



LA PARTICIPATION DES  
USAGERS EN HEBERGEMENT  
COLLECTIF : LES JEUNES ET LES  
PERSONNES ÂGÉES  
DOSSIER DOCUMENTAIRE

IREPS Bretagne  
Morgan Calvez - Documentaliste

Janvier 2018

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
<b>Concepts et definitions :</b> .....	3
<b>La démocratie sanitaire</b> .....	3
<b>L’empowerment</b> .....	3
<b>La santé communautaire</b> .....	4
<b>La participation</b> .....	4
<b>Classification des relations dans la participation entre institution ou promoteur     d’action et population</b> .....	6
<b>REPERES CHRONOLOGIQUES (TEXTES LEGISLATIFS, CONSULTATIONS NATIONALES)</b> .....	7
<b>CADRE JURIDIQUE</b> .....	9
<b>Les droits des résidents en EHPAD, Unités de soins de longue durée, etc.</b> .....	9
<b>La participation en logement-foyer</b> .....	10
<b>SELECTION BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	11
<b>Données générales</b> .....	11
<b>Les recommandations spécifiques au secteur médico-social</b> .....	12
<b>Les recommandations professionnelles de l’ANESM</b> .....	13
<b>Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)</b> .....	14
<b>La participation des usagers</b> .....	15
<b>La participation des personnes âgées</b> .....	18
<b>La participation des jeunes</b> .....	24
<b>L’évaluation participative</b> .....	26
<b>POUR ALLER PLUS LOIN</b> .....	28

## **INTRODUCTION**

La participation des personnes et de leurs familles retient tout l'intérêt et l'attention des décideurs et des opérateurs du domaine de la santé publique. Depuis le début des années 2000, le secteur sanitaire comme le secteur médico-social est marqué par la recherche d'un nouveau modèle de gouvernance permettant de faire participer, d'associer, d'impliquer les personnes à la conception des politiques et à leur mise en oeuvre. Il ne s'agit plus d'agir et de communiquer au nom des usagers, mais de réfléchir à de nouvelles modalités de co-construction qui prennent en considération la parole des personnes accompagnées, leurs expériences et expertises.

## **CONCEPTS ET DEFINITIONS :**

---

### **La démocratie sanitaire**

La démocratie sanitaire correspond, dans la loi du 4 mars 2002, à trois types d'institutions ou dispositifs juridiques : reconnaissance du droit d'information des patients de sorte qu'ils consentent, de manière éclairée, au traitement qui leur est prescrit ; participation des usagers ou plus exactement de leurs représentants à la gestion de l'hôpital ; organisation de débats publics quant aux orientations à donner aux politiques de santé. La démocratie sanitaire participe des trois dimensions de la démocratie administrative : déclarative, délibérative, participative. Déclarative parce qu'elle consiste à conférer des droits aux administrés (...). Délibérative parce que les associations d'usagers ont été largement mêlées à l'élaboration de la loi (...). Participative parce que l'utilisateur est appelé à participer non seulement dans ces instances de proximité que constituent les conseils des établissements de santé, mais aussi au-delà au niveau régional ou national dans le cadre de la régulation du système de soins.<sup>1</sup>

La «démocratie sanitaire», c'est : - la reconnaissance de droits individuels pour les citoyens quand ils ont recours au système de santé, ce que recouvre donc la formule «droits des patients» ou celle de «droits des malades» mais qui vaut pour tout citoyen-usager du système de santé, - la reconnaissance de droits collectifs pour les associations d'usagers du système de santé, soit au fond le principe de représentation des usagers dans les instances de santé, - la reconnaissance de la nécessité de renforcer les compétences individuelles et collectives des patients pour affronter la maladie, dans les directions maintenant bien connues de l'empowerment et du care, notamment par des programmes d'accompagnement dédiés, - l'existence d'un certain nombre de procédures contradictoires et/ou participatives pour la décision collective en santé pour toutes les parties prenantes, et pas seulement pour les représentants des usagers.<sup>2</sup>

### **L'empowerment**

Notion récente apparue il y a quelques décennies, l'empowerment désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne [...] via le développement de son

---

<sup>1</sup> **La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?** BRISSON Jean-François. Bordeaux : Les études hospitalières, **2014**, p.13. [Lien](#)

<sup>2</sup> **Santé, citoyens !** SAOUT Christian. Paris : Editions de santé, **2013**, p.287. [Lien](#)

autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant.<sup>3</sup>

C'est un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.<sup>4</sup>

### **La santé communautaire**

La santé communautaire est l'approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant sa participation active à toutes les étapes. Elle est théoriquement mise en œuvre par un groupe associant professionnels et population. La priorité de la santé communautaire est la promotion de la santé. Une communauté peut être définie comme étant un groupe d'individus partageant des intérêts, des aspirations ou des systèmes de valeurs communs.<sup>5</sup>

Lors de la conférence internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma-Ata en 1978, la notion de santé communautaire a été définie de la manière suivante : «la participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part, prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, et d'autre part, développent leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de leur communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et à être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les conduit à être des agents de leur propre développement, au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de leur propre développement».<sup>6</sup>

### **La participation**

Implication des personnes concernées dans l'identification des problèmes et des besoins ainsi que dans l'exécution et l'évaluation des actions. La participation peut recouvrir différents degrés d'implication et d'engagement. Il y a une distinction entre la participation collective active, se faisant sur un pied d'égalité et la participation ou acceptation collective plus passive à partir des mesures établies par des experts. La participation est un élément essentiel de l'approche de la promotion de la santé proposée

---

<sup>3</sup> **Empowerment et santé mentale.** HOLUE Catherine. Psychom, **2015**. Lien

<sup>4</sup> **Empowerment.** In : Glossaire multilingue de la BDSP, s.d. Lien

<sup>5</sup> **Santé publique, santé communautaire.** TESSIER Stéphane. ANDREYS Jean-Baptiste, RIBEIRO Marie-Adèle. Paris : Maloine, **2004**, p.19. Lien

<sup>6</sup> **Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale.** Rennes : Presses de l'EHESP, **2013**, p. 432. Lien

par l'OMS. La participation comme terme et concept provient d'autres domaines que la santé mais est devenue un concept clé de la promotion de la santé.<sup>7</sup>

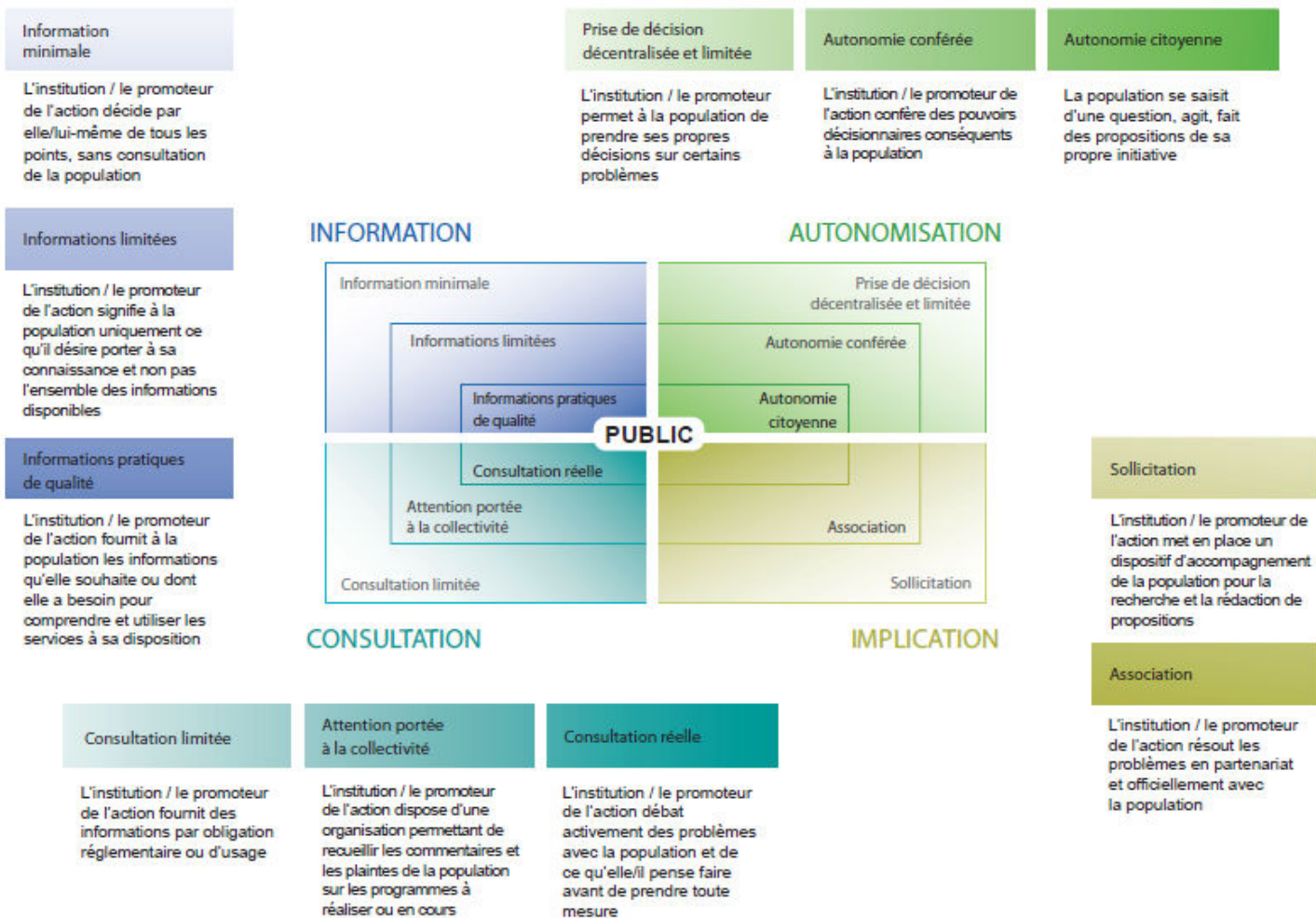
« Le petit Robert définit la participation comme le simple fait de « prendre part » à une activité sociale. Il faut distinguer la participation comme état (être bénéficiaire plus ou moins passif) ou comme action et engagement (planifier, mettre en œuvre, évaluer des programmes de santé). La charte d'Ottawa pose comme principe que »... « La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. » Deux dimensions sont au fondement du principe de participation en promotion de la santé : d'une part, la participation constitue une méthode efficace pour atteindre une meilleure santé ; d'autre part, la participation représente une valeur démocratique en santé publique.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> **Participation.** In : Glossaire multilingue de la BDSP, s.d. Lien

<sup>8</sup> **Quand la promotion de la santé parle de participation.** Rennes : IREPS Bretagne, **2011**, p. 4. Lien

## Classification des relations dans la participation entre institution ou promoteur d'action et population



<sup>9</sup> Quand la promotion de la santé parle de participation. Rennes : IREPS Bretagne, 2011, p. 7. Lien

## REPERES CHRONOLOGIQUES (TEXTES LEGISLATIFS, CONSULTATIONS NATIONALES)

<p style="text-align: center;">1991 – Loi Evin Durieux</p>	<p>Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991 page 10255 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>Prémices d'une représentation des usagers dans les établissements de santé : dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative (art. 8).</i></p>
<p style="text-align: center;">1996 – Ordonnances Juppé</p>	<p>Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>Développement d'une représentation des usagers. Des représentants des usagers sont présents au sein du Conseil d'administration de chaque établissement public de santé (art. 42).</i></p> <p><i>La création d'une Commission de conciliation, chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice, au sein de chaque établissement de santé est également inscrite dans ce texte (art 1).</i></p> <p>Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6311 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>Mise en place de la Conférence nationale de santé et des Conférences régionales de santé. Les Conférences régionales sont composées, en outre, de représentants d'usagers et établissent les priorités de santé publique de la région.</i></p>
<p style="text-align: center;">Septembre 1998 – Juin 1999 Etats généraux de la santé</p>	<p><i>Le 13 mai 1998, le Conseil des Ministres prend la décision de lancer les Etats Généraux de la santé. A partir de 15 thématiques choisies par un Comité national d'orientation, installé le 16 juillet 1998, des forums citoyens sont organisés dans chaque région et une Journée nationale de synthèse se déroule le 30 juin 1999 à Paris. : Les axes qui sont ressortis de la réunion de synthèse du 30 juin 1999 -pérenniser et approfondir l'association des représentants des usagers dans les instances existantes, améliorer la protection des droits des malades et plus largement des usagers du système de santé ont été repris pour l'élaboration de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <a href="#">Lien</a></i></p>
<p style="text-align: center;">2002 – Loi rénovant l'action sociale</p>	<p>Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002 page 124 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>Mise en place d'une participation des usagers dans les services et établissements sociaux et médico-sociaux. L'article 10 institue soit un Conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation, au sein des services et établissements sociaux et médico-sociaux, afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service.</i></p>
<p style="text-align: center;">2002 – Loi Kouchner</p>	<p>Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>La loi consacre un titre II à la démocratie sanitaire. Elle renforce les droits à l'information et au consentement du malade, permet une participation accrue de l'utilisateur du système de santé et instaure un droit à indemnisation pour les victimes d'accidents médicaux.</i></p>

	<p><i>En remplacement de la Commission de conciliation créée par l'ordonnance n° 96-346, l'article 16 met en place dans chaque établissement de santé une Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) qui a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.</i></p> <p><i>Par ailleurs, la loi modifie la composition de la Conférence nationale de santé en incluant des représentants des usagers et crée, à la place de la Conférence régionale de santé, un Conseil régional de santé (art. 35). Celui-ci est composé notamment de représentants d'usagers et peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens sur des problèmes de politique de santé et d'éthique médicale (les décrets d'application n'ont pas été pris et la C.N.S. interrompt son activité pendant plus de 4 ans : <a href="#">confère le site de la CNS</a>)</i></p> <p><i>L'agrément des représentants des usagers est également prévu par la loi : selon l'article 20, les représentants des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique sont désignés parmi les membres d'associations agréées.</i></p>
<p>2004 – Loi Santé publique</p>	<p>Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277 <a href="#">Lien</a> et rectificatifs 1 <a href="#">Lien</a> et 2 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>Adaptation des missions et composition de la Conférence nationale de santé. La CNS comprend des représentants des malades et des usagers du système de santé. Elle a pour objet de permettre la concertation sur les questions de santé : elle est chargée de formuler des avis pour améliorer le système de santé, d'élaborer -sur la base des rapports établis par les Conférences régionales de santé- un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé et de contribuer à l'organisation de débats publics.</i></p> <p><i>Rétablissement d'une Conférence régionale ou territoriale de santé qui comprend notamment des représentants des malades et des usagers du système de santé : la Conférence procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé.</i></p>
<p>2009 – Loi HPST</p>	<p>Loi n 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 <a href="#">Lien</a></p> <p><i>L'article 84 de la loi crée un Titre VI «Education thérapeutique du patient» dans le code de la santé publique. Il apporte une reconnaissance et un encadrement de l'éducation thérapeutique du patient qui a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie</i></p> <p><i>Le Conseil de surveillance dans les établissements de santé vient remplacer le Conseil d'administration et comporte deux représentants des usagers (art. 9). Par ailleurs, la Commission médicale d'établissement doit prendre en compte dans son programme d'action des informations contenues dans le rapport annuel de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (art. 5).</i></p> <p><i>La loi institue également la participation des représentants des usagers dans le Conseil de surveillance des agences régionales de santé, dans la Conférence de Territoire (qui remplace la Conférence sanitaire), dans la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie</i></p>



	<i>(qui remplace la Conférence régionale de santé). La CRSA, organisme consultatif, concourt à la politique régionale de santé et organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge. Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix. (art. 118)</i>
Novembre 2013 – Février 2014 Préparation future loi de santé	<i>Organisation de débats publics départementaux et régionaux par les agences régionales de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé et de la future loi de santé publique</i>
2016 – Loi Touraine	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé <a href="#">Lien</a> <i>La loi comprend des dispositions sur les droits des patients ainsi que sur la place des usagers au sein des établissements de santé :</i> •Possibilité de créer une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé habilitée notamment pour donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé (art. 1) •Information obligatoire du patient sur les coûts de son hospitalisation (art. 94) •Au niveau des Agences régionales de santé, création des territoires de démocratie sanitaire et des conseils territoriaux de santé (à la place des conférences de territoire) qui participent à la réalisation du diagnostic territorial partagé et contribue à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet régional de santé (art. 158) •Obligation de formation au profit des représentants des usagers de santé du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique (art. 176) •Obligation de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale (art. 177) •La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) devient la commission des usagers (CDU) avec des attributions élargies, notamment sur les questions de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins (art. 183) •Instauration de la "class action" (action de groupe) en matière de santé (art. 184)
2018-2022 - La stratégie nationale de santé	La stratégie nationale de santé 2018-2022 ( <a href="#">Lien</a> ) réaffirme le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et les associe à la gouvernance du système de santé en proposant différentes mesures (p.70).

## CADRE JURIDIQUE

### **Les droits des résidents en EHPAD, Unités de soins de longue durée, etc.**

La [loi n°2002-2 du 2 janvier 2002](#) rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements, services sociaux et médico-sociaux.

Le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie :

- Foyers logement,

- Résidences,
- Maisons de Retraite,
- Unités de soins Longue Durée...

Les 7 droits fondamentaux des résidents ([Article L311-3 du Code de l'Action Sociale et de la Famille](#)) :

1. Respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité
2. Libre choix entre les prestations domicile/établissement
3. Prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
4. Confidentialité des données concernant le résident
5. Accès à l'information
6. Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
7. Participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

Le conseil de la vie sociale ([Décret n°2004-287 du 25/03/2004](#)) a pour vocation d'associer les usagers, les familles, le personnel à tout ce qui concerne le fonctionnement de l'établissement. A cet effet, les membres du conseil émettent des avis et font des propositions, en particulier sur :

- la vie quotidienne, l'organisation interne (règlement intérieur), l'animation et la vie culturelle.
- le fonctionnement, la tarification, les travaux d'entretien.

Le conseil est composé d'au moins :

- deux représentants des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux,
- un représentant du personnel,
- un représentant de l'organisme gestionnaire.

A noter : Lorsque le conseil de la vie sociale n'est pas mis en place, une instance d'expression et de participation doit être instituée. Même en l'absence de désignation de titulaires et de suppléants, le conseil peut être mis en place. Dans ce cas, les représentants des personnes accueillies doivent constituer plus de la moitié du nombre total des membres désignés.

### **La participation en logement-foyer<sup>10</sup>**

[L'article 49 de la loi pour l'accès au logement et en urbanisme rénové \(ALUR\)](#) est venu instituer aux côtés du conseil de concertation qui existait déjà depuis 2007, un comité de résidents élu pour une durée de 3 ans minimum par les personnes disposant d'un contrat de résident en logement-foyer.

Le conseil de concertation est un organe mixte, composé pour moitié de représentants du gestionnaire et du propriétaire, et pour l'autre moitié de représentants des résidents. Il est notamment consulté pour « l'élaboration et la révision du règlement intérieur,

---

<sup>10</sup> Foyer de travailleurs migrants, foyers de jeunes travailleurs, résidences sociales, pensions de famille, résidences accueil, etc.

préalablement à la réalisation de travaux, et sur tout projet et organisation, dont la gestion des espaces communs, susceptibles d'avoir une incidence sur les conditions de logement et de vie des occupants ».

Le comité de résidents créé par la loi ALUR est, quant à lui, une instance intégralement composée de résidents, destinée notamment à porter la voix des personnes dans ses relations avec le gestionnaire dans le cadre du conseil de concertation, pour lequel il désigne ses représentants. Pour garantir son bon fonctionnement, le gestionnaire doit mettre à disposition du comité un local et des moyens de communication adaptés.

[Le décret du 14 mars 2016](#) relatif au conseil de concertation et au comité de résidents dans les logements-foyers vient préciser les modalités de fonctionnement et l'articulation de ces deux instances.

Il relève tout d'abord le seuil à partir duquel un conseil de concertation doit être institué : initialement fixé à plus de quinze ménages, ce seuil est désormais porté à au moins trente résidents. La logique du conseil de concertation est ainsi de faciliter l'organisation du dialogue entre résidents et gestionnaires dans les structures de taille moyenne à importante.

Dans les petites structures, ce dialogue doit bien sûr exister, mais ses modalités sont libres et doivent être définies dans le règlement intérieur. Dans les structures logeant plus de trente résidents, le comité de résidents est quant à lui composé de trois à six représentants élus par l'ensemble des résidents disposant d'un contrat du même nom, ainsi qu'éventuellement de suppléants si le règlement intérieur le prévoit. Dans les structures de taille inférieure, le comité de résidents est tout simplement composé de l'ensemble des résidents. Le comité se réunit au moins une fois par an et les comptes rendus doivent être communiqués aux personnes par voie d'affichage.

Les personnes résidant en logement-foyer peuvent aussi participer aux [conseils consultatifs régionaux des personnes accueillies et accompagnées \(CCRPA\)](#) pour peser notamment sur l'évolution des politiques publiques en direction des populations défavorisées ou mal-logées.

## SELECTION BIBLIOGRAPHIQUE

---

### Données générales

- i. **Démocratie sanitaire : Les usagers dans le système de santé.** BIOSSE-DUPLAN Alexandre, CHAMBAUD Laurent. Paris : Dunod, Coll. Guides santé social, **2017**, 466 p.

*Le terme de démocratie sanitaire présente un paradoxe. Si l'idée fait consensus, son contenu fait débat. L'auteur s'attache à préciser les contours historiques, sociologiques et juridiques de ce terme pour en proposer une définition contemporaine. Cet ouvrage liste et décrit les droits individuels du patient et de l'usager dans les différents environnements de soin : à l'hôpital ou en clinique, dans le secteur médico-social comme en médecine libérale. Il explore également l'autre volet de la démocratie sanitaire : la représentation des usagers dans les multiples instances du système de santé. Il intègre les récentes évolutions des lois de janvier et février 2016 : action de groupe en santé, nouvelle représentation*

*des patients en établissement sanitaire et médico-social, rénovation des textes encadrant le consentement individuel aux soins, portée renforcée des directives anticipées et des choix personnels face à la fin de vie.*

- ii. **La « démocratie sanitaire » entre participation(s) et représentation(s).** MARTINENT Eric. In : La participation des patients. Paris : Dalloz (Editeur), **2017**, pp. 63-103.

*La démocratie sanitaire est un processus servant deux objets : la légitimité et la légitimation des décisions et de l'action publique en matière de santé. L'objet de cette présentation est de relire la démocratie sanitaire autour de deux tensions qui la constituent ; des dynamiques participative (s) ou de participation (s), d'une part (I), et un processus de représentativité (s) ou de représentation (s), d'autre part (II).*

- iii. **Action sociale, pouvoir d'agir, le capital social : Dossier.** In : La gazette santé social, n°136, **2017**, pp. 15-22.

*Depuis plusieurs années, des rapports se succèdent et alertent professionnels et pouvoirs publics sur l'intérêt de l'avis de l'usager pour l'action sociale. Fin octobre 2016, une « kit de la participation citoyenne » a été lancé par la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Ce dossier remet cette démarche dans son contexte et présente plusieurs initiatives de développement du pouvoir d'agir (DPA), ou empowerment, en France et au Québec.*

### **Les recommandations spécifiques au secteur médico-social**

- iv. **Favoriser la participation des usagers en établissement médico-social.** LAPRIE Bruno, MINANA Brice. Issy-Les moulineaux : ESF Editeur, **2014**, 123 p.

*Le droit à l'expression et à la participation des usagers est l'un des principes forts affirmés par loi du 2 janvier 2002. Cet ouvrage détaille la question de la participation des usagers sous ces différents angles : -Une présentation précise du concept et des enjeux qu'il véhicule tant du point de vue des personnes accueillies et de leur famille que des professionnels (chapitre 1) -Les repères et les conditions de la mise en oeuvre de la participation au niveau individuel (chapitre 2) -la définition, la mise en place et l'inscription durable des diverses formes d'expression et de participation au niveau du collectif et dans le cadre du fonctionnement habituel de la structure (chapitre 3) -La place possible de la participation des personnes accompagnées dans les divers projets de l'établissement (chapitre 4).*

- v. **Comprendre la participation des usagers : Dans les organisations sociales et médico-sociales.** (4ème édition). JANVIER Roland, MATHO Yves.. Paris : Dunod, **2011**, 261 p.

*En presque dix ans depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale le droit à la participation des usagers, c'est-à-dire l'affirmation de droits formels fixés par le Code de l'action sociale et des familles, a constitué une dynamique d'engagements réciproques entre professionnels et personnes accompagnées. La question de la participation des usagers est une question éminemment politique qui interroge les fondamentaux de l'action sociale. Cet ouvrage propose un état des lieux complet à partir d'une certaine lecture des*

*fondements historiques et des dernières décennies pour comprendre les enjeux d'aujourd'hui. Offrant une analyse pour apprécier les textes de référence, il situe l'évolution de la législation dans un contexte sociopolitique en mouvement. Les réflexions sur les différents outils donnent la possibilité de questionner les repères du quotidien et d'ouvrir à l'évaluation de la relation entre professionnels et usagers. Destiné aux professionnels de l'intervention sociale et à leurs cadres, ce livre entend contribuer au débat sur la place et le rôle de toutes les parties prenantes de l'action sociale et médico-sociale développée dans les établissements et services. Il vise à construire des espaces élaborés conjointement, dans lesquels chacun peut prendre part à l'élaboration collective.*

- i. **Les droits des usagers des structures sociales et médico-sociales** (Numéro Spéciale). In : Actualités sociales hebdomadaires (ASH), numéro juridique, n° 2737, **2011**, 169 p.

*La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a consacré le droit des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Placées au coeur du dispositif, les personnes prises en charge - et leur entourage - disposent de droits qui constituent autant d'obligations pour les responsables des structures qui les accueillent. Quels sont les droits garantis aux usagers ? Quels outils doivent être mis en place pour formaliser leurs relations avec les institutions ? Comment adapter au mieux ces instruments aux besoins et aux spécificités des publics hébergés ? Autant de questions auxquelles ce numéro juridique vise à répondre. Après avoir présenté les principes généraux des droits des usagers, il décline, pour chaque type de public pris en charge (enfants placés, personnes âgées et/ou handicapées, majeurs protégés, demandeurs d'asile, personnes en difficulté...), les droits garantis et les outils les plus pertinents à mettre en place.*

### **Les recommandations professionnelles de l'ANESM**

- i. **L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance.** Saint-Denis : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), **2014**, 84 p.

*Comment favoriser l'expression et la participation du mineur, du jeune majeur et des parents en protection de l'enfance ? Comment la participation renforce-t-elle le développement de l'autonomie et de la responsabilisation ? En se basant sur le cadre réglementaire et l'éthique professionnelle, cette recommandation vise à promouvoir les pratiques professionnelles garantissant le droit des usagers et l'intérêt du mineur. Les thématiques abordées dans la recommandation seront les suivantes : -la participation du mineur à son projet personnalisé -la participation du mineur à la vie quotidienne et au fonctionnement de l'établissement/service -la participation des parents -la participation du jeune majeur -l'impact du développement de la participation sur les professionnels, l'établissement/service et l'organisme gestionnaire.*

- ii. **Qualité de vie en Ehpad (Volet 3) : La vie sociale des résidents en Ehpad.** Saint-Denis : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), **2012**, 70 p.

*Dans le cadre d'un programme spécifique "Qualité de vie en Ehpad" engagé sur deux ans (2011-2012), l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux publie une troisième recommandation relative à la vie sociale des résidents. L'objectif de cette*

*recommandation est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents en leur offrant la possibilité de maintenir ou de renouer leurs relations sociales antérieures et d'en créer d'autres, tant au sein de l'établissement qu'à l'extérieur. Elle vise à fournir aux professionnels des pistes de réflexion et d'action sur les questions suivantes : -Comment favoriser la possibilité de relations entre les résidents ? Entre les résidents et les professionnels ? Entre les professionnels et les proches ? Entre les résidents et les autres habitants ? -Comment faciliter le maintien des relations avec les proches et aider à renouer les liens distendus ? - Comment faciliter l'expression du résident tant sur les modalités de son accompagnement individuel que sur la vie collective de l'établissement ? - Comment respecter la citoyenneté des résidents et leur permettre de "ne pas se couper du monde" ? Cette recommandation concerne tous les résidents d'un Ehpad, quels que soient leur état de santé et leurs possibilités d'expression, de compréhension et de communication.*

- iii. **Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique.** Saint-Denis : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), **2012**, 87 p.

*La recommandation a pour objet de donner aux professionnels "des repères, des orientations, des pistes pour l'action" afin de rendre effectif le droit à la participation et la promotion de l'autonomie des personnes protégées. Cette recommandation s'adresse aux professionnels exerçant dans les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, considérés depuis la loi du 5 mars 2007 comme des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les préposés travaillant dans les établissements de santé ou médico-sociaux, les mandataires indépendants, les tuteurs ou curateurs familiaux peuvent également s'y rapporter. La recommandation aborde trois aspects de la participation : -la participation des personnes à leur propre mesure -la participation des personnes au fonctionnement du service -les éléments relatifs à l'organisation du service et au travail d'équipe permettant aux professionnels de soutenir cette participation.*

## **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)**

- i. **Le conseil de la vie sociale, lieu de débat en devenir.** DE FREMINVILLE Solange. In : Actualités sociales hebdomadaire, n°2975, **2016**, pp. 34-35.

*Les conseils de la vie sociale sont désormais installés dans la plupart des établissements. Mais malgré l'intérêt qu'ils suscitent, leur fonctionnement demande encore à être amélioré. Pour pallier aux difficultés, les directeurs et chefs de service mettent en oeuvre des solutions afin de faciliter le dialogue et la prise de décisions : travail sur la préparation et l'animation des réunions, mise en place d'espaces d'expression ouverts à tous les usagers dont les avis sont transmis au CVS, choix du volontariat...*

- ii. **La participation au conseil de la Vie Sociale [Diplôme].** DESAGES Isabelle. Rennes : Ecole des hautes études en santé (EHESP), 2014, 31 p. [Lien](#)

*Le Conseil de la Vie Sociale est la seule instance officielle associant usagers, proches et professionnels en vue d'améliorer la prise en charge et le fonctionnement d'un établissement, son bon fonctionnement requiert l'implication de tous les acteurs. Doté d'un cadre réglementaire ambitieux, mais pas toujours adapté aux populations d'usagers des EHPAD, il rencontre des difficultés rapportées par différents organismes nationaux gouvernementaux ou*

non (ANESM, CISS). Ce sont d'abord les usagers qui ne se sentent pas compétents pour représenter et encore moins présider l'instance. Pour éviter leur mise en échec, les professionnels ont tendance à en assumer l'animation, perdant ainsi une partie du sens de la Loi de 2002 où l'utilisateur est au cœur du dispositif. La conséquence est une démotivation générale des usagers qui ne se sentent pas entendus et des professionnels qui n'ont pas le luxe de la réunionite. Comme son instauration, le choix du style de CVS relève du directeur et de sa conviction pour en faire un outil important de sa stratégie, aux plans qualité du service proposé, ressources humaines et budgétaire. Il aura alors soin de mettre en place un usager fort, qui se sente compétent et soit perçu comme tel par ses pairs comme par les professionnels. C'est alors que pourront émerger les idées d'amélioration pertinentes, fruits de l'intelligence collective du Conseil de la vie Sociale.

- iii. **Les conseils de la vie sociale à l'épreuve de la dépendance.** COLOMB Noémie. In : Actualités sociales hebdomadaires, n°2658, 2010, pp. 26-29.

*Manque de candidats, difficultés cognitives, turn-over des résidents... de nombreux obstacles freinent le fonctionnement des conseils de la vie sociale dans les EHPAD. A tel point qu'il est difficile de parler de participation des résidents dans ce type d'établissements. Certains, pourtant, prennent des libertés avec le cadre législatif pour inventer d'autres formes de démocratie participative et rendre aux personnes âgées leur place de citoyens.*

- iv. **Conseil de la vie sociale : Huit ans, l'âge de la raison ?** BARBE Laurent, DELAHAYE Eric, LE MEST Jean, [et al.]. In : Directions, n°70, 2010, pp. 24-31.

Lien

*Outil phare de la loi 2002-2, le Conseil de la vie sociale s'est imposé dans la plupart des établissements et services. Mais de manière différenciée selon les publics concernés. Et selon l'implication des équipes. Groupes d'expression, projets communautaires, commissions, conseils de salariés... Les outils alternatifs existent pour renforcer la participation des usagers. Revue de détails. Mais Laurent Barbe, psychosociologue et consultant en économie sociale, met en garde contre les dérives possibles du conseil de la vie sociale. Au foyer Don Bosco, le conseil de la vie sociale est un moyen pour les mineurs placés de se faire entendre. Reste à convaincre les jeunes et leurs familles de l'intérêt de cette instance. Le tout jeune conseil de la vie sociale du CHRS Martine Bernard joue son rôle consultatif, résultat de l'implication du directeur, des salariés et des résidents. Prochaine étape : s'ouvrir vers l'extérieur. Au Mesnil-Saint-Denis, l'Ehpad Le Fort Manoir veille à mettre en œuvre la participation de tous les usagers à la vie quotidienne de la structure. Avec une conviction forte : assurer la représentation des moins autonomes.*

## La participation des usagers

- i. **Expression des usagers en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : Une nouvelle piste.** PERRIN Catherine. In : Les cahiers de l'innovation, n°7, 2017, p.84. [Lien](#)

*Afin de favoriser la parole des usagers, de leurs proches ou de leurs représentants légaux, le SSIAD de Grand-Bourg initie la mise en place d'un Conseil des usagers pour les personnes soignées à domicile.*

- ii. **Enjeux de démocratie et perspectives citoyennes : Participation des personnes hospitalisées ou accueillies en établissement.** LEFEUVRE Karine, OLLIVIER Rolland. In : La revue hospitalière de France, n°568, 2016, pp. 44-48.

*Les enjeux de participation citoyenne traversent les projets et les pratiques des établissements sanitaires et médico-sociaux. Sur le plan individuel comme collectif, la démocratie en santé repose aujourd'hui sur la reconnaissance et l'effectivité des droits. Après un retour sur la signification des termes (démocratie sanitaire, démocratie en santé), les auteurs reviennent sur les expériences prometteuses mises en place au sein des établissements - Forum citoyen, Fabrique de l'hospitalité, Maison des usagers-soulignant les caractéristiques communes à ces expériences ainsi que les conditions de réussite.*

- iii. **Fonctions et limites de la participation publique : Les comités de résidents en centre d'hébergement et leur autonomie.** GAGNON Eric, CLEMENT Michèle, DESHALES Marie-Hélène, RAIZENNE Emilie. In : Recherches sociographiques, vol. 55, n°1, **2014**, pp. 31-52. [Lien](#)

*Les comités de résidents en centre d'hébergement font partie d'un vaste réseau de comités implantés dans l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux au Québec. Composés de résidents des centres d'hébergement et de proches parents, ils se réunissent pour discuter de leurs préoccupations et de leurs besoins, et formuler des demandes et des recommandations à la direction touchant les conditions de vie, le respect des droits et la qualité des services. Leur statut et leur mandat incertains posent la question de leur autonomie au sein des établissements et de leur capacité à changer et à élargir la compréhension des problèmes. Nous montrons comment ces mécanismes de participation publique s'insèrent dans l'organisation et deviennent un instrument de gestion, mais comment aussi ils parviennent à acquérir une autonomie, à apporter un point de vue original sur les réalités discutées et à exercer une influence.*

- iv. **La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; Recueil de pratiques et témoignages des acteurs.** Saint-Denis : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), **2014**, 108 p.

*Menée auprès de 33 structures, une étude qualitative a eu pour objectifs de : - dresser un état des lieux sur la mise en place des modalités de participation au fonctionnement des ESSMS -d'identifier les points positifs et les axes d'amélioration des différentes formes de participation mises en place. L'enquête détaille les pratiques professionnelles développées au sein des structures pour permettre la participation. Elle analyse le regard des professionnels et des usagers, qu'ils soient impliqués directement ou non dans les dispositifs de participation collectifs mis en oeuvre. Elle a permis la confrontation des points de vue des différents acteurs au sein des établissements médico-sociaux sur la question de la participation des usagers, autour des questions suivantes : Quelles sont les pratiques mises en place pour favoriser la participation des usagers ? Comment fonctionnent les CVS ? Dans les établissements n'ayant pas l'obligation légale de mettre en place un CVS, quelles sont les instances de participation créées ? Quels sont les facteurs de réussite, mais aussi les freins à une plus grande participation des usagers ? Comment une même loi et un même décret d'application sont-ils mis en place dans des structures aussi diverses et accueillantes des publics différents ? Comment tous les acteurs, que ce soient les personnels de direction, les professionnels, les usagers, les familles, vivent-ils la participation au quotidien ?*



- i. **Favoriser la participation des usagers en établissement médico-social.** LAPRIE Bruno, MINANA Brice. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, Collection Les guides direction (s), **2014**, 123 p.

*Le droit à l'expression et à la participation des usagers est l'un des principes forts affirmés par loi du 2 janvier 2002. Cet ouvrage détaille la question de la participation des usagers sous ces différents angles : - Une présentation précise du concept et des enjeux qu'il véhicule tant du point de vue des personnes accueillies et de leur famille que des professionnels (chapitre 1) - Les repères et les conditions de la mise en oeuvre de la participation au niveau individuel (chapitre 2) - la définition, la mise en place et l'inscription durable des diverses formes d'expression et de participation au niveau du collectif et dans le cadre du fonctionnement habituel de la structure (chapitre 3) - La place possible de la participation des personnes accompagnées dans les divers projets de l'établissement (chapitre 4).*

- ii. **Participation des usagers : Une mobilisation très inégale.** PAQUET Michel. In : Actualités sociales hebdomadaires, n°2875, **2014**, pp. 24-27.

*En traçant le cap d'une participation des usagers au fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales, la loi 2002-2 met au défi les professionnels d'inventer des pratiques plus démocratiques. Toutefois, malgré l'engagement d'une minorité d'institutions, toutes les enquêtes montrent que les relations usagers-professionnels peinent à évoluer. L'utilisateur-citoyen reste dans les limbes.*

- iii. **Participation des usagers : empowerment, une contre-culture pour le travail social.** PAQUET Michel. In : Actualités sociales hebdomadaires, n°2886, **2014**, pp. 26-29.

*En une dizaine d'années, le concept nord-américain d'empowerment est devenu un enjeu majeur du travail social en France. Le présent document importe le terme anglo saxon dans le travail social et traduit avec des exemples ses implications dans le quotidien, les approches et les pratiques participatives des différents acteurs.*

- iv. **Représentants des usagers et présence associative dans les établissements de santé : Quelle participation ?** CARIA Aude, WILS Jean, GHADI Véronique. In : La revue hospitalière de France, n°534, **2010**, pp. 66-70. [Lien](#)

*A l'occasion d'un colloque sur les dispositifs de participation des usagers dans les établissements de santé, deux enquêtes nationales ont été réalisées fin 2008. L'une auprès des établissements adhérents aux trois fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP), l'autre conduite par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) auprès de représentants d'usagers du système de santé et d'usagers « tout venant », via la ligne santé Info Droits. Les résultats des établissements de santé montrent qu'il existe une reconnaissance et une présence croissante des associations dans les établissements de santé. Les réponses des usagers et de leurs représentants montrent toutefois que l'exercice pratique de leur participation n'est ni aisé, ni généralisé.*

- v. **Droits et place des usagers.** LADSOUS Jacques. In : Vie sociale, n°4, **2002**, pp. 5-94. [Lien](#)

*Dans le champ politique, la « place » accordée à l'utilisateur dénote une ambition politique de participation citoyenne des administrés-utilisateurs aux affaires publiques. Dans le champ sociétal, la « parole » accordée à l'utilisateur interroge les*

*représentations sociales, les modes de communication, les codes et les manières d'échanger au quotidien, notamment envers ceux qui ne possèdent aucune maîtrise dans le champ de l'échange social. Les articles réunis dans ce dossier concourent à démontrer en quoi le nouveau cadre législatif - et notamment la loi du 2 janvier 2002 qui prend en compte cette dualité citoyen/usager-réinterroge le mode de relation entre les professionnels de l'action sociale et les usagers des services sociaux du triple point de vue de l'accès aux droits, de l'accompagnement vers l'autonomie sociale et de l'exercice de la citoyenneté.*

## **La participation des personnes âgées**

- i. **La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entres règles, pratiques et représentations.** ELOI Mélina, MARTIN Philippe. In : Revue française des affaires sociales, n°1, **2017**, pp. 21-40. [Lien](#)

*La législation applicable aux établissements médico-sociaux entend placer la personne au centre de la prise en charge. L'accent est mis sur le consentement de l'individu, sur sa participation, sur le respect de sa dignité et de ses libertés fondamentales. Il a droit, aussi, à un accompagnement personnalisé. Comment ces droits prennent-ils corps dans l'accueil et dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes ? Le présent article rend compte d'une étude réalisée auprès d'un échantillon d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en Gironde. La logique institutionnelle, encore imprégnée de la culture de l'« hospicialisation [1] », est interrogée à la lumière du nouveau paradigme de l'individualisation et des droits de la personne. Le consentement de la personne à entrer en EHPAD est, dans le meilleur des cas, exprimé dans une forme de résignation. L'accompagnement s'individualise au moyen d'outils tels que les plans de vie, mais les contraintes organisationnelle pèsent sur la qualité de la relation soignant-soigné. Les libertés individuelles trouvent leurs limites dans les exigences de sécurité. Pour autant, les professionnels, soignants en premier chef, ont conscience du fait que le respect de la personne est aujourd'hui au cœur de l'éthique du soin.*

- ii. **Personnes âgées : Vivre sa retraite dans une coopérative d'habitants.** LE GALL Sophie. In : Travail social actualités, n°88, **2017**, pp. 24-26. [Lien](#)

*A Vaulx-en-Velin (69), des particuliers ont pensé leur propre maison de retraite répondant à des principes démocratiques, participatifs et écologiques. Avec, en plus, la volonté de réaliser un projet non-spéculatif.*

- iii. **Les logements coopératifs : un moyen de participation sociale en soutien à l'autonomie des couples et des personnes âgées.** LACHAPPELLE Pierre-Paul, SAMSON-SAULNIER Gyslaine, PRATA Ghislaine. In : Développement humain handicap et changement social, vol. 22, n°1, **2016**, pp. 135-143.

*Les personnes âgées souhaitent participer à la vie et non être dans la dépendance. Plusieurs d'entre elles exercent un rôle d'aidant naturel, parfois difficilement, surtout lorsqu'elles-mêmes ou leur conjoint vivent avec des incapacités significatives et persistantes. Dans un contexte où le milieu physique et humain est organisé en tenant compte des caractéristiques du vieillissement et du rôle des personnes âgées développe des logements adaptés pour les couples âgés en partie d'autonomie dans un concept de bâtisse multi-logements adaptés de type « coopérative de solidarité », organisée de telle façon que la personne âgée puisse continuer à exercer ses rôles et se sentir utile, quel que soit son niveau d'autonomie. L'émergence de telle structure est basée sur des initiatives locales soutenues par des organisations de territoire local et par les villes. Pour rendre*

*de tels projets à terme, des groupes d'experts doivent accompagner les promoteurs, alors que la pérennité de ces coopératives appelle au développement de fédération régionale de coopératives. Les ressources publiques deviennent des partenaires essentiels et complémentaires, en soutien à leur autonomie et à l'exercice de leur rôle d'aîné, en appui à leur proche aidant, et ce, dans le respect de leur volonté de vivre ensemble chez soi. pour la vie.*

- iv. **S'engager pour bien vieillir ou bien vieillir pour s'engager ? Exploration des enjeux dans trois contextes d'engagement des personnes âgées.** DANSAC Christophe, LACOMBE Nicole, VACHEE Cécile. In : Le vieillissement de la population quels enjeux pour l'animation sociale et socioculturelle professionnelle ?, 2015. [Lien](#)

*L'engagement, la participation, la citoyenneté peuvent contribuer aux différentes composantes du « vieillissement réussi » (Rowe et Khan, 1997), qui englobe à la fois évitement de la maladie ou des incapacités, maintien d'un haut niveau d'activité physique et cognitive, et engagement durable dans des activités sociales et productives. De nombreux travaux démontrent en effet que la poursuite des pratiques sociales à la retraite est garante de bien-être pour les aînés. En parallèle, bénévolat et participation sont fortement recherchés et stimulés dans les sphères associatives, institutionnelles, et « politiques », pour différentes raisons (obligation réglementaire, légitimation démocratique, besoin de ressources humaines...). Cette communication pose la question du caractère inclusif des différentes formes de participation en partant de l'hypothèse que la synergie entre les besoins individuels des personnes âgées, et les besoins systémiques (de nature sociétale et économique) n'est pas aussi inclusive que le voudraient les discours et les représentations les plus courantes dans le monde associatif et la sphère politique. Afin d'examiner cette hypothèse, nous analyserons les engagements des personnes âgées dans trois exemples d'espaces de participation – de niveaux d'obligations légales bien différents – le conseil de vie sociale d'un EHPAD, deux conseils de séniors (dans des villes moyennes), et des associations oeuvrant auprès des résidents d'un EHPAD. Nous verrons que les personnes concernées par ces engagements ont des parcours, des origines socioéconomiques et socioculturelles et des habitudes de participation particulières inscrivant leurs engagements dans des « carrières » au sens de Simonet (2010). Mais la caractérisation de ces personnes engagées rappelle aussi le paradoxe de la nécessité d'être déjà dans le bien vieillir pour être bénévole ou participer. Nous examinerons donc comment l'injonction au « vieillissement actif » pourrait dans le contexte social actuel être génératrice d'exclusions supplémentaires.*

- v. **Le conseil des séniors danois : Un modèle participatif ?** DE MONTALEMBERT Pierre. In : Gestions Hospitalières, n°542, 2015, pp. 37-38.

*Afin que les personnes âgées puissent être consultées et participer à la décision publique, le Danemark a mis en place dès 1996 des « conseils des seniors », organismes destinés à permettre aux personnes de plus de 60 ans de s'exprimer sur la réglementation et les réformes locales les concernant. À la différence d'autres pays européens, cette structure est obligatoire dans chaque municipalité.*

- vi. **Le recueil des besoins des professionnels et des usagers dans le cadre du programme de reconstruction de l'EHPAD Jules Parent.** CHARTRES Claire.

Rennes : EHESP, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social, **2015**, 61 p. [Lien](#)

*Ce mémoire a pour objectif d'orienter les directeurs d'établissement médico-sociaux qui souhaitent reconstruire un EHPAD et prévoient de mettre en place une phase d'étude des besoins des usagers et des professionnels. Si l'étude des besoins des professionnels dans le cadre d'un projet de reconstruction est quasi systématique de nos jours, celle des besoins des usagers est moins répandue, alors que ce sont pourtant les principaux utilisateurs. Ainsi, afin de créer un établissement fonctionnel, innovant et ayant vocation à perdurer, il est intéressant d'interroger à la fois les professionnels et les usagers. La méthode utilisée et présentée dans ce mémoire est une méthode participative visant à faire émerger les besoins des usagers et des professionnels grâce à leur investissement dans des groupes de travail, leur participation à des entretiens et leurs réponses à des questionnaires. Les outils utilisés pour le recueil des besoins énoncés dans ce mémoire sont des outils parmi d'autres. Il apparaît en effet que les clés de la réussite d'un tel projet résident avant tout dans l'existence d'un chef de projet spécifiquement dédié à cette tâche tout au long du projet avec l'appui du directeur de l'établissement et l'expertise de professionnels de la programmation et de la construction en EHPAD. Surtout, il s'agit pour l'ensemble de ces acteurs de favoriser le dialogue et la prise de parole des usagers et professionnels en étant à la fois des facilitateurs et des régulateurs de leur expression. La dynamique ainsi créée permet de favoriser l'implication et l'investissement des professionnels ainsi que la participation des usagers.*

- vii. **L'animation en gérontologie, un enjeu pour le directeur entre le développement de la participation sociale des résidents et l'implication du personnel : L'exemple de l'EHPAD Le Hameau de la Pelou.** BORDAS Honorine. Rennes : EHESP, Mémoire de directeur d'établissement sanitaire social et médico-social, **2015**, 62 p. [Lien](#)

*Mon stage de professionnalisation s'est déroulé au sein de l'EHPAD Le Hameau de la Pelou en Gironde, il compte 105 places réparties sur un mode de prise en charge diversifié. Cette organisation présentée comme un atout met en exergue une animation fragmentée qui se caractérise par une absence d'identité collective accentuée par la non-formalisation du projet d'animation. En tant que futur DESSMS je me suis interrogée sur la place de l'animation en me demandant « Comment le Directeur, en y associant les résidents et le personnel, peut-il instaurer une culture commune de l'animation ? ». Le but est d'améliorer la qualité de vie des premiers en créant du lien social et en favorisant leur participation sociale pour recouvrer leurs rôles sociaux. Il s'agit également de développer une synergie au sein de l'établissement afin qu'il ait l'implication et le sentiment d'implication de chaque professionnel dans l'animation au quotidien. Pour répondre à cette question centrale, j'ai utilisé une enquête mixte dont les apports m'ont permis de dégager trois pistes de réflexion allant dans le sens d'un décloisonnement : d'abord, une reconnaissance institutionnelle de l'animation et du métier d'animateur via le projet d'animation, l'évaluation et la formation. Ensuite, l'accompagnement de la personne âgée afin de prendre en compte le facteur dépendance en insérant une logique de personnalisation, à travers les projets d'accompagnement personnalisés qui permettent d'impliquer la famille, ou une logique d'individualisation via la composition homogène de groupes de résidents lors d'activités. Enfin, par l'innovation managériale, le DESSMS peut impulser une dynamique d'engagement dans l'animation.*

- viii. **La participation des usagers à la vie de l'EHPAD. [Diplôme].** BACH Fabrice-Sébastien. Rennes : Ecoles des hautes études en santé publique (EHESP), **2013**, 44 p. [Lien](#)

*Les EHPAD sont considérés aujourd'hui comme des lieux de vie, dans lesquels la prise en charge du résident a évolué dans une dimension plus globale que celle du soin, une dimension sociale et d'animation, où les interactions des individus en groupe sont prépondérantes dans leur double dimension d'agents psychologiques et sociaux. Cependant, mon constant est différent lorsque je rentre dans un EHPAD, je me retrouve devant des résidents assis dans le vestibule ou bien devant le téléviseur, quelques-uns discutent et participent aux animations dans la salle commune, mais beaucoup attendent sans rien faire. Je veux savoir pourquoi ces anciens actifs semblent aujourd'hui si passifs, quelles sont les raisons à cet attentisme, quelles solutions peut-on envisager et quels en seraient les bénéfices, tant pour les usagers que pour l'institution en général ?*

- ix. **Citoyennage : La parole aux personnes âgées. Un rendez-vous « démocratie sanitaire » en secteur médico-social.** PLATON Sylvie, FLONLUPT Bruno. In : Revue hospitalière de France, n°555, **2013**, pp. 45-47.

*Les principes constitutifs de la démocratie sanitaire s'appliquent tout autant au secteur médico-social. Ils visent à développer la concertation et le débat public, à améliorer la participation des acteurs de santé, à promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers. Retour sur les divers outils de démocratie médico-sociale à développer et sur le dispositif associatif «Citoyennage» créé en 1996 à l'initiative de l'Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) dont le principe est simple : considérer que l'individu reste un citoyen jusqu'au bout de la vie.*

- x. **Habiter et vieillir en citoyens actifs : Regards croisés France-Suède.** LABIT A. In : Retraite et société, n°65, **2013**, pp. 101-120. [Lien](#)

*Dans le cadre de cet article, l'auteur s'intéresse à de nouvelles formes d'habitat de retraités que l'on qualifie de « citoyennes », dans la mesure où elles présentent deux caractéristiques : la solidarité entre personnes pour faire face au vieillissement ; la participation des personnes à la conception et à la gestion de leur habitat.*

- xi. **Le pouvoir du gris : Du lobbying au pouvoir sur soi.** VIRIOT-DURANDAL J.-P. In : Gérontologie et société, n°143, **2012**, 251 p. [Lien](#)

*Coordonné par Jean-Philippe Viriot Durandal dans le cadre d'un partenariat de la Fondation nationale de gérontologie avec le Réseau international sur l'âge, la citoyenneté et l'intégration sociale (Réiactis), ce numéro dresse un état des lieux de l'inscription du pouvoir gris et de l'empowerment en France et à l'étranger dans la vie des individus, les politiques publiques de la vieillesse, les rapports entre professionnels et personnes âgées au domicile et dans les établissements d'hébergement. Ce parcours permet d'établir un constat général. Aux actions classiques des groupes de pression de retraités sur les pouvoirs politiques se sont ajoutées de nouvelles attentes des aînés : celles du respect de leur volonté dans toutes les circonstances de la vie et donc celles de l'expression d'un pouvoir sur soi jusqu'aux âges les plus avancés.*

- xii. **Un service à domicile et son Conseil de la vie sociale.** WILSON-COURVOISIER S. In : Documents Cleirppa, n°43, **2011**, pp. 8-11.

*Cet article décrit l'association "Les Amis - services à domicile", créée en 1979 dans le 17e arrondissement parisien et l'engagement de l'association dans une*

politique volontariste de qualité, comme la création d'un CVS (Conseil de Vie Sociale).

**xiii. Participation et choix des personnes âgées vivant en institution.** PREVOT J., WEBER A. In : Retraite et société, n° 59, 2010, pp. 181-193.

*L'enquête réalisée auprès des résidents en Ehpa (établissement d'hébergement pour personnes âgées) en 2007 permet, à travers un certain nombre de questions posées au résident et à partir d'informations fournies par le responsable d'établissement sur le fonctionnement de son établissement, de rendre compte des possibilités offertes au résident de maintenir son pouvoir de décision et d'exprimer ses préférences au quotidien au sein de l'institution et de la façon dont il s'en saisit. Les différents thèmes explorés portent sur l'information donnée aux résidents à leur entrée en établissement concernant leurs droits, leurs devoirs ainsi que les instances auprès desquelles ils peuvent s'exprimer. Aussi, sont étudiés les choix qui leur sont possibles et comment sont préservées leur intimité dans les moments qui scandent la vie quotidienne, particulièrement en termes de restauration, de soins personnels et de déplacements.*

**xiv. Individualisation de l'accompagnement et participation de l'utilisateur en soins de longue durée : L'exemple de l'USLD du Centre Hospitalier de Puteaux [Diplôme].** VOLLE François-Xavier. Rennes : Ecoles des hautes études en santé publique (EHESP), 2010, 90 p. [Lien](#)

*Les unités de soins de longue durée ont été mises en place afin d'accueillir les grands malades âgés hospitalo-requérants pour leurs derniers mois de vie. L'admission se fait sur des critères sanitaires stricts. Une unité de ce type demeure toutefois un lieu d'hébergement, au sein duquel s'appliquent les dispositions de la loi du 2 janvier 2002. Or, peu d'écrits se sont intéressés aux aspects médico-sociaux de la prise en charge en USLD, notamment ceux relatifs à l'individualisation de l'accompagnement et à la participation des usagers. La présente étude vise d'une part à faire le point sur les pratiques en cours à l'heure actuelle, en se fondant sur des entretiens menés avec des professionnels intervenant au Centre hospitalier de Puteaux, et, d'autre part, à proposer des mesures concrètes d'amélioration. Des préconisations sont formulées dans trois domaines : la promotion de la participation par un questionnaire destiné aux familles et par des groupes de discussion avec les résidents ; l'évolution du regard porté par les soignants sur les résidents et leurs proches grâce à un atelier de réflexion éthique; la formalisation d'un cahier des charges pour la mise en place de projets de qualité de vie individualisés.*

**xv. Les innovations en établissements pour personnes âgées : Changements de regards et réalités de terrain.** CHARLOT V. In : La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, vol. 17, n°162, 2010, pp. 86-89.

*Au sein de certaines institutions, des projets innovants voient le jour. Issus d'une réflexion englobant tous les acteurs, ils s'inscrivent dans la durée et se nourrissent des regards extérieurs, l'institution s'ouvrant ainsi aux critiques. Des projets intergénérationnels, une participation accentuée des résidents, l'acquisition de matériels spécifiquement adaptés à l'accompagnement de personnes souffrant de démence, l'instauration de groupes de parole pour les soignants, l'ouverture de l'institution sur le quartier, la valorisation des compétences et des souvenirs, etc... sont autant de projets qui participent à un changement de regards ! L'auteur montre aussi les écueils qui existent (organisation, direction, valeurs sous-jacentes, moyens, etc...) et rendent ces innovations encore trop rares à l'heure actuelle.*



- xvi. **Une démarche participative pour l'instauration des outils introduits par la loi n°2002-2 pour garantir les droits des usagers : La cas de l'Hôpital local de Nuits-Saint-Georges [Diplôme].** HILAIRE Audrey. Rennes : Ecoles des hautes études en santé publique (EHESP), **2009**, 60 p. [Lien](#)

*Cinq ans après la parution des derniers textes d'application de la section relative aux droits des usagers reconnus par la loi 2002-2, les outils garants de leur respect n'ont pour certains pas été actualisés et pour d'autres pas été créés à l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges. Après avoir analysé les différents droits reconnus aux usagers du secteur social et médico-social et les outils qui s'y rapportent, nous nous sommes interrogés sur la nature des raisons de ce retard, ainsi que sur les intérêts de leur mise en place, tant pour les résidents d'EHPAD que pour l'établissement. Les éléments d'information recueillis mettent en lumière la nécessaire participation des professionnels à la conception des outils, afin de lever les obstacles identifiés et de permettre l'atteinte des intérêts des acteurs concernés. S'en suivent des propositions destinées à assurer la pérennité des outils à l'hôpital local de Nuits-Saint-Georges.*

- xvii. **Promouvoir la citoyenneté de la personne âgée vivant en établissement médico-social [Diplôme].** LAGABRIELLE Laure. Rennes : Ecoles des hautes études en santé publique (EHESP), **2009**, 60 p. [Lien](#)

*A travers un stage de huit mois dans un établissement pour personnes âgées et une mission de coordination au sein d'une association qui promeut la citoyenneté du grand âge (Citoyennage), une étude est menée sur la citoyenneté de cette population. Pour définir ce concept complexe, quatre principes sont retenus : la liberté d'expression, la liberté de choix qui nécessite un droit à l'information, la participation et la conservation des liens sociaux. La préservation de l'intimité de la personne est un prérequis à ces principes. Des obstacles externes ou internes à l'établissement rendent difficiles le respect de la citoyenneté des résidents. Cependant, des propositions concrètes sont faites pour améliorer la qualité de la vie en établissement à travers ce prisme de la citoyenneté. Si le directeur y a un rôle central, il doit s'appuyer sur les différents partenaires : personnes âgées, professionnels et institutions extérieures pour permettre de pérenniser les changements.*

- xviii. **Les personnes âgées : bénéficiaires de l'accessibilité du cadre de vie : De l'incantation à la participation aux processus décisionnels?** HEYRMAN Eric. L'âge et le pouvoir en question : vieillir et décider dans la cité, **2008**. [Lien](#)

*Notre communication vise à montrer que, si les personnes âgées sont considérées depuis près de trente ans comme faisant partie des bénéficiaires de l'accessibilité, leurs représentants se signalent par une absence assez fréquente dans les processus d'élaboration des politiques d'accessibilité – une situation qui peut potentiellement évoluer favorablement depuis une réforme récente de la politique d'accessibilité. Elle s'appuie, d'une part, sur nos travaux d'analyse menés actuellement sur la politique d'accessibilité au transport des personnes handicapées – politique nationale française, internationale et locale – et, d'autre part, sur notre participation à divers groupes de travail nationaux sur l'accessibilité du cadre de vie. Les matériaux utilisés sont autant composés d'entretiens semi-directifs avec des responsables associatifs, politiques et techniques, que d'archives institutionnelles, de discours publics, de dossiers techniques ou d'actes administratifs.*

**xix. Le conseil des sages.** VINCENT P. In : *Gérontologie et société*, n°120, **2007**, pp. 221-233. [Lien](#)

*La ville de Besançon a initié en avril 2003 la création d'un Conseil des Sages. Ce projet s'inscrit dans une volonté affichée de la ville de concevoir une forme d'action innovante en direction des aînés, visant à valoriser leur dynamisme, leur savoir-faire et leur potentiel d'engagement en faveur du « bien collectif » et du « Mieux vivre ensemble ». Au delà de l'exemple local, cet article s'interroge sur l'adéquation entre un projet politique, les aspirations d'une population spécifique, et les méthodes employées pour permettre à un public cible d'investir un projet, de lui donner une dimension autre à partir du moment où il se l'est approprié.*

**xx. Vieillesse et vie citoyenne en institution.** HERVY B. In : *Gérontologie et société*, n°120, **2007**, pp. 127-142. [Lien](#)

*La citoyenneté dans les institutions suit les évolutions de la citoyenneté dans la société. Des avancées ont été réalisées vers une prise en considération meilleure, mais des obstacles à la participation effective demeurent : les personnes âgées peuvent participer aux orientations du pays (en votant) mais pas aux orientations des institutions qui les accueillent et pour lesquelles elles paient. Ce « déficit démocratique », signe d'exclusion sociale, a tendance à se réduire, mais des évolutions profondes seront nécessaires face à la montée des exigences des prochaines générations de personnes âgées.*

**xxi. Grand âge et citoyenneté : S'exprimer, choisir, décider... le plus longtemps possible.** LAUX A., HARDY L., LECLERC P. In : *Doc'Animation en gérontologie*, n°16, **2007**, pp. 53-62.

*Le dossier traite surtout du droit de vote et rappelle que la personne âgée doit rester investie « jusqu'au bout » de son statut de citoyenne, mis en péril quand la démence fait son apparition. La relation citoyenneté - territoire est également évoquée avec l'exemple du « Conseil des aînés », qui montre comment les retraités existent à l'intérieur de la ville, dans une relation de réciprocité, en tant qu'acteurs contribuant à l'équilibre social.*

**xxii. La participation sociale des personnes âgées en perte d'autonomie.** MANTOVANI J. In : *ADSP*, n°56, **2006**, pp. 39-48. [Lien](#)

*Au-delà de la prise en charge, se pose la question de la place des personnes âgées dépendantes dans la société : quel rôle peuvent-elles avoir ? Ont-elles le choix de leur cadre de vie ? Connaît-on leurs désirs et les respecte-t-on ?*

**xxiii. La participation du résident à la vie de l'établissement.** PHILIBERT M., DELL'ACCIO E., FORCET J.Y., BALMAND N., JOURDE R., GERBI D. In : *Informations gérontologiques départementales*, n°55, **2006**, pp. 1-8.

*Ce dossier s'articule autour de 7 articles, qui abordent chacun leur tour la notion de citoyenneté du résident, le conseil de la vie sociale d'un établissement - est-il l'outil idéal pour la reconnaissance de la citoyenneté des résidents dans les EHPAD ? - la participation des résidents au quotidien à la vie de leur établissement, le cas particulier de la prise en compte de l'avis d'une personne âgée dépendante.*

## **La participation des jeunes**

**i. Comité de résidents et conseils de concertation : Comment mobiliser les salariés et les résidents ?** Paris : Union professionnelle du logement accompagné (Unafao), **2017**, 12 p. [Lien](#)



*En logement-foyer, la participation des résidents est souvent réduite au conseil de concertation, instance difficile à instaurer et à faire vivre. Avec la création des comités de résidents, instance complémentaire aux conseils de concertation, l'occasion est donnée aux professionnels de repenser ces dispositifs de participation et la manière d'impliquer l'ensemble des parties prenantes. Comment expliquer cette nouveauté qui s'ajoute au conseil de concertation ? Comment valoriser les organes de représentation des résidents ? Comment donner envie de s'y impliquer ? Tel est le défi auquel se sont attelés les membres du groupe de travail "participation" de l'Unafop pour rédiger ce guide.*

- ii. Les jeunes et l'action politique : Participation, contestation, résistance.** GALLANT Nicole, GARNEAU Stéphanie. Laval (Québec) : Presses Universitaires de Laval (PUL), Collection Regards sur la jeunesse du monde, **2016**, rééd., 274 p. [Lien](#)

*Les jeunes sont souvent décriés pour leur apathie politique, notamment parce que les formes d'engagement qu'ils déploient sont parfois peu légitimées socialement. Les chapitres rassemblés dans ce livre visent à contribuer à la reconnaissance et à la compréhension de la diversité des formes de l'action politique des jeunes aujourd'hui dans plusieurs contextes sociopolitiques (au Québec et au Canada, en Europe, en Amérique latine et ailleurs). Ce livre retrace les processus qui favorisent ou non l'engagement politique des jeunes, par le regard croisé d'études rigoureuses portant tantôt sur des formes d'action politique attendues des pouvoirs publics (le vote, la participation associative), tantôt sur des formes plus contestataires (notamment chez des jeunes marginalisées), en passant par des modes plus diffus de résistance au pouvoir. De cette panoplie de manières de s'engager se dégage le portrait de jeunes variées, mais loin d'être apathiques.*

- iii. L'engagement des jeunes : Une majorité impliquée, une minorité en retrait.** GUISSÉ Nelly, HOIBIAN Sandra, LABADIE Francine, TIMOTEO Joaquim. In : Jeunesses – études et synthèses, n°36, **2016**, 4 p. [Lien](#)

*Le désir d'engagement et de participation à la vie publique progresse chez les jeunes en 2015, même si on observe un retrait des formes conventionnelles de participation politique et sociale. L'investissement citoyen des jeunes est néanmoins inégal : les jeunes en retrait de la vie économique et sociale s'engagent beaucoup moins que les autres.*

- iv. Empowerment, travail de jeunesse et quartiers populaires : vers un nouveau paradigme ?** CORTESERO Régis. In : Recherche sociales, n°209, **2014**, pp. 46-61.

*L'article propose de considérer l'empowerment, à la fois du point de vue des principes et pratiques d'intervention sociale que ce terme recouvre, et également du point de vue de sa visée, c'est à dire, du processus de transformation qu'il prétend susciter. Il porte, dès lors, un double regard critique sur l'animation : une critique de principe, cherchant dans la rationalité de l'intervention elle-même, les affinités et les points de divergence avec l'animation ; et une critique empirique, attentive aux effets des différentes approches sur leurs publics.*

- v. Le comité d'usagers : une initiative originale de la Mission locale du Pays Yonnais.** In : UNML, n°92, **2012**, p.2.

*La mission Locale du Pays Yonnais a mis en place en 2012 un Comité d'usagers, suite à la définition de son projet associatif 2012-2013. Il s'agit d'un lieu d'échange d'idées, d'expression sur toutes questions intéressant le*

*fonctionnement de la structure. C'est également un espace d'écoute pour favoriser la participation des jeunes.*

- vi. **Autonomie et participation d'adolescents placés en foyer (France, Allemagne, Russie).** JOIN-LAMBERT MILOVA Hélène. In : Sociétés et jeunesses en difficulté, n°2, **2006**.

*Cet article s'intéresse aux pratiques socio-éducatives à l'égard d'adolescents au sein d'établissements de suppléance familiale en France, en Russie et en Allemagne. Il analyse plus particulièrement la conception de l'autonomie qui sous-tend ces pratiques, la plupart du temps définies en référence à un objectif d'autonomisation. Il en étudie par ailleurs les conséquences sur la participation des jeunes aux décisions les concernant, dont le principe est reconnu et garanti par la Convention internationale des droits de l'enfant et par les législations nationales des trois pays concernés. A travers cette comparaison, la notion de participation des usagers, liée aux processus de décision, mais aussi aux tâches de la vie quotidienne, apparaît comme un instrument pouvant être utilisé dans l'apprentissage de l'autonomie par les adolescents. Les pratiques étudiées sont replacées dans les contextes institutionnels et législatifs qui les encadrent. Cette comparaison entre les différents niveaux de chaque système de protection des mineurs fait apparaître des similitudes entre les modes de participation des usagers au processus judiciaire ou administratif conduisant à un placement, et les modes de participation des mineurs placés, à l'intérieur de l'établissement d'accueil. Pour prendre forme dans la réalité, le principe de participation des usagers aux décisions les concernant ne peut donc se cantonner aux seuls établissements de prise en charge, mais doit être mis en place à tous les niveaux de décision.*

## **L'évaluation participative**

- vii. **La production de la théorie du programme dans le cadre d'une évaluation participative : Une étude de cas.** QUIROZ SAAVEDRA Rodrigo, BIGRAS Nathalie, DION Julie, DOUDOU Karine. In : The Canadian journal of programm evaluation, vol. 31, n°2, **2016**, pp. 137-164. [Lien](#)

*La théorie du programme est une approche d'évaluation utilisée pour mieux définir l'intervention à évaluer, approfondir la compréhension des processus à l'œuvre dans son implantation, identifier ses effets et les mécanismes en jeu dans leur production, accroître l'utilisation des résultats de l'évaluation et enfin améliorer le programme. Malgré son importance, on note un manque d'écrits scientifiques illustrant l'instrumentation de la production de la théorie du programme dans le cadre spécifique d'une évaluation participative où tous les acteurs concernés par l'intervention sont activement impliqués dans toutes les étapes du processus d'évaluation. L'application de cette méthode à une étude de cas permet de décrire le processus de construction de la théorie du programme, ses fondements conceptuels, ses étapes, les techniques utilisées, les résultats obtenus et les principaux enjeux qui en émergent.*

- viii. **Le medico-social, une nouvelle frontière pour l'évaluation participative ?** LEGROS Michel. In : Informations sociales, n° 158, 2010, pp. 52-59.

*La loi du 2 janvier 2002 impose aux établissements et services du secteur social et médico-social de procéder à des évaluations régulières tout en donnant une grande importance au rôle de l'utilisateur. Cette combinaison a entraîné une mise*

*en oeuvre de formes d'évaluation faisant participer les usagers, appelées à se généraliser.*

- ix. **Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation.** BILODEAU Angèle, ALLARD Denis, GENDRON Sylvie, POTVIN Louise. In : The Canadian journal of programm evaluation, vol. 21, n°3, **2006**, pp. 257-282. [Lien](#)

*Cet article porte les dispositifs sociaux et techniques soutenant la participation des acteurs des programmes aux choix stratégiques. En plus de proposer des outils plus usuels de modélisation de programme et de validation des résultats de recherche, l'instrumentation présentée porte sur l'établissement d'une instance participative, le choix des questions d'évaluation, la construction du jugement, et la délibération sur les orientations futures du programme.*

## POUR ALLER PLUS LOIN...

---

- i. **Démocratie en santé : Usagers, faisons mouvement !** DEVICTOR Bernadette, PELEGRIN Serge, TIME Marie-Catherine, REQUILLART Denis, [et al.]. Lyon : Livres EMCC, **2017**, 191 p. [Lien](#)
- ii. **La participation de l'utilisateur de santé : Dossier documentaire.** MOUETTE Claire, CALVEZ Catherine. Rennes : Ecole des hautes études en santé (EHESP), **2017**, 87 p. [Lien](#)
- iii. **Le vieillissement au cœur des politiques publiques : Méthodologie pour une approche transversale.** GUERAIN Claire, AMYOT Jean-Jacques, DURY Isabelle, PORTIER Jean-Jacques. Voiron : Territorial, Collection dossier d'experts, **2016**, 82 p. [Lien](#)
- iv. **Sensibiliser aux environnements favorables aux saines habitudes de vie : évaluation d'une intervention auprès des personnes relais.** ROY Virginie, RIVARD Marie-Claude, TRUDEAU François. In : Santé publique, vol. 28, n°1, **2016**, pp. 33-42. [Lien](#)
- v. **Cap Santé ! : Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnements à l'autonomie prévue par le projet de loi de modernisation de notre système de santé.** SAOUT Christian. Paris : Collectif interassociatif sur la santé (CISS), **2015**, 71 p. [Lien](#)
- vi. **Petit guide de la participation en santé de proximité.** VUATTOUX Patrick ; FéMaSaC (Fédération des maisons de santé comtoises) ; FFMPs (Fédération française des maisons et pôles de santé). Besançon : Fédération des maisons de santé comtoises, **2015**, 89 p. [Lien](#)
- vii. **Droits de vieillir et citoyenneté des aînés : Pour une perspective internationale.** VIRIOT-DURANDAL Jean-Philippe, RAYMOND Emilie, MOULAERT Thibault, CHARPENTIER Fabienne. Québec : Presses de l'Université du Québec (PUQ), Collection Problèmes sociaux et interventions sociales 76, **2015**, 376 p. [Lien](#)
- viii. **Education pour la santé des jeunes : La prévention par les pairs.** LEGRAND Eric, AMSELLEM-MAINGUY Yaëlle. Paris : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), **2014**, 95 p. [Lien](#)
- ix. **Guide d'aide à l'action. Promotion de la santé en milieu rural : Favoriser la participation des jeunes.** STRILKA Hervé. IREPS Bretagne, **2014**, 19 p. [Lien](#)
- x. **La santé communautaire : Remède aux inégalités sociales. Dossier.** COQ-CHODORGE Caroline. In : Gazette santé social, n°113, **2014**, pp. 19-26. [Lien](#)
- xi. **La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?** CASTAING Cécile. Bordeaux : Les études Hospitalières, **2014**, 110 p. [Lien](#)
- xii. **Les enjeux de l'intervention sociale territoriale : Dossier.** CAILLOUETTE Jacques, ROOS Jean-François, AUBIN Jean-François. In : Nouvelles pratiques sociales, vol. 26, n°1, **2014**, pp. 19-214. [Lien](#)
- xiii. **Affirmer la citoyenneté de tous : Construire ensemble les politiques qui nous concernent.** Paris : CNSA (Conseil national de solidarité pour l'autonomie), **2014**, 145 p. [Lien](#)

- xiv. **Les paradoxes de l'autonomie : Dossier.** NEMER Guillaume, GABRAI Philippe, VASSELIER-NOVELLI Catherine, [et al.]. In : Le sociographe, HS n°6, **2013**, pp. 13-221. [Lien](#)
- xv. **Action communautaire en santé : Un outil pour la pratique.** BANTUELLE Martine, MOUYART Philippe, PREVOST Marianne. Charleroi (Belgique) : Fédération des maisons médicales, Santé communauté participation, Centre Local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, **2013**, 56 p. [Lien](#)
- xvi. **La prévention par les pairs : Dossier.** TRAVAILLEUR Béatrice. In : Revue de santé scolaire & universitaire, n°24, **2013**, pp. 9-22. [Lien](#)
- xvii. **Démocratie participative : Guide des outils pour agir.** LABUSET-DIOT C., [et al.] Fondation Nicolas Hulot, **2013**, 48 p. [Lien](#)
- xviii. **Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs : Dossier.** LE GRAND Eric, AZORIN Jean-Christophe. In : La santé de l'homme, n° 421, **2012**, pp. 10-39. [Lien](#)
- xix. **L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire.** AKRICH Madeleine, RABEHARISOA Vololona. In : Santé Publique, n°1, **2012**, pp.69-74. [Lien](#)
- xx. **Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques.** CNLE (Conseil national des politiques et lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale). Paris : Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, **2012**, 66 p. [Lien](#)
- xxi. **Aînés : Vous avez dit participation sociale ?** LEVASSEUR Mélanie, RICHARD Lucie, GAUVIN Lise, RAYMOND Emilie. In : La santé de l'homme, n°411, **2011**, pp. 27-28. [Lien](#)
- xxii. **La participation sociale : Bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités.** RAYMOND Emilie, SEVIGNY Andrée, TOURIGNY André. In : La santé de l'homme, n°411, **2011**, pp. 25-27. [Lien](#)
- xxiii. **Vers de nouvelles pratiques participatives ?** BINGEN A., HAMZAOU M. In : Politiques sociales, n°3/4, **2010**. [Lien](#)
- xxiv. **La preuve est faite : L'empowerment et la participation, ça marche !** FERRON C. In : La santé de l'homme, n°406, **2010**, pp. 4-7. [Lien](#)
- xxv. **Du travail social au travail ensemble.** DHUME-SONZOGNI Fabrice. Paris : Lamarre, Collection ASH professionnels, **2010**, 206 p.
- xxvi. **Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? (Traduction du rapport de Wellerstein N. de 2006).** Rennes : Ireps Bretagne, **2009**, 37 p. [Lien](#)
- xxvii. **La personne relais, entre évolution et diversité.** HINCELIN Luc, EUSTACHE Lionel. In : Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé, n°3, **2008**, 2 p. [Lien](#)
- xxviii. **Apprécier les niveaux de la participation.** HINCELIN Luc. In : Rubrique Repères pour agir en promotion de la santé, n°1, **2008**, 2 p. [Lien](#)
- xxix. **Bâtir une communauté en santé pour agir en promotion de la santé.** BOIVIN Nathalie. Caraquet (Canada) : Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau Brunswick, **2008**, 64 p. [Lien](#)

- xxx. **L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?** LASCOURMES Pierre. In : Politiques et management public, vol. 25, n°2, **2007**, pp. 129-144. [Lien](#)
- xxxii. **L'animation de groupe : une pratique à redécouvrir afin de développer le pouvoir d'agir des individus !.** RACINE Socia, LEROUX Richard. In : The Canadian journal of programm evaluation, vol. 21, n°3, **2006**, pp. 137-162. [Lien](#)
- xxxiii. **Participation et pratiques communautaires en santé : Quelles questions se posent les acteurs de terrain ?.** BANTUELLE Martine, VANKELEGOM Bruno, MOUYART Philippe In : Education santé, n°211, **2006**, pp. 12-13. [Lien](#)
- xxxiiii. **Intervention et communication dans un dispositif participatif. Les cas limites : enfants, personnes âgées et personnes handicapées.** PRADES Jean-Luc. In : Nouvelles pratiques sociales, vol. 18, n°2, **2006**, pp. 110-126. [Lien](#)
- xxxv. **Méthodes participatives : Un guide pour l'utilisateur.** SLOCUN Nikki, ELLIOT Janice, HEESTERBEEK Sara, LUKENSMEYER C.J., FUZFA Aurore. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, **2006**, 204 p. [Lien](#)
- xxxvi. **Démarche participative et santé : mythe ou réalité ?** GUICHARD Aline. In : La santé de l'Homme, n°382, **2006**, pp. 11-40. [Lien](#)
- xxxvii. **La boîte à connaissances.** FREHNER P., PFULG D., WEINAND C., WISS G. Association Funtasy Projects, **2005**, 16 p. [Lien](#)
- xxxviii. **Santé : travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet.** PECHEVIS Michel ; GUILLAUD-BATAILLE Sylvie ; FAYARD Roland ; BRIXI Omar. Rennes : Editions ENSP, **2003**, 275 p.
- xxxix. **Intergénération : Le bien-être en question.** Rennes : CODES d'Ille et Vilaine, **2003**, n.p.
- xl. **intersectorialité, travail en réseau et politiques locales de santé : Quels enjeux pour la promotion de la santé ?** DOUMONT D., SANDRIN-BERTHON B. Participation, UCL Reso (Unité d'éducation pour la santé), **2002**, 26 p. [Lien](#)
- xli. **PRAPS et éducation pour la santé : La participation des personnes concernées par les actions.** Rennes : CRES de Bretagne, **2002**, 146 p.
- xlii. **A propos des démarches participatives en éducation pour la santé et de quelques supports.** In : Education pour la santé des jeunes : Démarches et méthodes. INSERM, **2001**, pp. 79-98. [Lien](#)
- xliii. **La participation : Les multiples facettes d'un concept généraliste.** LIESSE A., LAFONTAINE C., VANDOORNE C. In : Education santé, n°153, 2000, pp. 2-5. [Lien](#)