...





Fiche outils

Qu'est-ce que la « pair aideance » ?



En addictologie, la pair aideance repose sur...

- ▶ Des valeurs et une éthique communes entre le pair aidant et l'équipe
- ▶ La conscience d'une complémentarité et d'une horizontalité entre les savoirs du pair aidant et de l'équipe
- ▶ Une capacité d'écoute du pair aidant et de l'équipe
- ▶ Une attitude de non-jugement/non-stigmatisation.

Elle répond à **un besoin** et à **une volonté** de l'équipe, de la direction et du pair aidant. La pair aideance est souvent l'objet d'une rencontre : il n'y a pas de procédure formelle à suivre pour devenir pair aidant, juste un engagement dans des valeurs de partage et d'altruisme.

Les missions du pair aidant varient selon les structures, leurs besoins, les compétences et les appétences du pair aidant :

- Proposer des temps de discussion, formels ou informels : pour un usager, la proximité est parfois plus évidente et le dialogue plus fluide avec un pair aidant plutôt qu'avec un professionnel (fonction de médiateur, de « traducteur » entre deux langages)

- Animer des groupes de parole (sur le rapport aux produits, la réduction des risques et des dommages, la prévention...)
- Animer une activité/un atelier
- Avoir un rôle de co-référent, avec un professionnel, auprès d'usager (croiser les regards)
- Participer aux réunions
- Apporter de l'aide aux usagers dans la vie quotidienne, selon des interventions formelles et informelles

La pair aideance peut prendre plusieurs formes, et les structures utilisent un vocabulaire différent pour désigner cette fonction : travailleur pair, patient expert, médiateur de santé pair...

Nous distinguons deux formes de statuts chez les pairs aidants :

- Le statut bénévole
- Le statut salarié

Le statut de bénévole...

- ◆ Permet au pair aidant de mettre à disposition de la structure une partie de son temps.
- ◆ Est encadré par une convention de bénévolat.
- ◆ Ce contrat ne doit pas s'apparenter à un contrat de travail : on ne peut pas attendre les mêmes choses d'un bénévole que d'un salarié.

Le statut de salarié...

- ◇ Permet au pair aidant un accès semblable aux informations, aux données et aux réunions à celui du reste de l'équipe.
- ◇ Permet un accompagnement de la direction, au même titre que le reste de l'équipe (par exemple, des entretiens annuels).
- ◇ Pose la question de la rémunération : comment rétribuer les nombreuses années de savoirs expérientiels ? A quelle profession « raccrocher » le pair aidant, un métier qui n'existe pas encore formellement sur les grilles salariales ?¹

→ A noter que dans les communautés thérapeutiques, la pair aideance est un outil thérapeutique : le résident étant au service du groupe et le groupe au service du résident ; la pair aideance est inscrite dans le cahier des charges.

Des problématiques sont identifiées quant à la mise en place de la pair aideance

- ▶ Il s'agit d'une fonction qui nécessite beaucoup d'énergie y compris émotionnelle (avec une charge mentale importante), le pair aidant devant s'appuyer sur son expérience intime, souvent difficile, afin de participer au rétablissement de l'utilisateur.
- ▶ Le développement de la pair aideance est encore très récent et les premiers pairs aidants « essuient les plâtres ».
- ▶ Les pairs aidants peuvent parfois être mis dans l'inconfort si leur propre accompagnement n'est pas poursuivi : le pair aidant est lui-même en rétablissement, selon un processus graduel.

¹ Il est possible de nommer le poste comme on veut (par exemple, « médiateur de santé pair »), mais il doit être rattaché à un métier formellement reconnu.

- ▶ L'équipe peut avoir tendance, par bienveillance, à vouloir « protéger » le pair aidant et, involontairement, à le mettre en retrait.
- ▶ Il peut être difficile d'être le seul pair aidant de l'équipe : la fonction du pair aidant se confond alors avec la personne dans l'esprit du reste de l'équipe ; le pair

aidant peut avoir besoin de collègues partageant cette même fonction pour échanger et s'entraider.

- ▶ L'équipe n'est pas toujours suffisamment préparée avant l'arrivée du pair aidant : il faut être attentif à ce que le pair aidant ne soit pas un faire-valoir.

Ainsi que quelques points de vigilance...

- ▶ L'intégration du pair aidant dans l'équipe ne doit pas être confondue avec une « assimilation » : le pair aidant a ses spécificités et il ne faut pas chercher à les gommer, même par bienveillance.
- ▶ Il est important de garder à l'esprit que tout usager ne souhaite pas devenir pair aidant, et qu'il ne s'agit pas seulement de favoriser l'insertion professionnelle d'usagers lorsque l'on crée des postes de pairs aidants (il existe une réelle plus-value à bénéficier de l'accompagnement de pairs aidants pour les usagers).

- ▶ De même, tout pair aidant bénévole ne souhaite pas/ne peut pas (selon la situation) devenir, à terme, un pair aidant salarié : le fait qu'un contrat salarié ne soit pas toujours possible dans la structure doit être clair, afin d'éviter de créer des frustrations chez des pairs aidants bénévoles qui espèreraient être finalement embauchés.
- ▶ Les contrats de bénévolat doivent être bien distincts des contrats de travail : un pair aidant bénévole ne doit pas répondre aux mêmes missions et au même cadre qu'un pair aidant salarié : par exemple, il ne doit pas y avoir de contraintes horaires ou de période d'essai pour un bénévole.
- ▶ Dans une équipe, il y a de nombreux accords tacites, qui doivent être néanmoins clarifiés si un pair aidant intervient comme bénévole : par exemple, le partage d'informations concernant la situation d'un usager peut être l'objet d'un accord tacite entre collègues, mais cela doit être repensé vis-à-vis du pair aidant bénévole : c'est justement parce qu'un pair aidant n'est pas formellement dans l'équipe que les usagers peuvent avoir plus de facilité à se confier à lui, la confiance ne doit pas être mise à mal par des implicites (avoir en tête les « conflits de loyauté » que peut rencontrer un pair aidant).



► La question « à partir de quand peut-on être pair aidant ? » se pose régulièrement et aucun protocole formalisé ne permet d'y répondre : il s'agit d'une fonction particulière, l'équipe qui reçoit un pair aidant doit être au clair avec cette « autre chose » qu'il attend du pair aidant ; le pair aidant doit avoir envie de partager son expérience et ses solutions, sans pour autant imposer son schéma aux usagers (chaque parcours est unique) ;

une capacité d'écoute est nécessaire ; ne pas être dans le jugement ; avoir une prise de recul (travailler sur la juste proximité/juste distance grâce à un parcours réflexif) ; (re)trouver confiance en soi et être dans une forme d'équilibre et d'autonomie ; être accompagné par des personnes ressources (le pair aidant est lui-même encore dans un processus de rétablissement, cela ne doit pas être oublié).



Et des solutions peuvent être mises en place !

► Des espaces de discussions entre le pair aidant et le reste de l'équipe peuvent être proposés régulièrement, afin de « ne pas rentrer chez soi avec le dossier » ; dans une équipe composée de plusieurs pairs aidants, un groupe entre pairs peut être une façon de se soutenir et de s'enrichir mutuellement. Il est important que le pair aidant bénéficie d'échanges et de soutien de l'équipe et d'autres pairs aidants (interview).

► Avoir été usager dans la même structure que celle où l'on devient pair aidant peut faciliter le lien de confiance avec l'équipe (ceci dépend néanmoins de la situation).

► Co-construire le contrat (de travail ou de bénévolat) en associant le pair aidant et l'équipe permet d'adapter le contrat à la fois aux besoins de l'équipe mais aussi aux appétences et compétences du pair aidant, plutôt que d'imposer un contrat.

► Ce contrat peut être envisagé de façon évolutive, et être adapté aux besoins et envies de l'équipe et du pair aidant, au fur et à mesure (d'autant plus qu'il s'agit souvent de premières expériences de pair aidance, aussi bien pour l'équipe que pour le pair aidant).

► Concerter le pair aidant à différents niveaux permet de l'intégrer et de croiser les regards sur des situations. Une solution peut être de convier le pair aidant aux réunions (exceptées celles où le secret médical est de rigueur), en lui laissant la possibilité de venir : être invité aux réunions a une forte importance, notamment symbolique ; néanmoins, le regard du pair aidant ne doit pas se confondre avec celui du professionnel, la réunion est justement un moyen de croiser les points de vue sur des situations spécifiques concrètes.

- ▶ L'équipe doit être réellement convaincue par la pair aideance avant l'arrivée du pair aidant : cette arrivée se prépare sur le long terme, et être convaincu par principe ne suffira pas : l'équipe doit être informée de ce qu'est la pair aideance, de ce que cela implique au quotidien ; elle doit avoir conscience de la complémentarité des rôles (pour ne pas se sentir menacée par l'arrivée du pair aidant) ; elle doit connaître l'importance de l'expérience et ne pas la considérer comme moindre par rapport aux diplômes et au savoir théorique ; elle doit être au clair sur le sens de la pair aideance et sur son intérêt. Ainsi, l'arrivée du pair aidant doit être préparée avec l'ensemble de l'équipe, qui co-construira ensuite avec le pair aidant le cadre de son rôle et ses missions précises.
- ▶ Les temps de formation sur la pair aideance et d'immersion auprès de pairs aidants peuvent être intéressants pour le pair aidant, qu'il soit bénévole ou salarié : tous n'ont pas de formations spécifiques sur la pair aideance et des outils concrets permettant de prendre la bonne distance/ la juste proximité, d'apprendre à tirer des analyses de son histoire, à écouter celle de l'autre etc. sont extrêmement utiles au pair aidant dans son quotidien.
- ▶ Prendre le temps entre le moment où l'on envisage la pair aideance et le moment où l'on commence effectivement à exercer cette fonction : ils s'agit d'un investissement personnel important, qui doit être pensé : les périodes d'immersion, les discussions avec d'autres pairs aidants, avec le reste de l'équipe etc. peuvent être des moyens de réfléchir à ce qu'implique un tel rôle.
- ▶ S'enrichir des expériences des autres structures qui ont déjà accueilli des pairs aidants : par exemple, partager les offres d'emploi ou les contrats de bénévolat et de travail : ces fonctions se développent depuis peu et nécessitent un partage d'expériences.
- ▶ La relation avec l'utilisateur doit être travaillée : le pair aidant doit pouvoir indiquer des limites dans l'accompagnement qu'il propose : un pair aidant n'est pas psychologue et doit pouvoir faire comprendre aux usagers qu'il ne peut pas tout entendre : des règles doivent être élaborées en amont, co-construites avec l'équipe.



Fiche outils

Qu'est-ce que le « rétablissement » ?



Le rétablissement signifie...

► Le rétablissement, issu historiquement du terme anglo-saxon « *recovery* », se présente comme **l'opposé du concept de « guérison »** (concept médicalisé qui suppose un retour à l'état d'« avant ») ; le rétablissement vise un « aller mieux », ce n'est pas un retour à un état initial avant la consommation mais un processus qui mène à un nouvel état d'équilibre qui prend en compte le passé et les ressources présentes pour construire un avenir (« faire avec »).

- Le rétablissement est un processus personnel qui dépasse la seule dimension médicale.
- Se rétablir c'est donner la juste dimension à une pathologie, ce qui est différent du déni ou de la réduction de soi à la pathologie.
- Le rétablissement s'applique aux addictions comme aux autres troubles psychopathologiques ou psychiatriques.

► Le rétablissement doit être **organisé autour de l'utilisateur** et de ses demandes.

→ Le rétablissement suppose la réappropriation par et pour les usagers de leur parcours personnel, selon une logique de **développement du pouvoir d'agir** (ou *empowerment*¹).

→ Il implique le développement de la **démocratie sanitaire**, encore récente et en développement en France.

► Le rétablissement est une philosophie d'accompagnement qui s'associe à **la philosophie de la réduction des risques et des dommages** : il se décline en fils conducteurs qui permettent d'articuler les interactions avec les usagers, qui

→ Le rétablissement implique également que l'utilisateur soit **pleinement informé** sur sa pathologie, les conséquences et les possibilités, qu'il puisse vivre comme un citoyen sans se définir et être défini seulement par ses addictions.

guident le parcours de l'entrée dans les soins à l'amélioration de la qualité de vie de l'utilisateur (selon sa propre définition de cette « amélioration » et selon sa propre perception).

¹ « Processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant, tout en s'armant mieux pour savoir apporter sa contribution à la collectivité (Jouet & Flora, 2011 ; Daumerie, 2011 ; Aujalat, 2007) », cité dans Jouet, Emmanuelle. « Le projet Emilia : inclusion sociale par la formation des personnes vivant avec un trouble psychique », *Savoirs*, vol. 31, no. 1, 2013, pp. 69-80.

Les principes du rétablissement s'appuient sur :

- L'espoir
 - Le sentiment d'appartenance
 - Le développement du pouvoir d'agir
 - Le soutien des professionnels, des proches et des autres usagers selon le principe de pair aideance
 - La réduction des risques et des dommages et son appropriation
- ▶ Le rétablissement suppose de se détacher de l'image associée à un diagnostic.
- Il suppose de **sortir des images stigmatisantes** de dépendance, d'invalidité ou de chronicité.

Quelle posture des professionnels de soins dans le rétablissement de l'utilisateur ?

- ▶ Travailler dans une attitude respectueuse en traitant l'utilisateur d'égal à égal.
 - ▶ Rôle de **facilitateurs** (aider l'utilisateur à trouver ses propres règles et objectifs), ce qui nécessite une autre posture qui n'est plus celle du « sachant » : être dans l'accompagnement et le partage d'informations plutôt que dans le contrôle, adopter une attitude d'« écoute active ».
- ▶ Accompagner l'utilisateur dans la précision de ses objectifs personnels et être attentif à ce qui est présenté comme objectifs, travailler sur les stratégies d'adaptation mises en place par l'utilisateur pour les renforcer. **Ne pas chercher à imposer aux utilisateurs ce que l'on pense être bon** : il est parfois difficile pour les professionnels d'accepter une décision alors qu'eux-mêmes pensent que ce n'est pas la bonne, mais cela est essentiel pour ne pas rompre le parcours de soins.
- ▶ Maîtriser son addiction ne passe pas par une maîtrise des besoins de consommer, par une maîtrise du diagnostic, de son parcours de soins, de l'information... Il s'agit plutôt de réduction des risques et des dommages : le professionnel doit rechercher, avec l'utilisateur, des moyens de limiter les dommages sur sa vie, une multitude de méthodes existent et permettent au professionnel d'accompagner l'utilisateur dans ses décisions.

- ▶ Il faut accepter que la notion du temps ne soit pas la même pour un usager et un professionnel, dans ce processus de rétablissement : il faut répéter, réessayer, réadapter.
- ▶ **Valoriser toutes les étapes** du processus de rétablissement.
- ▶ Aider l'usager à prendre confiance en lui et en ses capacités et ressources, en lui montrant que l'on y croit sincèrement, présenter à l'usager des expériences inspirantes de processus de rétablissement, lui proposer des techniques validées scientifiquement et qui ont montré leur efficacité. S'appuyer sur des outils adaptés : la réduction des risques et des dommages, l'entretien motivationnel, les publications de recherche sur les troubles psychiatriques et addictifs, les traitements de substitution...
- ▶ Travailler selon une approche intégrée avec les autres professionnels de soins et **avec l'entourage** de l'usager, qui fait partie intégrante du « partenariat » autour de l'usager.
- ▶ La **pluridisciplinarité** au sein d'une équipe fluidifie les parcours de soins (exemple de Un Chez Soi d'Abord : psychiatrie, addictologie, social).
- ▶ Une vigilance de tous les jours pour les responsables de service : l'équipe ne suit pas toujours et n'accepte pas systématiquement l'approche du rétablissement ; tenir compte du fait qu'il n'est pas facile pour les usagers de s'adresser directement à la direction en cas de dysfonctionnements.
- ▶ Les étudiants/professionnels en formation permettent de déconstruire les pratiques « anciennes », les équipes en ressortent grandies car ces formations insufflent des nouvelles pratiques plus axées sur le rétablissement.
- ▶ Les immersions dans d'autres structures sont importantes pour diffuser l'approche du rétablissement.
- ▶ La prévention, l'intervention précoce et les interventions psycho-sociales doivent être développées.
- ▶ Favoriser l'« aller vers », pour accompagner les populations fragiles et éloignées des dispositifs de soins.
- ▶ Le cadre sécurisant de la structure est important, **il est essentiel qu'il y ait des règles mais elles doivent être coconstruites avec les usagers** (et non pas imposées par les professionnels) : la réduction des risques et des dommages suppose d'adapter les dispositifs à la personne plutôt que l'inverse (par exemple, proposer des débats sur la question des consommations au sein de la structure).





Et pour les usagers...

Les usagers doivent également s'approprier cette approche du rétablissement car elle n'a pas de sens si elle n'est portée que par des professionnels convaincus.

Pour ce faire :

- ▶ Aller vers un « mieux-être » selon son propre chemin et à son rythme.
- ▶ (Re)connaître ses compétences et ses ressources, les développer et les valoriser.
- ▶ S'appuyer sur les professionnels, qui accompagnent ce parcours personnel.

- ▶ S'appuyer sur ses pairs. **La pair aideance est un levier essentiel pour permettre le rétablissement** : les associations d'auto-support et d'entraide peuvent être des ressources pour l'utilisateur. Exemple : Observatoire des Droits des Usagers (ODU) de ASUD pour signaler des entraves aux droits des usagers : le développement du pouvoir d'agir passe aussi par le collectif.
- ▶ Être acteur et responsable de ses choix, sans s'auto-définir par ses problématiques addictives seulement. **La déstigmatisation passe également par une reprise de confiance en soi** et en ses capacités personnelles.
- ▶ Il est important que les usagers signalent à la direction les éventuels

dysfonctionnements dans leur rapport avec les professionnels, en adressant un courrier, par exemple, si le contact direct n'est pas facile.

- ▶ **Le savoir expérientiel** (issu des expériences personnelles, en lien avec les consommations et le parcours de soins, mais également au-delà) est également un levier important pour permettre le rétablissement : **il vient compléter le savoir professionnel** pour donner un parcours de soins adapté aux besoins et envies de l'utilisateur.
- ▶ **Les usagers doivent pouvoir être informés et formés**, afin d'être outillés et pleinement acteurs de leur parcours de soins, pour parler de leurs problématiques, connaître leurs droits etc.



Des marges de progression structurelles :

- ▶ Rétribution pour les usagers qui s'engagent dans la pair aideance et qui le souhaitent. Exemple : Un Chez Soi d'Abord rémunère les résidents qui interviennent dans des événements. Le bénévolat met une limite dans l'intégration du pair aidant au sein de l'équipe. A noter que le médiateur de santé pair, bien que salarié, est bien souvent le plus bas dans l'échelle salariale de l'équipe.

- ▶ Mettre en place des dispositifs spécifiques pour que l'utilisateur puisse prendre la parole. Exemple : le Comité Ethique de Un Chez Soi d'Abord, composé de professionnels et d'utilisateurs ; l'utilisateur concerné peut être accompagné d'une personne ressource pour l'épauler (il peut parfois être plus aisé de passer par des tiers). L'important est de ne pas prendre des décisions sans et à la place de l'utilisateur concerné.
- ▶ **La stigmatisation est une entrave majeure au rétablissement** : ce n'est pas facile de revendiquer ses droits lorsque l'on en a peu en tant qu'utilisateur de drogues (enjeu de l'illégalité de certains produits).
- ▶ **Le vocabulaire utilisé n'est pas anodin** : ne pas dire à un utilisateur qu'il « est » addict mais bien qu'il a une pathologie, afin que la personne ne confonde pas son identité avec sa pathologie. De plus, ne pas confondre « addiction » et « addictologie » : l'addictologie s'intéresse aux comportements avec ou sans substance et aux pratiques d'accompagnement de ces comportements. L'addiction est la conséquence possible (et non pas systématique) de ces comportements de consommation.





