



---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **novembre 2024**

---

**Conseil de la vie sociale, participation  
et citoyenneté des personnes  
accompagnées :**

**Où en-nous depuis la promulgation de  
la loi 2002-2 portant rénovation de  
l'action sociale et médico-sociale ?**

**Apports conceptuels et analyse comparée de  
quatre conseils de la vie sociale**

---

**Michel BURDLOFF**



---

# Remerciements

---

En premier lieu, je tiens à remercier chaleureusement Mme Dina ABIDOS, directrice de l'EHPAD-SPASAD La Roseraie. J'espère lui avoir rendu la confiance qu'elle m'a accordé à durant une période pendant laquelle j'en avais grandement besoin. J'y associe l'ensemble des équipes de cet EHPAD-SPASAD, pour leur gentillesse, humanité et professionnalisme.

L'engagement dans mes futures fonctions de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social n'a de sens que pour et au travers des personnes accompagnées qui ont jalonné mes deux années de formation. Leur humanité, leur volonté d'être au monde malgré leurs vulnérabilités, sont des leçons de vie chaque jour renouvelées. J'ai une pensée particulièrement émue pour Mmes VILAIN et Laurence.

Le mémoire, qui marque en quelque sorte un des derniers jalons de ma formation, me renvoie invariablement à l'ensemble des enseignants et intervenants qui ont traversé mon parcours de formation avec une mention spéciale à M. GEROLIMON dont le départ prochain de l'EHESP sera, à n'en pas douter, une grande perte pour les élèves-directeurs.

Mesdames BOUBERT et LAUDE ne peuvent être oubliées. Si elles lisent ces lignes, je voudrais qu'elles sachent tout ce qu'elles m'ont apportées et combien je leur suis reconnaissant.

Merci aussi à M. PIGALE, pour son regard rassurant et détaché et pourtant oh combien vif sur le monde des D3S.

Merci enfin à mes enfants et ma compagne qui m'ont supporté dans tous les sens du terme durant les deux années de formation dont ce mémoire marque la quasi-fin.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 La loi de 2002-2 rénovant l'action sociale et familiale ou l'émergence de la participation dans le champ social et médico-social .....	7
1.1 La loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales - une loi à visée prescriptive .....	7
A) La loi de 1975 : une loi d'unification et de régulation d'acteurs.....	8
B) La loi de 1975 : une loi de légitimation de l'action publique .....	9
C) Synthèse : la loi de 1975, une loi de légitimation de l'action publique reposant sur un référentiel à dominante prescriptive .....	9
1.2 La loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et familiale .....	13
A) La loi n°2002-2 : une loi sur l'autonomie et la participation sociale.....	13
B) La loi n°2002-2 et ses extensions : une loi de légitimation de l'action publique reposant sur un référentiel à visée performative .....	15
1.3 Les politiques publiques dans le champ des vulnérabilités, leur visée performative et ses limites.....	18
A) Le concept de participation .....	18
B) Résistance au changement ou impasse de la performativité ?.....	20
Autre exemple : lors du premier CVS rénové de cet ESAT, le président, élu parmi ses pairs travailleurs de l'ESAT, réagit à une plaisanterie sur sa propension à manger beaucoup en disant : "Malgré tout le respect que je vous dois, si vous faites encore une remarque de ce type, je vous casse la g....". .....	22
2 La performativité du cadre législatif et réglementaire à l'épreuve du réel : analyse comparée de 4 CVS .....	25
A) La participation : une épreuve d'engagements de professionnels dans des processus organisationnels .....	27
B) La participation : une épreuve d'engagements des usagers et des familles ...	35
3 Quelles solutions opérationnelles peut mettre en œuvre un directeur <b>Erreur ! Signet non défini.</b> .....	41
Conclusion .....	41
Bibliographie .....	45
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CoDir : Comité de Direction

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DESSMS : Directeur d'Etablissement, Sanitaire, Social et Médico-social

ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail

E(S)SMS : Etablissement, (Sanitaire), Social et Médico-Social

FALC : Facile A Lire et à Comprendre

GHT : Groupement Hospitalier de territoire

HAS : Haute Autorité en Santé

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

NMP : Nouveau Management Publique

PA : Personne(s) Agée(s) et Personne(s) Accompagnée(s)

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PH : Personne(s) en situation de Handicap

FR : Règlement de Fonctionnement

SERAFIN-PH : Réforme pour une Adéquation des Financements aux Parcours des Personnes Handicapées

T2A : Tarification à l'Activité

SPASAD : services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile



## Introduction

La Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fêté ses 24 ans d'existence le 2 janvier 2024. Dans ses principes fondamentaux, elle visait à promouvoir "*l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées*" (article 2). Elle relève de la poussée des droits et libertés individuels et trouve sa traduction<sup>1</sup> "opérationnelle" au travers des sept outils qui la composent, au rang desquels on trouve les conseils de la vie sociale (CVS), objets de ce mémoire.

Les orientations de la loi reposaient sur quatre piliers. L'affirmation du droit des bénéficiaires ; l'élargissement des missions et des interventions des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; l'amélioration des procédures techniques de pilotage ; la coordination des décideurs et des acteurs (DEMOUSTIER et PRIOU, 2013).

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) introduisant un nouveau régime d'autorisation et soumettant ainsi les Etablissements Sanitaires, sociaux et Médico-sociaux (ESSMS) à un contrôle renforcé et territorialisé, la loi Santé 2016 du « zéro sans solution », la loi de 2019 relative au majeur protégé et jusqu'au décret n°2022-688 modifiant le CVS, sont autant de jalons *continuant et renforçant* les ambitions portées par la loi fondatrice 2002-2.

L'affirmation par la loi des droits des bénéficiaires renvoie à l'activation dans le corpus législatif et réglementaire de l'exigence nouvelle de *participation* de l'utilisateur et de *personnalisation* de l'accompagnement (qui ouvrira ultérieurement la porte à la notion d'auto-détermination). Ce faisant, elle vise à faire advenir dans les champs particuliers des vulnérabilités (handicaps, vieillesse, enfance en difficulté...) celle de citoyenneté et de démocratie sanitaire (DEMOUSTIER et al. (2013) ; EBERSOLD (2013)).

Les référentiels<sup>2</sup> antérieurs portés notamment par la loi n°75-535 (besoins des *usagers*, organisation des institutions de *prises en charge*, identification d'un *secteur* autonome

---

<sup>1</sup> Le mot "traduction" est entendu ici au sens que lui donne Michel CALLON (1986) pour qui celle-ci "n'est rien d'autre que le mécanisme par lequel un monde social et naturel se met progressivement en forme et se stabilise pour aboutir, si elle réussit, à une situation dans laquelle certaines entités arrachent à d'autres, qu'elles mettent en forme, des aveux qui demeurent vrais aussi longtemps qu'ils demeurent incontestés" (CALLON, 1986, p. 205)

<sup>2</sup> Je reviendrai dans le chapitre suivant sur le concept de *référentiel* qui sert de trame à l'analyse théorique et que j'emprunte à P. MULLER (1990 et 2010)

*social et médico-social...*), cèdent la place à un autre référentiel dont la loi 2002-2 semble être l'idéal-type.

Opérant un changement de paradigme au regard de la loi n°75-535 du 30 juin de 1975 centrée sur les institutions, la loi de 2002-2 et ses continuations engagent également les personnes accompagnées et leurs aidants dans une contribution à l'élaboration des politiques publiques. Il s'agit donc, non seulement de tendre à garantir les droits des usagers et de rendre effectif l'exercice de la citoyenneté, mais aussi "*de ne plus laisser une place dominante aux professionnels et aux experts, aux représentants des "organismes gestionnaires" et aux partenaires sociaux.*" (DEMOUSTIER et al., 2013, op. cit. p. 90). L'on passe ainsi d'une vision centrée sur *l'institution* à une vision centrée sur *l'action*, action permettant sensément opérer et faire opérer aux acteurs institutionnels et aux usagers la bascule organisationnelle mais surtout culturelle vers un "accompagnement individualisé", respectueux des droits et libertés.

La loi de ce fait, semble être doublement performative au sens qu'elle est un énoncé qui accomplit ce qu'il ordonne ou déclare, c'est-à-dire "*un outil permettant d'agir, non pas seulement dans le monde, mais aussi sur le monde*" (AMBROISE, 2015, commentant la philosophie du langage de J.L. AUSTIN). A un premier niveau parce qu'elle cherche à faire advenir une réalité que l'on pourrait énoncer en ces termes ; les vulnérabilités liées aux handicaps, à l'âge, à la jeunesse en difficulté n'ont pas pour conséquence indépassable d'exclure les personnes en *situation* de vulnérabilité de toute capacité de "prendre part, apporter une part, et bénéficier d'une part" (ZASK, 2011).

Performative à un second niveau, la loi l'est aussi parce qu'elle affirme que l'usager<sup>3</sup> doit être désormais un acteur des politiques publiques qui le concernent. Il n'est de ce fait, plus prédéterminé par le cadre institutionnel qui l'accueille ou l'accompagne, cadre qui le surplomberait. Désormais, "*La figure moderne de celui qui a un avis éclairé sur les besoins sociaux, médico-sociaux et en matière de santé, c'est l'usager.*" (DEMOUSTIER et al. (2013), p. 90).

C'est sur la base de ces deux dimensions performatives qu'est construit le présent mémoire. En analysant plus avant ce que cherche à produire la loi de 2002-2 et ses extensions, à savoir de la participation et de la démocratie sanitaire (et sociale), il s'agira

---

<sup>3</sup> Le terme "d'usager", entendu comme la personne qui utilise un service, qui en "bénéficie" mériterait d'être mise à distance en certaines occasions. En effet, il ne me semble pas pouvoir rendre compte dans cette acception du fait que l'ambition portée par la loi et ses continuations vise implicitement à substituer à la notion d'agent au sens Bourdieusien (i.e. celui qui est agité), la notion d'acteur, i.e. celui qui agit. Il apparaît dès lors que le terme "d'acteur" soit plus adapté à l'esprit de la loi, à la dimension d'autonomie et d'auto-détermination qu'elle véhicule. (*Sur le thème de la distinction entre la catégorie "agent" et "acteur" en sociologie, voir RUI S. (2018)*)

de préciser quelle(s) forme(s) de participations sont visées et pourquoi elles sont recherchées (partie I) et, en regard, quels effets produit la loi et ses continuations dans les faits. Sur ce point, il conviendra donc de tenter de mesurer l'écart entre ce qui est projeté dans la loi - le devenir souhaité - et ce qui est produit comme réel, ce qui est *in fine* instauré, à savoir des pratiques *enrôlant* des institutions, des professionnels, des personnes accompagnées et leurs aidants dans des configurations concrètes (partie II).

L'analyse des conseils de la vie sociale étudiés lors de mes différents stages permettra d'exemplifier cette mise en regard entre les intentions de la loi, ce qu'elle vise en termes de participation et de démocratie sanitaire (et sociale) et ce qui en émerge sur les terrains investigués.

Reste, que le rôle d'un futur dirigeant d'ESMS est de faire vivre et mettre en œuvre les politiques publiques. Considérant que l'action publique cherche à modifier en profondeur les cultures professionnelles (sanitaires en établissement d'hébergement pour les personnes âgées (EHPAD), sociale dans le champ du handicap et de l'enfance) et l'ethos de nos sociétés, la conclusion sera consacrée à identifier des voies possibles pour le dirigeant entre ce qui est possible, ce qui ne l'est pas ou encore et ce qui est souhaitable.

### **Les terrains d'exploration**

Au cours de ma formation d'élève-directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) j'ai été amené à intervenir et travailler dans plusieurs types d'établissements ; EHPAD rattachés à des centres hospitaliers en direction commune (5 EHPAD concernés pour 364 places), un EHPAD autonome de 100 places mais aussi une participation à un CVS dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) associatif.

Ma première mission de stage long portait sur les élections et l'installation de deux CVS dans les EHPAD rattachés à un centre hospitalier en direction commune. J'ai également élaboré les règlements intérieurs pour ces EHPAD et l'EHPAD autonome, conformément au décret n°2022-688 du 26 avril 2022 modifiant le décret n°2004-287 du 24 mars 2002 relatif au conseil de la vie sociale et autres formes de participation. A noter, que pour les EHPAD rattachés la dernière version des règlements de fonctionnement (RF) datait de 2014.

Mes missions offraient donc un terrain idéal d'étude et d'analyse de la question de la participation et de l'exercice de la citoyenneté dans les établissements et services médico-sociaux. Le regard que j'ai eu à porter lors d'un stage extérieur en ESAT a été également d'une grande aide. La pluralité des terrains par leurs typologies (EHPAD autonome,

rattachés et en direction commune, ESAT associatif), devait ainsi me permettre de procéder à une analyse comparée sur la base d'hypothèses et questionnements préalables.

## **Méthodologie**

Dominique SCHNAPPER, sociologue, a été membre du Conseil Constitutionnel. Elle a mis à profit cette expérience pour mener incidemment une enquête sociologique, en a tiré un livre (SCHNAPPER, 2010) ainsi qu'un article consacré à l'expérimentation en immersion (SCHNAPPER, 2011). Dans cet article, elle remet en question l'idée d'une nécessaire séparation épistémologique entre l'expérience quotidienne et profane (la situation de membre du conseil constitutionnel) et la possibilité de l'élaboration d'un savoir sociologique. Elle aborde cette possibilité par une question : « Le sociologue peut-il être indigène ? », question à laquelle elle répond par l'affirmative. Comment justifie-t-elle une telle posture méthodologique ? *“C'est qu'elle (D. SCHNAPPER) n'a pas effectué une entrée dans le terrain pour mener son enquête, mais c'est parce qu'elle a été nommée membre du Conseil constitutionnel, qu'elle a commencé à mener une enquête sur cette institution”* (PEREIRA, 2015). C'est ce même point d'entrée qui a été le mien en ma qualité de stagiaire, investi de missions et donc acteur de l'organisation que j'intégrais. L'enquête, son objet et ses modalités de mise en œuvre découlaient donc de cette première posture « indigène ». Ce faisant, le matériau était exclusivement celui du quotidien du stagiaire, immergé dans son environnement professionnel, identifié en sa qualité de stagiaire (et non d'enquêteur), si bien que *“le chercheur adopte une attitude où se mêlent la participation plus ou moins intense et l'objectivation distanciée.”*(SCHNAPPER, 2011). La posture de D. SCHNAPPER fait écho à celle adoptée par B. LATOUR dans le cadre de son enquête sur le Conseil d'Etat (LATOUR, 2002). Là où SCHNAPPER adopte une posture indigène, qu'elle nomme également “participation observante”, B. LATOUR adopte une posture d'ethnologue, d'observateur. Dans cet ouvrage, ce qui est visé ce sont les logiques d'action, ici “La fabrique du droit”, ou dit dans un langage latourien, “le droit en train de se faire”. La perspective latourienne de l'action voit celle-ci comme le produit d'un agencement entre humains et non humains, sans point d'origine véritable (logique de l'acteur-réseau). Décrire, analyser les choses en train de se faire en y associant humains et non humains revient donc, d'un point de vue méthodologique, à convoquer tous types de matériaux. L'observation, le recueil de la parole, qui peut être formalisé en sein d'un entretien semi-directif ou libre, capté lors d'un échange informel ou d'une réunion de professionnels, un “comité de direction (CoDir) ou un CVS”, la participation à une enquête administrative sur des situations sup'dosées de maltraitance, les écrits et autres formes souples d'énoncés (de type comptes rendus d'instances, de réunions...), « slides », documents du droit souple (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)...), textes réglementaires (Code de

l'action sociale et des familles (CASF)), sont autant d'interprètes du terrain. Le rapport à la temporalité, les usages différenciés du temps (le temps de l'histoire ou celui du quotidien), les mots "totems" ou les mots "tabous" - bien souvent les mêmes -, l'occupation d'un espace (l'agencement des personnes et des choses dans une salle de réunion par exemple, que l'on peut considérer comme des dispositifs au sens foucaultien du terme<sup>4</sup>), sont autant de matériaux ayant servi à la compréhension de l'écosystème.

C'est sur ces deux assises méthodologiques que j'ai tenté de constituer et d'exploiter les matériaux d'enquête. Sur cette base, le "carnet de bord" ou "journal de bord" a été le principal support de l'expérience-enquête. Trois carnets 24x32cm de 192 pages ont été ainsi noircis durant le stage. Le statut de l'entretien semi-directif dans ce dispositif n'a semblé opérant qu'à la marge. L'exploitation de quatre entretiens semi-directifs menés auprès de présidents de CVS avec des collègues de promotion à l'occasion d'un travail de groupe portant sur l'engagement des usagers a été exploité, mais n'a pas constitué l'essentiel du matériau analysé. En effet, l'entrée dans les problématiques investiguées, par son caractère indigène, est difficilement compatible avec une approche "extérieure" à l'objet traité, où l'enquêteur est identifié comme tel par l'enquêté et non plus comme partie du système. L'annexe 1 fait synthèse des analyses issues des observations, prises de notes et hypothèses testées au cours de mes stages dans le cadre des objectifs poursuivis pour le mémoire.

---

<sup>4</sup> Pour M. FOUCAULT le dispositif "est premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements d'architectures, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propos philosophiques, moraux, philanthropiques, bref du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments." In "Michel Foucault, «Entrevue. Le jeu de Michel Foucault»", (Ornicar, 10: 1977), 63  
Le lecteur pourra également utilement sur "Qu'est-ce qu'un dispositif ? L'analytique social de M. FOUCAULT, RAFFNSOE S., 2008, <https://www.researchgate.net/publication/40745059>



# **1 La loi de 2002-2 rénovant l'action sociale et familiale ou l'émergence de la participation dans le champ social et médico-social**

Dans mon propos introductif, était évoqué le changement de paradigme qui s'est opéré entre les années 70 et le mi-temps des années 90, débouchant sur la loi 2002-2. Les bornages temporels que j'utilise (loi de n°75-535 d'une part, loi 2002-2 d'autre part) le sont à dessein. En effet, chacune de ces lois semble archétypique de ces changements de paradigme. Dire cela n'empêche pas d'avoir à l'esprit que le début de bascule paradigmatique se situerait dans les textes plutôt au mi-temps des années 90, notamment avec les ordonnances Juppé de 1995.

La première partie de ce chapitre sera consacrée à préciser la teneur de ce changement de paradigme en mettant en regard les différences fondamentales entre le référentiel à dominante prescriptive de la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales<sup>5</sup> d'une part et celui, à dominante performative de la loi n°2002-2 d'autre part.

Je tenterai donc de montrer que **d'une loi à l'autre, l'action publique se réinvente et réinvente ses référentiels.**

## **1.1 La loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales - une loi à visée prescriptive**

Je considère que la loi de 1975 est une loi prescriptive, au sens que lui donne le Petit Robert, c'est-à-dire un "ordre expressément formulé, avec précision" et qui s'impose à celui auquel elle s'adresse, étant entendu qu'en droit positif une norme ne peut être imposée que si l'écart à la loi peut être sanctionné (par le système judiciaire, ou l'inspection-contrôle par exemple).

---

<sup>5</sup> A cette loi il convient bien évidemment d'associer la loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées parue le même jour. Elle en diffère en ce sens qu'elle se concentre explicitement sur la notion de droit de la personne handicapée, y compris en matière de maintien en milieu ordinaire "chaque fois que cela est possible", d'intégration scolaire ou encore l'accès à la formation. Pour une analyse de cette loi et de ses extensions, voir DIDIER COURBIN et GILBERT (2005)

## **A) La loi de 1975 : une loi d'unification et de régulation d'acteurs**

La loi de 1975 peut être considérée comme une loi fondamentalement unificatrice, et régulatrice. Elle vise à :

- Organiser le secteur social et médico-social (notion introduite par la loi) “*trop abandonné à un empirisme social*” (LOUBAT, 2002) ;
- Autonomiser ce nouveau champ désormais identifiable par rapport au champ hospitalier précédemment recentré sur ses fonctions sanitaires par la loi du 30 décembre 1970 (BAUDURET (2017), DEMOUSTIER, PRIOU, 2019).

Elle s'attache donc à mettre en cohérence des acteurs éparpillés dans un “empirisme social” au bénéfice “d'usagers” explicitement identifiés (majeurs handicapés ou mineurs protégés, jeunes travailleurs, personnes âgées, bénéficiaires d'aides sociales diverses...) dont on reconnaît qu'ils nécessitent des prises en charge adaptées à leurs besoins.

La loi marque le début de reconnaissance de la responsabilité sociale de la collectivité nationale à l'égard des populations vulnérables, responsabilité qu'elle entend faire assurer en :

- identifiant des catégories d'établissements (9 en 1975, 16 actuellement (cf. Article L. 312-1 du CASF)) et des types d'établissements et leurs modes de prise en charge (90 types différents à date),
- organisant le secteur social et médico-social via des régimes d'autorisation,
- en édictant des normes de fonctionnement, de contrôle et de tarification,
- et en mettant en place de règles d'habilitations à bénéficier de l'aide sociale.

Bien qu'ayant subi de nombreuses modifications entre 1975 et la promulgation de la loi 2002-2, dont l'une et pas des moindres a réouvert la possibilité pour les établissements de santé de créer ou gérer des ESMS (ordonnance n°96-386 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée) sur laquelle je reviendrai en partie 2 compte-tenu des effets qu'elle semble avoir sur l'esprit de la loi de 2002-2 (CORON (2017), BAUDURET (2017)), la réforme de 1975 est fondamentalement une réforme centrée sur les institutions (établissements, appareil de l'Etat et collectivités) et l'identification d'un secteur autonome. Elle n'est en revanche pas une loi portant sur les

droits (ce qu'est formellement la loi n°75-534) et, encore moins une loi sur l'accompagnement (PENY, 2006), la participation et la citoyenneté.<sup>6</sup>

### **B) La loi de 1975 : une loi de légitimation de l'action publique**

Identifier un secteur, ici le secteur social et médico-social, permet dans les années 70 aux acteurs publics et institutionnels, par la définition d'un champ particulier de leur action, de légitimer par là même cette action et leur identité (CORON, 2017), se référant à P. MULLER pour qui le secteur est *“une structuration verticale des rôles sociaux (en général professionnels) qui définit ses règles de fonctionnement, de sélection des élites, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixation de ses frontières, etc.”* (MULLER, 1990). En ce sens, une politique publique ne peut être vue uniquement comme *“un processus de décision abstrait dont on pourrait saisir le sens “de l'extérieur” en se limitant, par exemple, à identifier les déterminants structurels ou les contraintes (économiques ou historiques) qui pèsent sur elle.”* (MULLER, op.cit. P. 30)

### **C) Synthèse : la loi de 1975, une loi de légitimation de l'action publique reposant sur un référentiel à dominante prescriptive**

Poursuivant le raisonnement porté par P. MULLER et repris par G. CORON, il me semble autorisé à ce stade d'opérer une synthèse entre les deux dimensions d'unification et de régulation d'acteurs d'une part, et de légitimation de l'action publique d'autre part. Dit autrement, il y a bien *a minima* deux niveaux de lecture d'une loi.

**A un premier niveau**, la loi serait le strict résultat de décisions politiques renvoyant à une théorie de la rationalité assise sur le schéma linéaire<sup>7</sup> suivant, dit “modèle de la boîte transparente” :

REALITE-----> INFORMATION -----> DECISION

**A un second niveau** de lecture, la loi serait le résultat de stratégies d'acteurs entrant en interactions multiples (les associations de parents, les professionnels du handicap, de l'enfance, du soin, de la prise en charge des personnes âgées, les élites politiques et administratives, les organisations syndicales et professionnelles...). L'on serait alors ici

---

<sup>6</sup> Le terme “accompagnement” apparaît dans seulement 3 occurrences de la loi n°75-535, celui de participation dans 12 occurrences mais uniquement en lien avec les mots “Etat”, “assurés sociaux” et “Etablissements/employeurs”. Le terme citoyenneté ne fait l'objet d'aucune occurrence.

<sup>7</sup> Voir Notamment ABRAHAM Y-M. et SARDIAS C., Pour une autre théorie de la décision ; retour sur la faillite de la banque Barings (2008)

plus proche d'un modèle de type "incrémentaliste" qui se construirait par paliers successifs, résultats d'ajustements mutuels entre acteurs (MULLER (1990), reprenant C. LINDBLOM) ou de celui dit du *garbage can model* développé par MARCH, sortes d'enchevêtrements d'acteurs, d'intérêts multiples, de solutions ou bouts de solutions éparses..., aboutissant à des décisions plus ou moins cohérentes et, pour le coup, strictement contingentes parce que relevant d'une "rationalité limitée" (1991).

Mis en regard l'un et l'autre, ses deux niveaux de lecture permettent de comprendre que la loi de 1975 est finalement le résultat - partiellement ou totalement contingent - de la l'activation de ce que P. MULLER nomme un référentiel global s'articulant à un référentiel sectoriel (MULLER, 2010).

Qu'entend l'auteur par "référentiel" ? C'est un "*ensemble de prescriptions qui donnent du sens à un programme d'action publique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs. Il s'agit à la fois d'un processus cognitif fondant un diagnostic et permettant de comprendre le réel (en limitant sa complexité) et d'un processus prescriptif permettant d'agir sur le réel.*" (MULLER, op.cit. p. 556)

Le référentiel va s'articuler autour de quatre niveaux de perception du monde ; des *valeurs*, des *normes*, des *algorithmes* (de type si... alors, si alors...donc...), et des *images* (MULLER, ibid p. 556-557).

- Les valeurs "*sont les représentations les plus fondamentales sur ce qui est bien ou mal, désirable ou à rejeter. Elles définissent un cadre global de l'action publique*" ;
- Les normes "*soulignent les écarts entre le réel perçu et le réel souhaité. Elles définissent des principes d'action plus que des valeurs*" ;
- Les algorithmes "*sont des relations causales qui expriment une théorie de l'action*" ;
- Les images "*sont des vecteurs implicites de valeurs, de normes ou même d'algorithmes. Elles font sens immédiatement sans passer par un long détour discursif*".

Ramenés à notre objet, on peut identifier dans la loi de 1975 des éléments du référentiel suivants :

Niveaux de perception du monde	EXEMPLES
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut répondre aux <i>besoins</i> des usagers (de manière adaptée)</li> <li>- La société dans son ensemble à une <i>responsabilité sociale</i> vis à vis des personnes âgées, des jeunes en difficultés des personnes handicapées</li> <li>- Les <i>personnes handicapées</i> ne sont pas des <i>inadaptées</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y a pas de <i>vieillards indigents</i> mais des <i>personnes âgées...</i></li> </ul>
Les normes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut <i>organiser</i> la prise en charge</li> <li>- Il faut <i>unifier</i> les acteurs de cette prise en charge</li> <li>- Il faut <i>financer</i> cette prise en charge</li> </ul>
Les algorithmes	<i>Si l'Etat n'identifie pas le périmètre d'action de chaque acteur, alors "l'empirisme social" perdurera et les besoins des usagers ne seront pas pris en charge</i>
Les images	La personne handicapée, le jeune travailleur, la personne âgée, les établissements (d'hébergement, d'éducation spécialisée, d'aide par le travail...), les foyers (d'hébergement), les travailleurs sociaux, les assurés sociaux, l'Etat...

Allons un peu plus loin dans le cadre d'analyse des politiques publiques utilisé par P. MULLER. Pour l'auteur il existe deux types de référentiel, *global* et *sectoriel*. Le référentiel *global* offre le cadre général autour duquel vont s'ordonner et se hiérarchiser les référentiels *sectoriels*. Il le définit comme "*la représentation qu'une société se fait de son rapport au monde à un moment donné*", représentation à l'intérieur de laquelle vont s'opérer les conflits entre les référentiels sectoriels. On pense immédiatement ici au référentiel né de la seconde guerre mondiale faisant émerger l'Etat providence (ou Etat social), référentiel général dans lequel s'inscrit le référentiel sectoriel menant à la loi de 1975, et auquel s'est substitué le référentiel de marché (ou Etat régulateur), référentiel général dans lequel semble s'inscrire la loi de 2002-2 et ses extensions jusqu'à aujourd'hui.

Sans rentrer dans une analyse alternative trop poussée, les travaux de BOLTANSKI et THEVENOT (1991) sur les états de grandeurs puis ceux les continuant de BOLTANSKI et CHIAPELLO (1999) sur la cité par projet offrent également un cadre fécond à l'analyse qui nous occupe.

En mobilisant les concepts de référentiel global et sectoriel et en les associant à travers leur articulation dans un "*rapport global-sectoriel*", P. MULLER cherche à comprendre "*les contraintes que les transformations du référentiel global exercent sur les acteurs des politiques sectorielles en disqualifiant les cadres cognitifs et normatifs qui structurent une politique à un moment donné*".

BOLTANSKI, CHIAPELLO et THEVENOT avec les concepts d'états de grandeur (ce qui est "grand" pour l'un est "petit" pour l'autre) cherchent quant à eux à identifier les litiges et disputes entre ce qu'ils nomment des "cités". J'ai repris de la base WIKIPEDIA sur l'économie des conventions le tableau des différentes cités et de leurs caractéristiques :

Caractéristiques	Cité inspirée	Cité domestique	Cité de l'opinion	Cité civique	Cité marchande	Cité industrielle	Cité par projets
<b>Valeurs de référence</b>	Inspiration, création, imagination, intériorité	Tradition, famille, hiérarchie	Réputation, renommée	Collectivité, démocratie, monde associatif	Concurrence, rivalité	Efficacité, science	Activité, projets, extension du réseau, prolifération des liens
<b>Caractéristiques valorisées</b>	l'insolite, la passion, le merveilleux, la spontanéité, l'émotion	la bienveillance, la bienséance, la distinction, la discrétion, la fidélité	la célébrité, la visibilité, la mode, le fait d'être remarqué, d'avoir du succès	Solidarité, équité, liberté	la désirabilité, la "gagne", la valeur, le fait d'être "vendable"	la performancel, la fiabilité, la fonctionnalité, la validité scientifique	l'enthousiasme, la flexibilité, la connexion aux autres, l'autonomie, l'employabilité
Caractéristiques	Cité inspirée	Cité domestique	Cité de l'opinion	Cité civique	Cité marchande	Cité industrielle	Cité par projets
<b>Caractéristiques dévalorisées</b>	l'habitude, les signes extérieurs, le réalisme	l'impolitesse, la vulgarité, la trahison, la nouveauté	la banalité, l'indifférence, le méconnu, la désuétude	la division, l'individualisme, l'arbitraire, l'illégalité	la défaite, l'indésirable, le fait de ne pas être compétitif	l'improductivité, l'inefficacité	l'employabilité, la rigidité, le manque de polyvalence, l'immobilité, la sécurité, l'autorité
<b>Sujets valorisés</b>	l'artiste, l'enfant, la fée, le fou, le génie, l'illuminé	le père, le roi, le patron, l'"Ancien"	la vedette, le chargé de communication, le peuple	le Parti, l'Élu, le représentant, le délégué	le businessman, le vendeur, le "battant"	l'expert, le professionnel, l'opérateur	le coach, le médiateur, le chef de projet
<b>Epreuves modèles</b>	la création à partir d'une feuille blanche, l'aventure intérieure, le vagabondage de l'esprit	les cérémonies familiales, les réceptions	le regard des autres sur un événement	l'élection, la manifestation	le marché, la conclusion d'une affaire	le test, la réalisation	le passage d'un projet à un autre

On voit bien que la loi de 1975 procède plus des cités civiques et industrielles, là où la loi de 2002-2 se rapproche des grandeurs de la cité par projet et de la cité inspirée.

Qu'il s'agisse de l'articulation entre le référentiel général et les référentiels sectoriels chez MULLER, ou qu'il s'agisse des "disputes" entre les différents états de grandeurs en certains moments de l'histoire chez BOLTANSKI et THEVENOT (ce qu'ils nomment aussi encore registres de dénonciation), l'utilisation de ces concepts me semble d'importance. Ils seront donc mobilisés sans exclusive et sans ordre de préférence dans la suite du travail. Ils permettront (1) de mieux investiguer le "grand écart" entre les intentions et objectifs poursuivis par le législateur dans les années 70 et les intentions et objectifs poursuivis depuis le tournant de la fin des années 90 dans le champ qui nous concerne (ce que l'on peut nommer également changement de paradigme) et (2) tenter de mieux comprendre ce qui pose encore difficulté dans la mise en application des principes généraux et des outils de la loi 2002-2 et ses extensions.

## **1.2 La loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et familiale**

### **A) La loi n°2002-2 : une loi sur l'autonomie et la participation sociale**

La loi 2002-2 entend rénover (le terme est dans l'intitulé même) l'action sociale en mettant l'usager au cœur du dispositif. Respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne, deviennent les leitmotivs de l'action du champ tels que voulus par le législateur. Elle consacre de fait définitivement :

- les droits des usagers et des patients ;
- l'individualisation de l'accompagnement ;
- la définition d'une représentation des usagers et des patients au sein d'une "démocratie sanitaire".

A noter que dans le corpus législatif de l'époque, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'inscrit dans la même mouvance et reflète des ambitions similaires.

Pour atteindre ses objectifs, la loi 2002-2 énonce sept principes fondamentaux inscrits à l'article L.311-3 du CASF :

- le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne ;

- le libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion, adaptés à l'âge et aux besoins de la personne, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ;
- la confidentialité des informations la concernant ;
- l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;
- une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Pour partie, ces droits fondamentaux sont des droits de portée générale applicables à tous les citoyens (dignité, sécurité, vie privée...), pour d'autres ils sont spécifiques aux personnes visées par la loi, du fait de leurs vulnérabilités particulières (projet d'accueil et d'accompagnement, participation directe ou médiée par les aidants, protections légales et contractuelles...) (DEMOUSTIER et al., 2013).

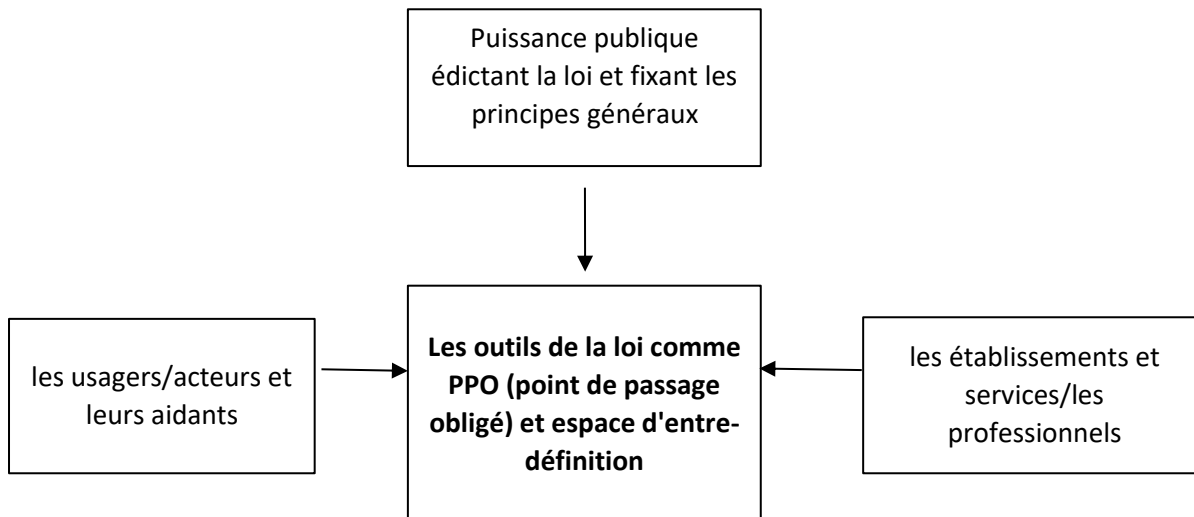
Pour mettre en œuvre ces principaux fondamentaux, elle se dote de sept "véhicules", que l'on nomme les "outils" de la loi 2002-2 (articles L.311-4 à L311-8 du CASF) :

- le livret d'accueil ;
- la charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge ;
- la personne qualifiée puis la personne de confiance ;
- le règlement de fonctionnement ;
- le projet d'établissement ou de service ;
- le conseil de la vie sociale.

Ces outils, dispositifs et documents sont censés garantir l'application des principes généraux du droit applicable aux usagers.

Empruntant aux concepts de la sociologie de la traduction (CALLON, LATOUR), on pourrait dire qu'ils agissent comme des "*dispositifs d'intéressement*", des espaces de

convergence, permettant aux acteurs de terrains (professionnels, directions, personnes accompagnées et aidants) de “s’entre-définir” pour ainsi “traduire” les principes généraux du droit (ici, ceux de la loi 2002-2), en actions concrètes (CALLON, 1986) selon le schéma suivant :



## **B) La loi n°2002-2 et ses extensions : une loi de légitimation de l’action publique reposant sur un référentiel à visée performative**

Reprenant la trame analytique esquissée dans la partie A) du présent chapitre, on peut considérer que la loi de 2002-2 est aussi une loi de légitimation de l’action publique dans le secteur social et médico-social consacré par la loi fondatrice de 1975.

La nouvelle configuration de l’action publique émergeant au mi-temps des années 90 dans le secteur social et médico-social se distingue néanmoins de la précédente par le changement “radical” de référentiel qu’elle active.

A déjà été évoqué brièvement que nous serions passés d’un référentiel global dont l’idéal-type serait l’Etat providence, à un référentiel global qui serait celui de l’Etat régulateur. Il convient désormais de préciser les contours de cet état régulateur et du référentiel global qui le porte. Le tableau suivant permet de saisir l’étendue du changement qui s’est opéré.

Niveaux de perception du monde	EXEMPLES
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut développer <i>l'autonomie</i> des personnes âgées,</li> <li>- Il faut favoriser <i>l'insertion</i> des personnes en <i>situation</i> de handicap</li> <li>- Il faut <i>prévenir les exclusions</i> liées aux vulnérabilités,</li> <li>- Les vulnérabilités n'excluent pas les personnes d'une <i>pleine citoyenneté, d'une participation directe</i></li> <li>- L'Etat <i>ne peut pas</i> et <i>ne doit pas</i> faire tout. Il <i>doit maîtriser</i> l'évolution des <i>dépenses</i> de santé</li> </ul>
Les normes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut <i>contractualiser</i> la relation usager-établissements/services et ainsi <i>garantir</i> l'effectivité des droits</li> <li>- Il faut <i>contractualiser</i> la relation principal-agent (le niveau national et le niveau local) via les CPOM par exemple</li> <li>- Il faut <i>faire coopérer</i> les acteurs</li> <li>- Il faut <i>rationaliser</i> par la planification et la territorialisation (stratégie nationale de santé, PRS, PRIAC)</li> <li>- Il faut fixer les <i>objectifs</i> à atteindre et les <i>évaluer</i> par des <i>indicateurs</i></li> <li>- Il faut <i>utiliser les outils marchands d'allocations des ressources</i> (T2A, SERAFIN-PH)</li> </ul>
Les algorithmes	<p>Si l'Etat continue à tout faire, <i>alors</i> les dépenses publiques ne cesseront pas d'augmenter  <i>Mais</i> Si l'Etat ne régule pas les opérateurs, <i>alors</i> ne seront pas garanties les valeurs (citoyenneté, cohésion sociale...)  Si les usagers participent, <i>alors</i> ils exercent leur citoyenneté <i>et</i> la société répond à leurs besoins</p>
Les images	<p>Le service, la désinstitutionnalisation, la déssectorialisation, le citoyen, l'utilisateur/acteur, la participation, le marché, le contrat, l'agence, l'objectif, l'indicateur, le pouvoir d'agir, la coopération d'acteurs/partenaires, le territoire, la gouvernance</p>

En première analyse, il convient de noter que le nouveau référentiel marque la perte de spécificité du secteur médico-social sous l'effet de politiques publiques (CORON, 2017, op.cit.). Pour l'auteur, cette perte s'est construite sur :

- des logiques de **déssectorialisation** via les agences régionales de santé,
- de **planification par le marché** via le Programme Régional de Santé (PRS) et le Programme Interdépartemental d'Accompagnement du Handicap et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) par exemple,
- de **contractualisation** avec les Contrats d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ou les appels à projets,
- en germe, de réforme de la tarification avec la démarche « Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux Parcours des Personnes Handicapées » (SERAFIN-PH),
- et à venir, de réforme des services autonomie à domicile.

Pour G. CORON, ces modalités d'action publique concourent à un processus d'englobement du médico-social par le sanitaire. On peut y voir un effet de l'antériorité de la mise en œuvre du Nouveau Management Public (NMP), dans le champ sanitaire, la puissance publique ayant capitalisé sur cette antériorité pour la dupliquer au champ médico-social. On peut aussi faire l'hypothèse que ce ne serait pas tant l'englobement du médico-social dans le sanitaire qui serait visé, mais le projet universaliste d'un pilotage par des outils communs de *toutes* les politiques publiques. En effet, le NMP qui relève à la fois du management par les nombres et le système d'information, par le projet, par l'objectif et son évaluation (toujours quantifiée), par l'individualisation des performances, ce que HERREROS (2017) nomme "*pratique de la justice évaluatrice*", par l'agencification et la logique marchande... construit un modèle synoptique, englobant, qui prétend pouvoir se dupliquer quel que soit le secteur de son intervention.

Se référant à P. MULLER, le propos de G. CORON peut se compléter par l'affirmation que c'est le changement de référentiel global qui est à l'origine de cette déssectorialisation et de ces effets. Plutôt que de paraphraser l'auteur il semble judicieux de reprendre *in extenso* son propos.

*“Les années 1980 sont marquées au contraire par la montée en puissance d'un nouveau référentiel global fondé sur une vision différente des relations entre État et marché. Ce référentiel de marché repose sur une redéfinition de la frontière public-privé avec le recentrage du rôle de l'État sur des fonctions de régulation économique et l'affichage de normes d'efficacité calquées sur des modes de gestion privée. Ses algorithmes et ses normes d'action mettent en avant la « nécessité » de réduire les dépenses publiques (notamment dans le domaine social) pour faire face à la concurrence internationale dans un contexte de globalisation. Au-delà de sa dimension économique, cette nouvelle vision du monde se développe plus largement dans un contexte d'individualisation des sociétés occidentales qui contraint les individus à être « acteurs de leur propre vie », pas seulement dans le domaine économique.”*

Dans les termes de BOLTANSKI et ali., cela reviendrait à dire que la cité civique à la base du référentiel de l'Etat providence avec ses valeurs de référence (collectivité, la volonté générale,...), des caractéristiques valorisées (solidarité, intérêt général...) et ses sujets valorisés (l'assuré social, l'Etat, les représentants des familles, des usagers...), est substituée dans le nouveau référentiel par les valeurs de références "activité, "projet", "liens entre acteurs/partenaires",..., des caractéristiques de type "autonomie", "insertion (professionnelle, dans la cité...), "connexion", "participation (à un projet)" et des sujets

valorisés, “coordinateur”, “chef de projet”, “chargé de mission”, “médiateur”, “animateur”, “manager”... propres à la cité par projet (voir BOLTANSKI, CHIAPELLO, op.cit. p. 154 à 238, chapitre consacré à “La formation de la cité par projets”).

### **1.3 Les politiques publiques dans le champ des vulnérabilités, leur visée performative et ses limites**

L’accent mis sur le changement de référentiel et sur sa dimension performative, marque aussi le fait que les “nouvelles” figures que l’action publique cherche à mobiliser depuis les années 90 ne vont pas de soi. Entre les années 70 et aujourd’hui, le législateur n’a eu de cesse de multiplier les chaînes d’engagements d’acteurs, de dispositifs, d’outils, de valeurs et normes cherchant (on serait tenté de dire, presque à tâtons) à donner à l’usager une place d’acteur, de citoyen.

Parler de participation, enjoindre à celle-ci, “performer” celle-ci depuis si longtemps (elle est un héritage de la révolution française et des valeurs démocratiques (JAEGER (2023) par exemple), en bonne logique, c’est vouloir faire advenir – avec une particulière constance au regard de l’histoire - ce qui n’est pas encore. Il en va de même avec la figure de l’usager-acteur ou de celle de l’usager-citoyen ; finalement sait-t-on aujourd’hui exactement où il est et ce qu’il est ? Le seul fait de constater que ces deux notions font l’objet de discussions apparemment sans fin ne manque pas en soi d’interroger.

Pourtant, qui songerait à contester que la participation est “une valeur” ? Qui chercherait également à contester qu’une personne âgée, désormais accueillie - et non plus hébergée - en EHPAD est un citoyen à part entière ? Qui, aujourd’hui contesterait que le handicap ne doive pas être un frein à l’insertion professionnelle ou dans “la cité” ? Les exemples pourraient être multipliés à l’envie et pourtant...

Pour avancer, il faut désormais tenter de définir ce que l’on entend par participation.

#### **A) Le concept de participation**

En propos introductif j’avais fait référence aux trois formes de participation identifiées par ZASK (2011), à savoir :

- (1) bénéficier d’une part,
- (2) prendre part,

- (3) apporter une part, c'est-à-dire contribuer.

Dans le premier cas ((1) bénéficiaire d'une part), on comprend immédiatement que la participation revêt un caractère passif ou "*l'institué l'emporte largement sur l'instituant*" (JAEGER, 2017, op.cit. P 17), c'est-à-dire où l'utilisateur est plus institué qu'instituant. Il s'agit-là d'une vision peu dynamique et peu intégrative de la participation que l'on rencontre par exemple dans les EHPADs lorsqu'ils organisent des activités dites d'animations, occupationnelles, ludiques ou à visées plus ou moins thérapeutiques (sport adapté par exemple). Cette dimension de l'animation en EHPAD n'empêche heureusement pas d'observer des stratégies professionnelles ne visant pas seulement la dimension de "faire bénéficier de".

Bénéficiaire d'une part renvoie aussi au référentiel de la loi de 1975 où il s'agit de faire bénéficier aux usagers des "services" que lui offre une société (soins, hébergement, protection). Il y a une forme d'extériorité de l'individu par rapport au "support" institutionnel et organisationnel dont il bénéficie.

Prendre part (2), c'est faire partie de, c'est être associé à. L'utilisateur n'est plus seulement institué, il est dans le collectif. ZASK utilise l'image d'une "union". La personne âgée en EHPAD par exemple, fait partie de cette "union", cimentée par l'âge, le fait qu'elle soit en EHPAD pour des raisons plus ou moins similaires à ses pairs. Elle en éprouve les peines, en partage les moments (le repas, les sorties...), échange peu ou prou avec ses pairs, peut se trouver attristée lorsque sa voisine de chambre décède, se remémore parfois avec elle le passé... Prendre part c'est, en définitive, s'inscrire dans une sociabilité, rester connecté à une communauté de "penser, d'être et d'agir" pour reprendre les termes de DURKHEIM. On notera peut-être qu'avec le "prendre part", la figure du sujet se dessine alors.

Apporter sa part (3) c'est contribuer "*par son action personnelle à la dynamique collective, en permettant cette fois un changement social. En retour, les individus sont eux-mêmes appelés à changer en recevant une part des apports du collectif.*" (JAEGER, ibid, p.90).

Cette dernière dimension de la participation me semble bien correspondre à l'esprit des "outils" de la loi n°2002-2. La convocation ici de l'article D.311-15 du CASF relatif aux attributions du CVS est à ce titre éclairant :

- il *donne* son avis et fait des *propositions* sur "toute question relative au fonctionnement de l'établissement" et, singulièrement "sur *les droits et libertés* des personnes accompagnées..."
- il est *obligatoirement associé* à l'élaboration ou la révision du projet d'établissement,

- il est *entendu* sur la démarche d'évaluation de la qualité, est *informé* des résultats et *associé* aux mesures correctrices à mettre en place.

Le lexique de la loi, consultation, proposer, donner son avis, obligatoirement associé à l'élaboration de, ne laisse aucun doute sur la recherche d'une participation allant bien au-delà d'une simple participation entendue comme "bénéficiaire de".

Encore une fois, et pourtant...

## **B) Résistance au changement ou impasse de la performativité ?**

L'on sait que le caractère en premier niveau prescriptif d'une loi se heurte traditionnellement et classiquement à des processus dit de "résistance aux changements", que l'on va chercher à contourner soit :

- en activant les outils des théories de la motivation au nombre de 101 selon FENOUILLET (2023),
- et/ou, en agissant sur les mécanismes de sensibilisation, d'information-formation aux fins d'acculturer les membres d'un collectif "rétif" et de "prouver" la pertinence des valeurs que l'on entend porter et faire porter.

La démarche Humanitude® dite méthode Gineste-Marescotti est un bon exemple de cette technique où, agissant par l'exemple donné en situation concrète de travail, le formateur fait littéralement "prendre conscience" au professionnel de l'accompagnement de ce qui, dans sa pratique constitue des empêchements au maintien de l'autonomie et de l'intégrité de la personne accompagnée, voire serait susceptible d'être "maltraitant".<sup>8</sup>

D'autres approches, empruntant à une vision pragmatique voire positiviste du monde, vont appuyer leur propos et donc la nécessité d'activer le référentiel actuel par le constat objectif :

- qu'il existe des contraintes liées au vieillissement de la population (données démographiques),
- qu'elles emportent des conséquences sur la santé (données épidémiologiques) dont les maladies neurodégénératives, les troubles de cohérence, la dépendance, les polyopathologies,

---

<sup>8</sup> Pour une lecture critique de la méthode, je renvoie à l'excellent article de AMYOT & ARCHAMBAULT (2008), Débat autour de la méthodologie Gineste-Marescotti.

- et des conséquences sur l'écosystème de santé (recours aux soins et capacité à ISO ressources et organisation du système de santé et médico-social à tenir compte et à prendre en compte à l'avenir les évolutions démographiques et épidémiologiques)<sup>9</sup> obligeant à agir. Sont visées ici les administrations et agences qui produisent de la "data" destinée, si l'on retient la lecture de P. MULLER (1990, ibid) à renforcer la légitimité de l'action publique et donc du référentiel qu'elle utilise, ce que A. SUPIOT nomme aussi "Gouvernance par les nombres".

Encore, la mise à disposition de "boites à outils", comme celles identifiées dans la loi 2002-2, (pour mémoire, livret d'accueil, projet d'établissement, CVS, personne de confiance, projet d'accompagnement personnalisé, règlement de fonctionnement, contrat de séjour), remplit la même fonction permettant supposément de contourner les "résistances" et obstacles à la mise en application du référentiel.

Ce qui relie chacun des trois exemples évoqués ci-dessus c'est bien qu'ils s'inscrivent tous dans le référentiel et qu'ils sont "performatifs", c'est-à-dire, qu'ils entendent à la fois à agir *dans* le monde mais, *surtout*, à agir *sur* le monde. Ce sont des "dispositifs", qui déclarent "*l'avenir pour agir le présent, pour le mobiliser et l'orienter*" (NICOLAS-LE STRAT, 2020). Reprenant G. DELEUZE, LE STRAT note : "*chaque dispositif a son régime de lumière, manière dont celle-ci tombe, s'estompe et se répand, distribuant le visible et l'invisible, faisant naître ou disparaître l'objet qui n'existe pas sans elle. Ce régime de visibilité possède une réelle portée instauratrice ; ce qui est rendu visible se met à exister, ce qui est rendu apparent se met à fonctionner.*" Par exemple, le projet (d'établissement ou d'accompagnement personnalisé), en tant que dispositif fait la part entre ce qui "mérite" d'être vu (les "Grandeurs" chez BOLTANSKI et THEVENOT (1991)) et ce qui est tenu à distance (ce qui est "petit" chez BOLTANSKI et THEVENOT). Le projet est donc un registre d'énonciation (de justification chez BOLTANSKI et THEVENOT). En effet, en déclarant l'avenir, il est à la fois prescriptif (ce qu'il faut faire) et performatif (ce qui est avant d'être). Et qui mieux que l'expert/le professionnel (dans nos exemples, les formateurs Humanitude®, la DRESS, l'ANAP, la HAS, le directeur ou l'éducateur spécialisé...) peut occuper cette place d'énonciateur ?

Reprenons le chemin emprunté par P. NICOLAS-LE STRAT. Pour l'auteur, "*Le dispositif amène à existence, porte à l'existence. L'élève devient élève dans le cadre du dispositif "salle de cours" qui l'interpelle et l'instaure comme sujet de la situation dans les termes*

---

<sup>9</sup> A titre d'exemple le lecteur est simplement invité sur le site de la DRESS par exemple [Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#), ou encore le dossier de presse sur la "Stratégie bien vieillir" de novembre 2023 [Stratégie Bien Vieillir - Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années \(solidarites.gouv.fr\)](#)

*propres au dispositif concerné*". Le dispositif Loi 2002-2, ses sous-dispositifs, *projet d'établissement, PAP, contrat de séjour...* entendent construire la personne handicapée par exemple en tant que personne handicapée, en écho avec le stigmatisme Goffmanien. De même, les politiques publiques instituent la personne handicapée en tant que citoyen, i.e. membre de la cité, i.e. inclus, i.e. autonome et donc autodéterminée (CQFD). Pour GOFFMAN (1975), le stigmatisé "*se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part*".

Pourtant, si "*Le dispositif est en capacité d'interpeller l'individu et de le constituer en sujet de ce dispositif*", si le sujet s'accorde à ce qui est attendu de lui (NICOLAS-LE STRAT, op. cit.), il va en retour déborder du cadre qui lui est assigné, *échapper* pour partie. Cela vaut également pour le professionnel-énonciateur. Les politiques publiques et leurs acteurs/opérateurs, attendent que la personne en situation de handicap "*s'autonomise*". Le dispositif assigne donc la *bonne* manière d'être handicapé, de définir le handicap. Le "*bon handicapé*" est un handicapé autonome, autodéterminé, qui s'inscrit dans un parcours de vie, de soin, d'insertion vers le milieu ordinaire, là où les personnes en situation de handicap que j'ai pu rencontrer lors de stages en SAVS ou en ESAT me présentaient une autre réalité, un autre "dispositif".

Lors d'une réunion d'information sur les évolutions en cours et à venir dans les ESAT<sup>10</sup> à laquelle j'ai pu assister, le directeur de l'ESAT informe les agents que désormais ils auraient "le droit de travailler en milieu ordinaire". Un agent réagit aussitôt et demande : "Alors, comme j'ai le droit, si je veux travailler en milieu normal, vous devez me trouver un travail, c'est ça ?".

Autre exemple : lors du premier CVS rénové de cet ESAT, le président, élu parmi ses pairs travailleurs de l'ESAT, réagit à une plaisanterie sur sa propension à manger beaucoup en disant : "Malgré tout le respect que je vous dois, si vous faites encore une remarque de ce type, je vous casse la g...".

Ces deux exemples, pour triviaux qu'ils soient et peut-être parce que justement ils le sont, montrent combien la personne, le sujet du dispositif est capable de lui échapper. "*Un dispositif ne parvient pas à totaliser complètement la situation, à l'unifier*", ce que P. NICOLAS-LE STRAT résume sous la formule "*dispositif contre dispositif*". Notre président de CVS devient "créateur de dispositifs", créateur de norme d'action, échappant pour partie à la norme d'action prescrite. Ce qui est non visible devient alors visible et la figure de la personne handicapée, que politiques publiques et

---

<sup>10</sup> Réunion relative à la mise en œuvre dans l'ESAT du décret n°2022-1561 du 25 avril 2022 relatif au parcours professionnel et aux droits des travailleurs handicapés admis en ESAT

acteurs/opérateurs cherchent à invisibiliser derrière une novlangue managériale, apparaît. Un autre référentiel s'énonce, s'auto-définit et se révèle dans son altérité et sa subjectivité.



## 2 La performativité du cadre législatif et réglementaire à l'épreuve du réel : analyse comparée de 4 CVS

L'entrée dans ce mémoire s'est faite par les stages effectués au cours de ma formation. Les apports de la formation ont également été importants. Notamment, l'unité de formation relative aux personnes accueillies : besoins, parcours et droits et plus particulièrement la séquence consacrée à la participation de l'utilisateur (intitulée "Participation sociale, démocratie en santé et engagement") ont constitué des jalons importants permettant de mûrir ma réflexion sur la question de la participation.

Il ne pourrait néanmoins pas être fait abstraction de mes connaissances préalables, de cette forme de savoir expérientiel et très empirique agrégé par 26 ans de carrière hospitalière et des multiples interrogations et "confrontations intérieures" avec les questions de la participation, et le rôle qu'en tant que professionnel j'avais à jouer pour contribuer à son effectivité.

La première mission de stage portant sur les élections et l'installation de 2 CVS ainsi que l'écriture d'un règlement de fonctionnement, apparaissaient dans ce contexte comme une opportunité à poursuivre ce travail sur soi ininterrompu bien que parfois contrarié.

Ce travail est donc bien une sorte d'agencement entre expériences antérieures et profanes, posture méthodologique "indigène" (cf. partie **Méthodologie** du propos introductif), connaissances théoriques préalables, missions de stages et objectifs de "montée en compétences" et en habiletés en vue d'être directeur d'ESMS, échanges avec les pairs (directeurs, professionnels, collègues de promotion, enseignants, ...), et observations et échanges avec les premiers intéressés, les usagers et leurs aidants.

A mon arrivée en stage de professionnalisation j'étais affecté auprès de la direction de la filière gériatrique et de la territorialité, auprès d'une directrice ESSMS également directrice déléguée du site du CH de C., établissement partie d'un GHT, en direction commune avec l'établissement support.

Les élections devaient avoir lieu au terme des 3 ans qui s'étaient écoulés depuis les dernières et compte-tenu d'une composition ne tenant pas compte des modifications apportées par le décret n°2022-688 portant modification du CVS et autres formes de participation.

Par ailleurs, les CVS des 2 établissements ne disposaient pas d'une version à jour de leur règlement de fonctionnement (le dernier datait de 2014).

J'ai décidé de me saisir de cette mission pour valider ou invalider quelques questionnements relatifs à la participation des personnes accompagnées au CVS mais aussi de celle des aidants familiaux dans le cadre de mon mémoire.

Le nombre de candidats PA aux élections est-il indépendant de l'investissement institutionnel en matière d'appel à candidature :

- Pour être membre du CVS ?
- Pour être président(e) du CVS ?

Dans quelle mesure le degré de participation de la PA est lié à l'expression de la « citoyenneté » de la personne accompagnée, la perception de ses droits à une égale dignité et en quoi celles-ci pourraient être entravées ou favorisées soit :

- par sa vulnérabilité, que celle-ci soit vécue de manière endogène - le « discréditable » du stigmatisme Goffmanien - ou portée par les professionnels et/ou les aidants - le « discrédité » du stigmatisme Goffmanien ;
- par les routines de fonctionnement de l'institution, routines administratives dans les processus de gestion des élections, temporalité de l'urgence ou de la priorité interdisant la mise en place d'un temps long au service de la PA dans le cadre des élections ;
- ou encore par le regard critique des professionnels du soin mais aussi des directions sur la participation en EHPAD ;
- et enfin par une possible distinction entre culture de l'accompagnement en EHPAD rattaché à un CH et en EHPAD autonome.

Pour répondre à ces questionnements, toute la séquence autour de la mission, allant de ces prémisses en novembre 2023 à sa première conclusion le 8 avril 2024 a été volontairement construite et instruite de manières différenciées :

- entre les 2 établissements, l'un, établissement support de GHT comportant un EHPAD de 60 places, le second, établissement membre en direction commune avec l'établissement support, comportant 4 EHPAD d'un capacitaire total de 209 places ;
- entre l'utilisation de différentes méthodes d'accompagnement des résidents et des aidants dans le cadre des appels à candidature pour les élections des CVS...

... ce qui m'a permis de tester la validité de mes interrogations, tout en réalisant la commande qui m'était donnée par ma maître de Stage et ainsi compléter mes apprentissages sur la participation.

Ce travail s'est complété :

- des observations et activités réalisées également sur ce terrain lors de la poursuite de stage à l'EHPAD-SPASAD de Noue de Siennes,
- de l'observation antérieure d'un CVS dans un ESAT associatif, qui a alimentée ma réflexion mais dont je ne reprendrais ici pas les enseignements,
- de mes expériences professionnelles précédentes,
- et des échanges fructueux que nous avons eu avec mes collègues de promotion à l'occasion de travail de groupes menés sur la participation dans le cadre de la séquence sur la participation évoquée précédemment.

### **A) La participation : une épreuve d'engagements de professionnels dans des processus organisationnels**

Pour illustrer la question de la participation comme épreuve d'engagements de professionnels dans des processus organisationnels, je m'appuierai sur deux exemples :

- ma participation et mon intervention dans le cadre de la procédure d'élection des membres des CVS investigués ;
- la lecture et l'analyse des comptes rendus des CVS de 2019 à 2023.

### **La procédure menant à l'élection des représentants des personnes accompagnées et des représentants des familles et aidants**

Lorsqu'un CVS doit être renouvelé parce que son mandat est arrivé à son terme, il est normal de procéder à son renouvellement en vertu d'un principe de conformité à la prescription réglementaire. Si, de plus, il n'est plus conforme aux évolutions réglementaires intervenues (ici le décret n°2022-688 modifiant les CVS), nous sommes face à deux prescriptions auxquelles une institution, des professionnels sous l'impulsion d'une direction doivent répondre.

Mais pour que la prescription puisse être effective, l'institution va mettre en œuvre des formes plus ou moins stabilisées et organisées de processus permettant de traduire la prescription en un objectif à atteindre. Cela va passer, ici, par la réalisation d'un premier sous-objectif simple : procéder aux élections des nouveaux membres. Rétroplanning, listings, documents d'information aux familles et résidents, appels à candidatures, feuilles de votes, dispositifs physiques ou dématérialisés de vote (urnes, enveloppes d'envois, adresse mail sécurisée), sont autant de dispositifs techniques permettant d'avancer vers la réalisation de l'objectif. Il faut y ajouter, des opérateurs qui vont assurer "l'intendance", c'est-à-dire, rédiger les documents, lettres, préparer des listes d'électeurs et de candidats autorisés à se présenter...

Tous ces éléments, dispositifs, outils sont des “opérateurs”, c’est-à-dire qu’ils vont “traduire” *in concreto* l’objectif.

A ce stade ils n’énoncent rien du pourquoi de leur action et contribution, ils *agissent*. Dit autrement, ils ne sont pas les porteurs de la visée participative de l’outil CVS.

Comme stagiaire, je me suis donc naturellement glissé dans ce processus, ma mission formelle étant bien celle-ci. J’ai donc repris ce qui s’était fait lors des précédentes élections en termes de processus, me suis entouré d’autres opérateurs (1 agent administratif du CH de S. (site A) et 2 agents administratifs du CH de C (site B)). J’ai également repris les documents, vecteurs de communication et d’information auprès des familles et résidents qui avaient été utilisés lors de précédentes élections. En somme, je me suis imprégné de ce qui avait déjà été fait.

L’agent administratif du site A m’avait été présenté “comme la mémoire du CVS”, du fait de son expérience, ayant participé à toutes les élections depuis l’origine. Les 2 agents administratifs du site B., s’en étaient remis à son “expertise”, “elle en a déjà fait, pas nous”. Lors d’une réunion préparatoire, je gardais néanmoins à l’esprit deux questionnements au regard de mon investigation sur la participation en EHPAD :

- les routines sont-elles constitutives d’une entrave à la participation des résidents et familles dans le cadre d’un CVS et, si oui, pourquoi ?
- la position d’énonciateur de ce qui “doit être”, ou dit dans des termes plus habituels de “donneur d’ordre”, de “pilote”, de “chef de projet”, qui est tenu par le stagiaire, élève-*directeur*, doit-elle se déployer sans nuance face à un professionnel (l’agent du site A) dont on dit qu’il a une “expertise” ?

Sur la base de ces deux questionnements j’ai procédé à une approche différenciée de ma mission (voir pour plus de détail - Annexe I) :

- pour le site A, j’ai laissé à la main de l’agent administratif la mise en œuvre d’appel à candidature auprès des résidents et familles, me contentant de la suivre physiquement selon les modalités de son choix (courrier d’information sur les élections et les modalités de candidatures déposées dans les chambres). Je l’ai simplement accompagnée lorsqu’elle est allée “informer” les résidents ;
- pour le site B, nous avons convenu avec les agents, d’aller à la rencontre des résidents en leur expliquant les implications de l’appel à candidature, en organisant des rencontres collectives en lien avec les animatrices sur un temps dédié (120 résidents rencontrés), en diffusant lors de ces rencontres des vidéos au format Facile A Lire et à Comprendre (FALC).

Lorsque nous avons, l'agent A du Site A et moi-même été à la rencontre des résidents pour lancer auprès d'eux les appels à candidature, j'ai laissé l'agent gérer la séquence en posant néanmoins des questions et en observant. A mon arrivée je lui ai demandé comment elle comptait procéder. Elle m'a dit qu'elle pensait qu'il ne fallait pas aller voir tous les résidents "ça ne sert à rien... Je sais que certains ne seront pas intéressés et puis... certains vont bientôt heu... partir, hein". Aussi "Je pense pas qu'on va voir ceux qui sont en UHR (Unité d'Hospitalisation Renforcée), ils sont trop diminués. On va quand même passer à l'office rencontrer l'infirmière pour qu'elle nous dise ce qu'elle en pense." Je demande alors si la cadre a donné des consignes, étant entendu que je lui avais suggéré de lui poser cette question et qu'elle était parfaitement au courant du lancement du processus. "Euh, oui... elle sait que j'ai l'habitude et m'a dit de faire comme d'habitude". Nous passons donc à l'office dans laquelle est présent également le médecin coordonnateur (un praticien hospitalier récemment arrivé en provenance d'un service de médecine du CH de S.) L'infirmière est à sa tâche, je me présente, l'agent A. lui demande qui pourrait être susceptible d'être candidat au CVS. D'un même mouvement, le médecin et l'infirmière se tournent vers le tableau d'occupation des chambres et opèrent un tri rapide nous donnant dix noms et autant de chambres. "Essayez celui-là, ça pourrait l'intéresser et il n'est pas trop désorienté, ... Cette dame, elle est toujours en fauteuil mais sa tête fonctionne bien... Lui est très intéressant, il a plein de chose à dire... Mme X., ce n'est pas la peine, elle est en fin de vie, Mme Y. a (terme diagnostique que je ne comprend pas), ce n'est pas la peine..."

L'agent A, le médecin, l'infirmière ont en quelques minutes opéré "un tri", fondé sur leur connaissance des résidents, mais aussi sur leurs catégories diagnostiques préalables (Alzheimer et autres maladies dégénératives d'une part, perte d'autonomie physique d'autre part) Ces catégories sont opérantes dans leur pratique quotidienne, elles leur permettent de faire "leur travail", i.e. de "prendre soin". Ils les ont donc mobilisées pour répondre à une commande énoncée de manière lapidaire : qui pour être présent au CVS ?

Il semble évident que la temporalité de la séquence, le côté abrupt de sa mise en œuvre (l'agent A et moi-même arrivant dans l'office), son impréparation (il ne suffit pas d'avoir fait un rétroplanning, d'avoir informé collectivement ou individuellement des professionnels du déclenchement d'une procédure d'élection à un CVS, d'avoir demandé au cadre de

préciser comment il voit les choses, ce qu'il en attend), ont lourdement contribué à limiter les chaînes d'engagements dans le processus. Les professionnels, enchâssés dans leur routine professionnelle, apportent alors une réponse *a minima*. L'objet CVS est lui-même ramené à une catégorie pertinente pour eux "le CVS c'est bien pour les résidents, ça leur permet de s'exprimer, de donner un avis (un cadre)", sans le définir au-delà, c'est-à-dire, comme un dispositif performatif visant à faire participer au sens de "prendre une part".

Ce même type de constat a pu être fait en d'autres occasions et dans d'autres EHPAD. De nombreux professionnels, directeurs notamment, notent en permanence qu'il y a une réelle difficulté à communiquer avec la PA. Sont souvent mis en avant les dégénérescences cognitives, les problématiques d'audition, les pertes de mémoires, les troubles du comportement qui "entravent" objectivement cette communication. Partant de là, la stratégie d'adaptation des directeurs et professionnels à un contexte comme un CVS consiste parfois à opérer une sorte de "pré-sélection" des résidents susceptibles de s'inscrire dans la configuration d'un cadre collectif, avec ses codes (langagiers notamment), sa temporalité et un espace géographique qu'ils investissent, à savoir la salle de réunion telle qu'elle est, parfois trop petite, trop éloignée du lieu de vie du résident et nécessitant donc des moyens logistiques et humains particuliers...<sup>11</sup>

En revanche, pour les deux procédures d'appel à candidature et d'information, j'ai élaboré un document FALC (annexe 2), remis aux résidents (en totalité sur le site B, et lors des dépôts de courriers d'information sur le site A), et envoyés à toutes familles de résidents.

Même s'il ne m'a pas été possible de mesurer objectivement l'impact de la transmission de ce documents FALC, j'ai pu noter :

- des retours positifs tant des familles que des résidents sur la compréhension que le document donnait au CVS ("C'est facile à lire", "On comprend mieux", "C'est plaisant à lire") ;
- des retours positifs des cadres et professionnels qui l'avait vu et lu ("au moins on comprend") ;

---

<sup>11</sup> De nombreux guides ou recommandations de bonnes pratiques permettent néanmoins de contourner certains des obstacles décrit. Pour une synthèse à jour à juillet 2020 et de références normatives voir [Microsoft Word - LM 20 LMC 19-2 Liste des recommandations ANESM - Juillet 2020.docx \(lmcf.fr\)](#)

Voir également, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/bien-communiquer-aines-faits-conseils-idees.html>

Pour une approche plus théorique des changements liés à l'âge dans l'utilisation du langage, voir CHARLOT V. et ali. (2002), voir également MARCHAND M. (2008), Regards sur la vieillesse

- la nécessité de compléter l’écrit, par un visuel et des explications orales auprès des résidents, ce qui a été fait lors de rencontres dans les EHPADs du Site B.

Le FALC a également été systématiquement utilisé dans les supports de présentation Powerpoint lors des réunions d’installation des CVS. Si sur le principe, le directeur présent convenait que cette forme simple, voire épurée d’informer et communiquer auprès des membres se justifiait, il m’a été aussi remonté que “des informations manquaient” notamment parce que les “slides” ne rentraient pas dans le détail de toutes les missions du CVS, par exemple (retranscription exhaustive dans le slide de l’art. L311-15 du CASF relatif aux attributions du CVS) ou encore ne reprenait pas, dans toute sa rigueur les modalités de remplacements en cas de carence. L’impression qui s’imposait alors, c’est qu’en me signifiant cela, le directeur signifiait également que je m’éloignais du rôle d’énonciateur du droit, qui peut être vu aussi comme un élément de légitimité d’un directeur vis à vis des usagers, familles, professionnels, voire élus qui peuvent participer à un CVS.

Pour mesurer les effets respectifs de chacune de ces approches, j’ai retenu des indicateurs simples :

- nombre de candidats déclarés (résidents et familles) rapporté au même indicateur lors des élections précédentes,
- nombre de votants (résidents et familles) rapporté au même indicateur lors des élections précédentes.

Les résultats sont les suivants (sachant que le nombre de résidents et familles est resté stables sur les 2 périodes et ne comportent donc pas de biais de ce point de vue) :

<b>Catégorie candidat</b>	<b>Site A – Nb 2024/2021</b>	<b>Site B – Nb 2024/2021</b>
Candidats résidents	12 / 9 (+ 3)	25/6 (+ 19)
Candidats Familles	3 / 9 (- 6)	8 / 2 (+ 6)
<b>Catégorie votant</b>	<b>Site A – Nb 2024/2021</b>	<b>Site B – Nb 2024/2021</b>
Votants résidents	29 / 24 (- 5)	120 / 48 (+ 72)
Votants familles	15 / 15 (iso)	30 / 42 (- 12)

Au vu des résultats, il semblerait :

- (1) que l’implication, y compris physique/présentielle, auprès des résidents, combinée à un mode de communication adapté et l’utilisation de dispositifs d’énoncé/communication souples, délestées d’une approche trop administrative produisent des effets positifs sur la participation des résidents. Ce constat vaut

autant pour la question de la volonté d'implication à avoir un rôle au sein de l'instance, que dans l'implication à exercer sa citoyenneté par le vote,

(2) que le maintien d'une pratique "routinière" (site A) dans le processus emporte comme conséquence soit le retrait dans l'engagement, soit son maintien à un niveau peu satisfaisant,

(3) que le coût en temps et investissement par les acteurs institutionnels dans une approche plus agile, ne dépend pas spécifiquement de contraintes temporelles ou d'une supposée compréhension des enjeux de la participation, ni même d'un coût cognitif ou de formation préalable mais, plus sûrement d'un défaut de figure énonciative (le directeur, le cadre...). Cette absence a pour conséquence de "livrer" en quelque sorte l'opérateur à ses routines et de ce fait laisser l'utilisateur à une place sous le poids de cette routine.

Les outils jouent évidemment un rôle (l'outil procédure administrative (courriers normés, langage technocratique porté par le langage du droit), mais en réalité, ils ne semblent pas être en eux-mêmes les facteurs essentiels de mise à distance de la figure de la participation. En revanche, ils sont bien les marqueurs d'un référentiel, pour reprendre les catégories étudiées dans le chapitre précédent. Le courrier administratif et son métalangage juridique, la communication descendante, la division des rôles sur des bases hiérarchisées, fondée sur une "expertise" revendiquée, sont les véhicules du référentiel prescriptif propre aux années 70 (la cité civique de BOLTANSKI et ali.), là où des énoncés souples, une mise en réseau d'acteurs, les logiques de "connexions", s'inscrivent bien dans le référentiel actuel, pour peu qu'elles soient comprises et appropriées comme constitutives d'une pratique professionnelle.

### **Analyse du fonctionnement des CVS avant mon arrivée au prisme des comptes rendus des années 2019 à 2023**

11 comptes rendus des CVS des années 2019, 2022 et 2023 ont été étudiés. Les années 2020-21 ayant été des années vierges du fait de la crise du COVID.

Trois constats récurrents s'imposaient à la lecture des ordres du jour et des comptes rendus des débats :

1. **Une prédominance forte des questions hôtelières** et, singulièrement celles relatives à la restauration. En soi, ce point est conforme aux pratiques routinières de fonctionnement d'un CVS, à savoir qu'en EHPAD la question de la participation s'est avant tout mise en œuvre au cours de son histoire récente via les questions relatives à

la prestation restauration (commission des menus, premières enquêtes de satisfaction portant sur ce thème (tout comme dans les hôpitaux à la fin des années 90). Sur ces questions, les comptes rendus montrent des prises de paroles et questions multiples de la part des familles principalement, attestant d'une forme de participation ou, en tout cas d'implication.

- 2. Un tropisme important autour des thématiques relatives à la qualité et à la gestion des risques**, par la communication d'informations sur les résultats (toujours quantifiés) autour des enquêtes de satisfaction et des événements indésirables et enfin, du traitement par la direction des plaintes et réclamations. Les débats jusqu'au deuxième compte-rendu de l'année 2022, qui marque une inflexion sur laquelle je vais revenir, sont exclusivement alimentés par les professionnels (cadres soignants, qualitatifs et directeurs). Je n'ai par exemple noté aucun verbatim porté par un usager ou un représentant des familles, ni par un médecin. Le terme participation n'apparaît jamais, celui de citoyenneté pas davantage.

A partir de 2022 les questions relatives à la participation sont, incidemment, mises à l'ordre du jour. Leur entrée se fait par la mise au calendrier de l'évaluation externe, comme nouveau programme de travail. Le livret d'accueil, le projet d'accompagnement personnalisé, le contrat de séjour par exemple, apparaissent (réapparaissent ?) à partir de 2022, en lien avec la procédure d'évaluation externe, sous le prisme de la démarche qualité, mais toujours pas sous celui de la participation. Elles s'énoncent comme des impératifs institutionnels, engageant des techniques de mise en œuvre, des programmes de formation, des calendriers...

Il n'y a pas à s'étonner que les deux établissements sièges des CVS investigués, aient porté en instance la question de l'évaluation externe. L'entrée par la procédure d'évaluation est, de ce point de vue pertinente. Pour autant, elle tend à induire une mise à distance de la question centrale de la participation et de son effectivité. En entrant par "l'outil" évaluation, le locuteur empêche en quelque sorte à l'auditeur de percevoir distinctement l'enjeu sous-jacent de la participation. L'évaluation externe, est en réalité plus un dispositif proactif (c'est-à-dire visant à prendre en main sa responsabilité) permettant de faire un diagnostic de l'état des lieux et d'agir *sur* et à *partir de* cet état des lieux, qu'un outil prescriptif.

La démarche qualité et ses porteurs (la directrice qualité et gestion des risques, les techniciens qualités) donnait en quelque sorte la couleur générale des préoccupations méritant d'être rendues visibles au regard des membres des différents CVS. L'appareillage était constitué des "outils" de la qualité, tableaux, indicateurs, plans d'actions...

Il y a eu donc une première inflexion due à l'introduction de la problématique d'évaluation externe par rapport aux années précédentes, mais une nouvelle situation a renforcé cette inflexion. En effet, une nouvelle directrice déléguée aux EHPAD et à la filière gériatrique, venait de prendre ses fonctions. Issue du monde des DESSMS, elle a en quelque sorte cherché à "imprimer sa marque" sur le fonctionnement des CVS, pilotant leur conduite, distribuant la parole non seulement entre les experts et techniciens mais en direction des représentants des familles. L'affirmation des "valeurs" faisait désormais partie de quelques *verbatim*s. Significativement, les débats autour de l'évaluation externe, s'ils conservaient leur couleur techniciste par la description détaillée de la démarche et l'usage de son métalangage (accompagné traceur, référentiel, évaluation, étape et processus, objectifs...), a néanmoins largement fait l'objet de prises de paroles, voire de positions de la part des représentants des familles. Parler d'évaluation externe, en reprenant les termes de la Haute Autorité en Santé (HAS), c'est aussi utiliser une langue véhiculaire commune, à travers des mots comme la personne, le professionnel, le respect, l'entretien (avec la personne qui exprime sa perception (des choses)<sup>12</sup>, la participation...

- 3. Une dilution de la possibilité même de la participation dans le nombre.** En effet, une soixantaine d'invités étaient systématiquement conviés à chacune des réunions. On y comptait nombres d'élus des collectivités ou les représentants des conseils de surveillance, l'intégralité de l'équipe de direction commune et leurs adjoints, de nombreux professionnels soignants, médecins, hygiénistes, qualitiens, responsables techniques et logistiques, psychologues, animatrices, tous les cadres, les représentants des personnes accompagnées et les représentants des familles ainsi que le mandataire judiciaire. Autant dire que les résidents et leurs familles, bien que nantis de leur droit de vote ne pouvaient être que minoritaires. Les listes de mailing jouaient certes à plein, permettant aux agents en charge de lancer les invitations d'activer leurs routines, mais l'effet apparaît clairement contre-productif.

Un CVS est un espace d'engagements d'acteurs dont nous avons déjà pu esquisser qu'ils n'investissent pas de manière homogène l'objet CVS. Une direction de la qualité, avec son tropisme sanitaire, va activer celui-ci comme un élément de son programme procédural de travail. Une directrice issue d'une culture médico-sociale, va y voir un espace de conciliation d'acteurs hétérogènes (professionnels et familles essentiellement) en vue de porter les valeurs de l'accompagnement, par exemple. Le professionnel va parfois investir cet espace en vue de faire passer des "messages" sur

---

<sup>12</sup> HAS, référentiel Démarche d'évaluation de la qualité des ESSMS [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_essms.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)

ses difficultés (pas assez de matériel, une pression par les coûts de production alimentaire) ... Bref, dans des termes crozérien, le CVS est un espace dans lequel s'élaborent des stratégies d'acteurs.

Multiplier le nombre d'invités, revient alors à multiplier aussi les enjeux de pouvoir et éloigner ainsi toute tentative d'entre-définition (cf. mon propos au point 1.2. (A) sur les dispositifs d'intéressements que sont les outils de la loi n°2002-2) et donc éloigner un peu plus le collectif en train de se faire dans les valeurs de la participation. La logique connexionniste a parfois aussi ses limites. Je renvoie ici aussi à un des objectifs de la réforme des CVS de 2022 visant notamment et également à rendre plus stable son fonctionnement.

Finalement, dans la configuration décrite que peut-il advenir ? Soit une forme de politique de la chaise vide pour certains ("de toute manière à quoi bon, je ne suis pas écoutée" (une animatrice), soit une espèce de ritualisation du temps CVS, soit une espèce d'entre-soi plus ou moins stable dans lequel il est difficile d'identifier la figure de la personne accompagnée.

## **B) La participation : une épreuve d'engagements des usagers et des familles**

L'installation des CVS a constitué le second temps de l'investigation de terrain. Était visée ici la manière dont, les usagers et les familles, ayant préalablement donnés ou non une preuve de leur engagement dans la participation et l'exercice de la citoyenneté (cf, l'épreuve du vote) comme une manière de "prendre part" au sens où l'entend J. ZASK, allaient pouvoir participer au sens "d'apporter leur part".

Installer un CVS s'est :

- avoir préalablement procédé aux dépouillements des votes désignant les personnes élues,
- préparer un OJ ;
- convoquer des membres ;
- procéder à l'énoncé des résultats en séance et faire valider par les membres élus les résultats des votes ;
- officialiser ce résultat et cette validation par une décision du directeur la composition du CVS, puis envoyer cette décision aux autorités ARS et Conseil Départemental,
- élire un président et un vice-président,
- faire valider le projet de règlement de fonctionnement.

Je profitais donc de ces opérations pour tenter d'aller plus loin dans ma compréhension de la participation dans un CVS et de ses éventuels freins. Les questionnements que j'avais pu me faire peuvent se résumer en ces termes :

- l'occupation d'un espace, la salle de réunion, informe-t-elle sur les rapports entre les acteurs présents et si oui que dit-elle ?
- la question de l'attribution de la présidence à une personne accompagnée (PA) est-elle un problème, sachant que lors des précédentes élections le choix avait été systématiquement fait de confier celle-ci à un représentant des familles et, si oui, que pose-t-elle comme problème ?

### **L'occupation de l'espace salle de réunion - l'espace comme dispositif et contre-dispositif et ses conséquences**

Les observations que j'ai pu faire sont les suivantes :

- quel que soit l'établissement (Site A, B et EHPAD autonome), systématiquement le directeur (et son stagiaire) occupait l'espace en bout de table face à l'entrée et arrivaient les premiers,
- Sur le site A, les autres membres s'installaient librement, avec une préférence pour les représentants des familles à s'asseoir auprès de leur parent lorsque ces derniers étaient également élus,
- les soignants présents, cadre, infirmière ou aide-soignant, s'installaient systématiquement au côté d'une personne accompagnée et ce, quel que soit le site,
- les représentants des familles du site B s'installaient *face* aux représentants des personnes accompagnées mais jamais à côté,
- les représentants des personnes accompagnées mobiles ne semblaient pas avoir de choix préférentiel,
- les professionnels soignants s'installaient à distance de la direction.

Sur le site A, les représentants des familles étaient novices pour deux d'entre eux sur les trois. Sur le site B les deux titulaires aux élections précédentes avaient été réélus pour les présentes. Ils ont investi l'espace à leur habitude, se calant certainement aussi sur la position occupée par la direction.

Force est de constater que c'est dans cette configuration que les familles ont été le plus actives, intervenant fréquemment mais surtout, n'écoutant pas les PA et les interrompant fréquemment lorsqu'elles prenaient la parole. Les professionnels placés à côté, dans une posture de réel accompagnement, étaient donc amenés à faire d'incessantes apartés avec

eux, afin de leur permettre de suivre le fil des discussions. J'ai pu observer le même mécanisme dans l'EHPAD autonome.

Sur le site A, pour lequel on aurait pu imaginer que la parole se distribuait mal (peu de candidats PA), au contraire, la parole circulait de manière fluide entre famille, PA et direction. Les professionnels intervenaient peu, y compris le cadre. Le sentiment qui dominait était celui d'un espace ouvert, libre, parfois de manière surprenante. Par exemple un soignant, bien qu'arrivé en retard, a investi la réunion comme il aurait investi n'importe quel espace de l'EHPAD, ôtant du même coup le caractère solennel à la séance. Il a notamment interpellée de manière quasi-familière la directrice, soulevant ainsi des rires et de la bonne humeur. Peut-on dire, que par là-même il a décontextualisé le dispositif et proposé un contre-dispositif au sens où l'entend NICOLAS-LE STRAAT ? Ce faisant, dans une configuration spatiale relativement souple, parce qu'assignant les places et donc les rôles de manière souple, les effets sur les objectifs poursuivis en réunion ont été facilement atteints. La question de la Présidence, particulièrement, dont nous étions convenus avec la directrice de la faire confier à une PA a pu être réglée en ce sens. Pourtant, je l'ai déjà dit, elle n'allait pas de soi, tant chez les soignants ("ça pose des problèmes de capacité, ça prend du temps, de l'énergie qu'ils n'ont plus" (verbatim entendus), ou encore, "c'est compliqué de confier la présidence à un résident, c'est un pari compte tenu de leur âge et de la durée du mandat" - la directrice de l'EHPAD autonome qui n'a pourtant aucunement hésité à dire le droit en l'espèce et dont la présidente de CVS est une PA). Sur le site A amené à s'entendre sur un nom, les représentants des PA ont d'abord fait valoir que la personne à laquelle elles avaient pensé n'était malheureusement pas disposée à endosser le rôle. Ils avaient donc, préalablement à la réunion réfléchi entre eux à la question. Il y a eu un long moment de flottement, durant lequel seuls la directrice et le stagiaire sont intervenus pour "pousser" à une solution conforme aux principes du droit. Une PA s'est finalement déclarée, avec enthousiasme et sa candidature a été retenue par ses pairs.

L'introduction par la soignante d'un contre-dispositif ou, dit autrement l'intrusion de la vie réelle dans la salle de réunion a, à mon sens largement contribué à faire émerger une réalité qui semblait *a priori* problématique.

En regard, la question de la présidence sur le site B s'est révélée épineuse. Les mêmes principes de droit ont été énoncés (la présidence doit échoir à une PA) mais n'a pas produit les mêmes effets. L'ont emporté dans cette configuration la parole des familles contestant la pertinence d'une présidence confiée à une PA. Leurs arguments étaient ceux déjà évoqués dans les *verbatim* qui précèdent. Ils n'étaient ni plus ni moins valables. Ce qui a vraisemblablement emporté la différence, c'est que :

- les familles jouaient déjà un rôle qui préexistait à la situation (elles avaient déjà été élues),
- leur positionnement dans le dispositif salle de réunion était le marqueur d'une position de surplomb par rapport à leur parents (les PA), ce que confirmait les multiples difficultés qu'avaient ces derniers à faire entendre leur parole,
- la directrice n'a pas poussé la solution d'une présidence assurée par une PA, ne souhaitant pas prendre le risque d'altérer sa relation avec les représentants des familles présents dont elles disaient qu'elles étaient des alliées ("Mme T., présidente, est quelqu'un de très bien, très investie, avec laquelle je peux construire des choses. C'est un vrai allié" - la directrice),
- les soignants présents sont restés les "accompagnateurs" de la personne âgée, lestée de ces incapacités et maladies, troubles de la parole, de l'audition, et ayant comme effet non voulu de mettre à distance ladite PA en tant que citoyenne. Le soignant, dans cette posture ne peut que chercher à compenser par sa présence le poids des incapacités de la PA.





## **En guise de conclusion : quelques enseignements à tirer dans une future pratique de directeur**

Le rôle d'un futur dirigeant d'ESMS public est de faire vivre et mettre en œuvre les politiques publiques. Il se doit à cette mission certes parce que la loi le prescrit, parce que son statut de fonctionnaire l'y oblige mais aussi parce qu'il croit en ce qu'il fait.

Le mémoire de fin de formation de DESSMS est un jalon important dans le processus continu d'acculturation au métier.

Le premier point qui semble essentiel c'est que **ce n'est pas l'outil qui fait le directeur**. Dans le référentiel global dans le lequel s'inscrit l'action publique et donc le directeur (cf. MULLER), l'outil est devenu une espèce de porte d'entrée quasi-totémique dans le métier. On manage par les outils (ceux de la loi 2002-2, ceux de l'évaluation externe, les outils-projet, etc). Le réel de la pratique du directeur est bien là. Pour autant, l'outil ne révèle qu'une partie de ce réel et c'est ce que j'ai cherché tout au long de ces lignes à montrer. Notre pratique est enchâssée aujourd'hui dans les outils, il faut donc être pragmatique de ce point de vue là. Rejeter l'outil c'est sans doute en manquer. Mais l'utiliser ce n'est pas réduire la réalité à ces outils. Nous portons des valeurs, des convictions, des désirs que l'outil seul ne permet d'activer, malgré toute sa portée performative.

Et pourtant l'outil est là et il dit des choses. Les outils de la loi 2002-2 disent par exemple énormément de choses sur l'idéal de participation et les écueils à sa mise en œuvre. Entendu ainsi, l'outil acquiert une nouvelle dimension, il devient concrètement un opérateur d'action, ce qui lui permet de prendre sa place dans une pratique et non plus d'être le seul marqueur d'une pratique. Si nous oublions de situer l'outil dans le cadre dans lequel il s'inscrit, dit autrement, si nous considérons qu'il existe *ex nihilo*, alors notre rôle d'énonciateur de ce qui doit être (faire participer, garantir les libertés, la dignité, l'autonomie, etc) est voué à l'échec et se heurtera toujours à des résistances (au changement).

Un exemple concret est tiré de ma dernière expérience de stage dans l'EHPAD autonome de Noues de Sienne. J'y suis arrivé au moment où la directrice était dans la phase contradictoire du contrôle sur pièce. Le contrôle sur pièces, tout comme d'ailleurs d'une autre manière l'évaluation externe sont des outils des politiques publiques. Si on en reste là on peut être amené à se lamenter, déplorer de ce qu'ils nécessitent de produire et faire produire aux collaborateurs et agents qui nous entourent quantités de pièces, documents et autres éléments de preuve d'une pratique. Poursuivant, le directeur constatera

invariablement qu'il ne dispose pas de tous les documents demandés, qu'il ne répond pas dans toute leur rigueur aux exigences législatives et réglementaires.

La directrice qui m'a accueillie en stage, n'a pas procédé ainsi. Elle s'est saisie de cette contrainte (le contrôle sur pièces), pour avancer et faire avancer l'institution qu'elle dirige, dans une logique simple d'amélioration des pratiques. La *traduction* qu'elle a faite de l'injonction à dire et écrire ce que fait l'établissement qu'elle dirige, c'est qu'il lui fallait organiser une véritable politique qualité et gestion des risques passant par une gestion documentaire, une politique de gestion des événements indésirables, la mise à jour des outils de loi 2002-2, etc...

En opérant ces opérations de traductions d'une *injonction à faire* en programme d'action, elle s'est ainsi ouverte de nouvelles voies destinées à rendre opérationnelles, sur le terrain, les ambitions portées par les politiques publiques.

L'outil ici n'est plus une finalité mais redevient un moyen de poursuivre ou initier une stratégie d'action, engageant l'institution. **La contrainte initiale** devient une **ressource**.

On peut considérer qu'il s'agit aussi ici d'**adaptabilité** (encore un terme du référentiel actuel). Oui, si l'on comprend là aussi que l'adaptation n'est pas une fin en soi mais un moyen et qu'elle n'est pas synonyme de *se plier à*.

Prenons l'exemple de la séquence décrite à l'occasion de la désignation d'un président de CVS parmi ces pairs dans l'EHPAD du site A. Il s'agit d'une formidable adaptation collective aux dissonances, empêchements supposés ou réels (des usagers, des professionnels), intrusion de contre-dispositif (la soignante qui arrive en retard et bouscule par sa façon d'être les règles implicites d'une instance). **S'adapter**, devient alors **une compétence sociale** et non plus une exigence extérieure à la personne.

S'adapter c'est aussi entrer dans les logiques des autres, avoir la capacité d'exercer une **polyvalence sociale**. Celle-ci s'acquiert sur le long terme, en se confrontant aux autres acteurs, en comprenant leurs logiques d'actions. Cette polyvalence sociale est d'autant plus nécessaire dans un monde complexe, où les interactions sont multiples, où les chaînes d'engagements réciproques peuvent se démultiplier à l'infini, où les catégories anciennes même si elles perdurent tendent à s'effacer, à céder une partie de la place qu'elles occupaient. Le syndicaliste, le soignant, le cadre, le directeur, coexistent aujourd'hui avec de nouvelles figures, le public et le privé, l'élu, le territoire et ceux qui l'occupe, le coordinateur en santé, le chargé de missions, la patient-expert, l'aidant-aidé et demain ou déjà en germes, l'aidé-aidant, le citoyen, le parent-expert...

A titre de contre-exemple, on peut se référer aux difficultés qu'il y a eu à faire adhérer les représentants des familles du Site B à la désignation d'un président au sein du collège des PA. Dans cette configuration, je n'avais pas compris en tant que pilote de la réunion, qu'il existait préalablement à la réunion des briques d'entredéfinition entre la directrice et les représentants des familles. Je n'avais pas suffisamment entendu et compris que l'enjeu premier pour la directrice était de garder les "alliés" dont elle disposait à travers eux. Fort heureusement, la solution est venue des familles elles-mêmes qui ont proposé le principe d'une "coprésidence".

Cet exemple amène à une autre remarque : il faut postuler l'**intelligence situationnelle** chez les autres, ce qui veut dire que l'on accorde une certaine confiance à l'autre (l'ARS, le Cadre, le Collègue, ...), que celui-ci est toujours susceptible de nous aider à agir et trouver des solutions allant dans le sens d'un "intérêt général".

Enfin, je terminerai par un dernier enseignement : l'acte de **management** doit être **situationnel**. On manage en situation, en s'adaptant, en se reposant sur des outils bien compris par soi et les autres, en entremêlant des dispositifs et des acteurs, en en excluant d'autres, en fonction de la situation, de l'écosystème dans lequel on se situe. Ceci renvoie à une série d'arbitrages entre ce qui est possible, souhaitable, atteignable ou inatteignable.

Agir de cette manière nécessite donc une dernière qualité : l'**humilité**. Humilité sur soi, humilité par rapport à nos réussites et nos échecs.

Tous ces jalons sont un programme en soi, dont la réussite ne sera jamais assurée et l'échec jamais définitif.



---

## Bibliographie

---

ABRAHAM Y-M & SARDAIS C. (2008), Pour une autre théorie de la décision ; retour sur la faillite de la banque Barings, *Annales des Mines*, 2008/2, n°92, p. 4 à 22

AMBROISE B. (2015). La philosophie du langage de J. L. Austin: ce que la parole fait. *Philopsis*, 2015. halshs-01246820. Consulté le 04/05/2024 à 13h25

AMYOT J-J. & ARCHAMBAULT H. (2018), Débat autour de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti®, *Gérontologie et société*, 2008/3, vol. 31, n°126, p. 178 à 187.

CALLON M. (1986), Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins dans la baie de Saint-Brieuc, *L'année sociologique*, n°36, p. 170 à 208.

CORON G (2017)., « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, 2017/1-2 (n° 91-92), p. 213-235. DOI : 10.3917/rcli.091.0213. URL : <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2017-1-page-213.htm>

DEMOUSTIER S. & PRIOU J., (2013), Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après, *Contraste* 2013/1 (N° 37) 2013/1 (N° 37), pages 73 à 92

DEMOUSTIER S. & PRIOU J., (2019), Chapitre 3 : Les grandes lois structurant le secteur, in *Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2019, p. 15 à 27 pages 73 à 92

EBERSOLD S. (2006), L'ambition participative ou l'invisibilisation sociale, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n°34, 2006/2, p. 61 à 70

EBERSOLD S. (2013), Famille, handicap et citoyenneté : de l'injonction à la parité de participation, *Contraste*, n°37, 2013/1, p. 93 à 108

LOUBAT J-R., (2002), Rénovation de la loi de 1975 et relation de service, *EMPAN*, 2202/1, n°45, p. 47 à 56.

NICOLAS LE STRAT P. (2020), [Dispositif - Pascal NICOLAS-LE STRAT \(pnls.fr\)](#), dernière consultation le 30/07/24 à 23h12

ISRAEL L. (2012), Conseils de sociologues. Bruno Latour et Dominique Schnapper face au droit, *Genèse* 2012/2, 36, pages 136-152, <https://www.cairn.info/revue-geneses-2012-2-page-136.htm>, consulté le 30/06/2024

MARCHAND M. (2008), Regards sur la vieillesse, *Le journal des psychologues*, 2008/4, n°256. p. 22 à 27.

PREVOT J. & WEBER A. (2009). Participation et choix des personnes âgées vivant en institution. *Retraite et société*, 59, p. 181 à 193.

ÉLOI M. & MARTIN P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, p. 21 à 40.

HERREROS G. (2017), préface au livre "La novlangue managériale : emprise et résistance", Agnès Vandevælde-Rougal, ERES, 2017, p.9, 216 pages

SCHNAPPER D. (2011), L'expérience-enquête au conseil constitutionnel : réflexion sur la méthode", *Sociologie*, n°3, vol.2, 2011

PEIRERA I. (2015), L'expérimentation en immersion : une méthode d'enquête ethnographique pragmatiste, *Revue des sciences sociales*, n°54, 2015, p.148 à 155, <https://journals.openedition.org/revss/2418>, consulté le 03/10/2023 à 14h35

PENY B. (2006), L'accompagnement dans la loi : entre rupture et continuité, *Contraste*, 2006/1, n°24, p. 155 à 164.

RAFFNSOE S. (2008), Qu'est-ce qu'un dispositif ? L'analytique social de M. FOUCAULT, 2008, <https://www.researchgate.net/publication/40745059>, consulté le 03/10/2023 à 20h07

JAEGER M. (2013), La participation : un principe, des pratiques, *Connexions* n°118, 2013/1, p. 17 à 32

JAEGER M. (2017), Les nouvelles formes de participation des personnes accompagnées dans les instances de gouvernance et dans les formations, *Vie Sociale* n°19, 2017/3, p. 13 à 25

FOUCAULT, M. (1977), Le jeu de Michel Foucault (entretien avec D. Colas, A. Grosrichard, G. Le Gaufey, J. Livi, G. Miller, J. Miller, J.-A. Miller, C. Millot, G. Wajeman), *Ornicar ?*, *Bulletin Périodique du champ freudien*, no 10, juillet 1977, pp. 62-93.

MULLER P., (2010), Référentiel, in *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de sciences po, 3ème édition (2010), sous la direction de BOUSSAGUET L. & ali., 776 pages, p. 555 à 562.

RUI S. (2018), « Acteur », *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 24 août 2020, consulté le 26 août 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/7693> consulté le 26 août 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/7693>

## Ouvrages

BAUDURET J-F, (2017), *De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, dunod, 2017, 348 pages

BOLTANSKI L. & THEVENOT L., *De la justification. Les économie de la grandeur*, Gallimard, 1991. 483 pages

BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., Le nouvel esprit du capitalisme, Gallimard, 1999. 777 pages

FENOUILLET F., Les théories de la motivation, Dunod, 336 pages.

GOFFMAN E. (1975 pour la traduction française), Stigmates. Les usages sociaux des handicaps, Editions de minuit, coll. Le sens commun, 180 pages

LATOURET B. (2002). La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'État. Paris, La Découverte (Armillaire)

MARCH J., (1988), Décisions et organisations, Editions d'organisation, 1991, 275 pages.

MULLER P. (1990) Les politiques publiques, PUF, collection Que sais-je ?, 1ère éd. 1990, 128 pages.

SCHNAPPER D. (2010). "Une sociologue au Conseil Constitutionnel", Paris, Gallimard, 2010, 464 pages

SOUPIOT A. (2015), La gouvernance par les nombres : cours au Collège de France (2012\_2014, Fayard, 512 pages.

ZASK J. (2011), Participer, Essai sur les formes démocratiques de la participation, Lomront, Le bord de l'eau, 2011, 328 pages.

#### **Guide :**

Agence de la santé publique du Canada, Pour bien communiquer avec les aînés : faits, conseils et idées. 2010. [Pour bien communiquer avec les aînés : Faits, conseils et idées - Canada.ca](#)

HAS, référentiel Démarche d'évaluation de la qualité des ESSMS [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_essms.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)



---

## Liste des annexes

---



Sites	Type de site	Nb places	Etape du processus	Constat préalable	Méthodologie	Objectifs poursuivis par le stagiaire	Indicateur	Résultats 2024	Rappel 2021
A	EHPAD Rattaché	60	Préparation élection avec agents administratifs et animatrices	Préparation commune aux 2 sites (cf. direction commune). L'agent administratif du site A est aguerri aux élections. Sur la base des élections précédentes, les agents des 2 sites ont préparé les projets de courriers d'appel à candidature, les courriers de vote des représentants, les listes des résidents et familles.	Réunion avec les 3 agents administratifs des EHPAD A et B. Définition du calendrier et définition des modalités d'appel à candidature. Pilotage par le stagiaire (définition du rétroplanning, lecture et adaptation des courriers, préparation d'un FALC sur les élections du CVS à destination des résidents et des aidants, suivi de l'avancée de la campagne des élections, du calendrier de mise en oeuvre)	Introduire des modes de communications et d'informations nouveaux (utilisation du FALC). Les courriers administratifs habituels d'information/consignes sont maintenus, uniquement pour les aidants. Il s'agit ici de tester les effets des outils sur la participation.	Tx de retour de candidature	12 candidats résidents, 3 candidats familles 25 candidats résidents, 8 candidats familles	9 candidats résidents, 9 candidats familles 6 candidats résidents, 2 candidats familles
B	EHPAD Rattaché	209	Préparation élection avec agents administratifs et animatrices		Laisse à la main de l'agent administratif ayant déjà réalisé une opération d'élection CVS. Stagiaire vient en appui.	Tester la pertinence de la procédure habituelle d'appel à candidature, observer les "routines" des agents et leurs effets sur le nombre de candidats résidents déclarés. Observations : nous nous sommes tout d'abord rendus à l'office infirmier. L'agent d'accueil m'a dit vouloir demander aux IDE quels seraient les résidents susceptibles d'être représentants au CVS. "Vous comprenez, tout le monde ne peut pas participer, certains ont trop de troubles cognitifs, d'autres risquent de ne rester..." (entendez : de mourir avant la fin de mandat). L'IDE présente est interrogée en ce sens, le médecin gériatre est présent dans l'office à ce moment. Ils s'orientent vers le tableau d'occupation des chambres, nous livre une dizaine de noms qui selon eux sont aptes à être membres du CVS. La séquence aura durée 2 mn. Nous nous rendons dans chaque chambre. J'observe l'agent expliquer à chacun que "Ça serait bien qu'il fasse parti du CVS", sans s'assurer que le terme même soit compris. La voix est forte, les indications sont lapidaires. Nous faisons ainsi 2 Chambres. Au sortir de la seconde, je vois une résidente dans un couloir assise et décide de l'aborder. Nous discutons de tout et de rien, puis je lui parle du conseil de la vie sociale et de ce à quoi il sert. Je rebondi sur ses propos antérieurs, sur son ennui, le fait que telle chose ne lui convient pas, qu'elle voudrait que les "filles" soient plus attentives, "mais bon, on voit bien qu'elles ont pas le temps". Je lui dit alors que tout ce qu'elle me dit elle pourrait en parler dans cette "réunion" qu'est le CVS. Elle accepte de se porter candidate. Nous reprenez notre "tournee", je choisis à nouveau de nous réintroduire auprès d'un résident par une simple conversation de courtoisie. Le Résident, à l'issue de cet échange finit par trouver que le CVS "C'est bien" et se porte également candidat. Pour les chambres suivantes, je laisse à nouveau l'agent d'accueil prendre la main. Ses propos avec les résidents sont moins didactiques et informatifs que précédemment, elle prend le temps d'échanger, de dire au résident "qu'il a le temps de réfléchir, que s'il veut elle peut écrire son Nom sur le bordereau, qu'elle repassera.	Nb de candidats déclarés	CH A : 3 résidents déclarés en plus/2021 pour et 6 candidats familles en moins/2021. CH B : 19 candidats résidents en plus/2021 et 4 candidats familles en plus	
A	EHPAD Rattaché	60	Processus d'appel candidature résident	La procédure d'appel à candidature depuis 2016 et à chaque élections est organisée selon les mêmes principes : un courrier d'information à caractère administratif et formel d'information aux résidents auquel est annexé un bordereau de candidature à remplir par le résident candidat et à signer. Le courrier est remis en main propre en faisant "le tour" des résidents		Tester la pertinence d'une approche "individualisée", reposant sur des outils de communication et d'information de type FALC (support audiotif et visuel avec la vidéo → le document FALC remis en amont et redonné en séances). L'organisation dans les espaces familiaux, usuels (parfois la chambre, le plus souvent les salles d'animation) ("Nous sommes venus chez eux"). Partir de 2 postulats de base : les résidents sont en capacité de comprendre et s'approprier les logiques de représentation et de participation par l'utilisation d'analogies contextuelles (vous êtes chez vous et chez vous, vous ne vous levez pas forcément tous les jours à la même heure, chez vous quand quelque chose est cassé vous cherchez à le faire réparer, chez vous, si vous voulez aller à la mer plutôt qu'à la montagne pour vous promener, vous décidez de ce qui vous convient le plus, chez vous si vous souhaitez une véranda, vous regardez quel type de véranda, à quel endroit, si vous avez les moyens de vous l'offrir, vous faites venir un artisan, discutez avec lui de ce que vous souhaitez...), par l'utilisation d'un langage simple, par l'attention portée aux réactions non-verbales et l'écoute de la parole, par l'utilisation de l'expérience des résidents ayant déjà été représentant de CVS lorsqu'ils étaient identifiés... Second postulat : les agents et animatrices peuvent être également par la démonstration s'acquitter de méthodes individualisées et adaptées de communication.	Nb de candidats déclarés 2024/élection précédentes	idem item précédent	
B	EHPAD Rattaché	209	Processus d'appel candidature résident		Ala main du stagiaire. Agents administratifs et animatrices viennent en appui logistique (cf. organisation des rencontres avec des résidents sur les 4 EHPAD, diffusion d'une vidéo ABS sur le CVS au format FALC, échanges en cours de présentation...). Le choix des supports a été fait en lien avec l'agent administratif d'accueil des 4 EHPAD qui a été associé à la campagne de mobilisation des résidents et a participé activement aux présentations et aux échanges	Tester la pertinence de la procédure habituelle d'appel à candidature, observer les "routines" des et leurs effets sur le nombre de candidats aidants déclarés		idem items précédents	
A	EHPAD Rattaché	60	Processus d'appel candidature famille/aidants	La procédure d'appel à candidature depuis 2016 et à chaque élections est organisée selon les mêmes principes : un courrier d'information à caractère administratif et formel d'information à l'aidant candidat auquel est annexé un bordereau de candidature à remplir par le candidat et à signer. Le courrier est renvoyé par courrier et le retour est demandé soit par courrier soit par mail, "tour" des résidents	Reprise des modalités déjà existantes : envoi d'un courrier explicatif avec bordereau de candidature et retour soit par mail, soit par courrier, soit auprès de l'agent administratif d'accueil				
B	EHPAD Rattaché	209	Processus d'appel candidature famille/aidants		Reprise des modalités déjà existantes : envoi d'un courrier explicatif avec bordereau de candidature et retour soit par mail, soit par courrier, soit auprès de l'agent administratif d'accueil				

Sites	Type de site	Nb places	Etape du processus	Constat préalable	Méthodologie	Objectifs poursuivis par le stagiaire	Indicateur	Résultats 2024	Rappel 2021
A	EHPAD Retaché	60	Processus de vote des représentants des résidents	La procédure de vote depuis 2016 et à chaque élection est organisée selon le même principe. Une lettre d'information et de consigne de vote est remise en main propre au résident muni d'un bordereau de vote. L'agent d'accueil fait "le tour" des chambres et collige directement ou à distance du vote le bordereau et le met sous enveloppe.	Bulletin de vote remis à chaque résident par l'agent administratif avec enveloppe	Tester la pertinence des "routines", ici une mobilisation à minima de l'agent, qui ne mobilise pas les autres professionnels, mais se rend dans les chambres, dépose le bulletin de vote si le résident n'y a rien, le lui remet s'il y est, donne quelques consignes de base sans s'assurer qu'elles sont comprises et repart	Nb de votants/dernières élections	29 votants résidents soit 8 de plus/2021	
B	EHPAD Retaché	209	Processus de vote des représentants des résidents	La procédure de vote depuis 2016 et à chaque élection est organisée selon le même principe. Une lettre d'information et de consigne de vote est remise en main propre au résident muni d'un bordereau de vote. L'animatrice fait "le tour" des chambres et collige directement ou à distance du vote le bordereau et le met sous enveloppe.	Bulletin de vote remis à chaque résident par l'animatrice avec une enveloppe. Restitution des bulletins de votes soit à l'issue soit à distance (l'animatrice est allée alors à la rencontre de chaque résident)	Tester l'incidence des "routines administratives". Les animatrices, organisent la dispensation des bulletins de votes à l'occasion des activités collectives. C'est le temps d'activité qui sert de "bureau de vote". Elles remettent également individuellement dans els chambres les bulletins pour les résidents qui ne se déplacent pas en allant dans els chambres de ces derniers;	Nb de votants/dernières élections	120 votants soit 72 de plus/2021	
A	EHPAD Retaché	60	Processus de vote des représentants des familles/aidants	La procédure de vote depuis 2016 et à chaque élection est organisée selon le même principe. Une lettre d'information et de consignes de vote signée par le directeur délégué est adressée par courrier muni d'un bordereau de vote. Le bulletin de vote est retourné par l'aidant par courrier ou par mail.	Bulletin de vote envoyé par courrier avec bordereau de vote. A renvoyer via courrier ou par de dépôt dans une urne située à l'entrée de l'EHPAD	Tester l'incidence des "routines administratives". Les bulletins de votes sont envoyés aux familles nantis par courrier avec un courrier administratifs expliquant les modalités de vote et les modalités de retour des bulletins, sous pli à destination de.	Nb de votants/dernières élections	15 votants soit autant qu'en 2021	
B	EHPAD Retaché	209	Processus de vote des représentants des familles/aidants	La procédure de vote depuis 2016 et à chaque élection est organisée selon le même principe. Une lettre d'information et de consignes de vote signée par le directeur délégué est adressée par courrier muni d'un bordereau de vote. Le bulletin de vote est retourné par l'aidant par courrier ou par mail.	Bulletin de vote envoyé par courrier avec bordereau de vote. A renvoyer via courrier ou par de dépôt dans une urne située à l'entrée de l'EHPAD	Tester l'incidence des "routines administratives". Les bulletins de votes sont envoyés aux familles nantis par courrier avec un courrier administratifs expliquant les modalités de vote et les modalités de retour des bulletins, sous pli à destination de.	Nb de votants/dernières élections	30 votants soit 12 de moins/2021	
A	EHPAD Retaché	60	Dépouillement des votes résidents/familles	Sans constat préalable particulier	Consigne : être trois (le stagiaire, l'agent administratif, le cadre de service). Fiche de décompte des votes et du nombre de votants. Le cadre ne s'est pas finalement pas libéré pour le dépouillement alors qu'il avait donné son ok sur l'heure et la date	Identifier les routines autour de la procédure, les respect des règles de confidentialités, de décompte des votes...	sans objet		
B	EHPAD Retaché	209	Dépouillement des votes résidents/familles	Sans constat préalable particulier	Consigne : être trois (le stagiaire, l'agent administratif, le cadre de service). Fiche de décompte des votes et du nombre de votants	Identifier les routines autour de la procédure, les respect des règles de confidentialités, de décompte des votes...	sans objet		
A	EHPAD Retaché	60	Réunion d'installation CVS	Aucun constat préalable par observation. Lecture des CR des dernières élections, qui mêlent à l'ordre du jour les résultats des élections, la désignation des présidents et des points divers mis à l'ordre du jour par la direction en continuité des CVS précédents (Points qualité, restauration...). Le président des élections de 2020 est choisi parmi les représentants des familles exclusivement, la question de la maltraitance et qui fait l'objet d'un point explicite au décret du 25 avril 2022 modifiant le décret n°2020-287 du 25 mars 2020. n'a jamais été évoquée dans les CR des réunions précédents. elle est inscrite dans le RI présenté pour validation.	O j envoyé 15 jours avant la réunion avec projet RI. Point abordés : résultats du vote, élection d'une (Président(e) choisie) au sein du collège des résident et d'un vice-président choisi au sein du collège des familles. Point 2 : présentation et avis RI. Présentation avec support Powerpoint ne reprenant pas tous les points du RI avec focus Politique. lutte contre la maltraitance, rôle du président	Identifier les routines, observer la manière dont l'espace (la salle de réunion) est occupée, la place dans les échanges qui est donnée ou investies par les parties-prévenues (résidents, familles, professionnels, direction, stagiaire). (Les points de tension ou au contraire d'accord. Attention particulière portée à la question de la désignation du président (un résident ? une famille ?) et à celle de l'introduction de la politique de prévention de la maltraitance dans le RI présenté pour validation	analyse faite dans corps du mémoire		
B	EHPAD Retaché	209	Réunion d'installation CVS	Aucun constat préalable par observation. Lecture des CR des dernières élections, qui mêlent à l'ordre du jour les résultats des élections, la désignation des présidents et des points divers mis à l'ordre du jour par la direction en continuité des CVS précédents (Points qualité, restauration...). Le président des élections de 2020 est choisi parmi les représentants des familles exclusivement, la question de la maltraitance et qui fait l'objet d'un point explicite au décret du 25 avril 2022 modifiant le décret n°2020-287 du 25 mars 2020. n'a jamais été évoquée dans les CR des réunions précédents. elle est inscrite dans le RI présenté pour validation.	O j envoyé 15 jours avant la réunion avec projet RI. Point abordés : résultats du vote, élection d'une (Président(e) choisie) au sein du collège des résident et d'un vice-président choisi au sein du collège des familles. Point 2 : présentation et avis RI. Présentation avec support Powerpoint ne reprenant pas tous les points du RI avec focus Politique. lutte contre la maltraitance, rôle du président	Identifier les routines, observer la manière dont l'espace (la salle de réunion) est occupée, la place dans les échanges qui est donnée ou investies par les parties-prévenues (résidents, familles, professionnels, direction, stagiaire). (Les points de tension ou au contraire d'accord. Attention particulière portée à la question de la désignation du président (un résident ? une famille ?) et à celle de l'introduction de la politique de prévention de la maltraitance dans le RI présenté pour validation	analyse faite dans corps du mémoire		
C	EHPAD Autonomie	100	Modification du RI, rapport d'activité CVS, présentation en CVS	Le RI a été écrit et validé en CVS dans sa version antérieure à 2021 La présidente est une résidente. Le CVS ne comporte plus qu'un représentant des résident (3 en 2021) et compte 2 représentants des familles	Ecriture du RI comprenant 5 versions successives, sur la base du RI existant mais en introduisant de nombreux éléments du RI écrit dans le CHC, sous consignes de ma précédente Mds	La réécriture a fait l'objet de multiples relecture et modification par la Mds. J'ai cherché à observer les différences d'approche entre ce qui "compte" et ce qui "ne compte pas", ce qui doit être rendu "visible" ou au contraire "invisible" dans le document par rapport à la manière dont ma précédente Mds investissait le "dispositif" RI	analyse faite dans corps du mémoire		
D	ESAT	266	Première réunion du CVS sous format décret 2022	Aucun constat préalable par observation. Lecture des CR des dernières élections, qui mêlent à l'ordre du jour les résultats des élections, la désignation des présidents et des points divers mis à l'ordre du jour par la direction en continuité des CVS précédents (Point	Observation	aucun	constats et éléments repris dans corps du corps du mémoire		