

LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS LE SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE, ENTRE CONTRAINTE RÉGLEMENTAIRE, « FAIRE ENSEMBLE » ET ÉVALUATION

Éric Garcia et Gérald Vanzetto

Caisse nationale d'allocations familiales | « Informations sociales »

2018/3 n° 198 | pages 12 à 20

ISSN 0046-9459

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2018-3-page-12.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'allocations familiales.

© Caisse nationale d'allocations familiales. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Partie 1



LA QUALITÉ, UNE ENTREPRISE INSTITUTIONNELLE

Partie 1

La démarche qualité dans le secteur de la protection de l'enfance, entre contrainte réglementaire, « faire ensemble » et évaluation
Éric Garcia et Gérald Vanzetto

Contrepoint

Inventer le management de la qualité, la pensée d'Edward Deming
Pierre Grelley

Entretien

Les démarches de normalisation dans l'industrie des années 1990. « La qualité ne s'appliquait plus à des produits, mais à des organisations »
Un entretien avec Denis Segrestin par Hugo Bertillot

Focus

La qualité au cœur des missions de la branche Famille de la Sécurité sociale
Céline Barbosa

Contrepoint

Le Baromètre des services publics, l'enquête annuelle de l'institut Paul Delouvrier
Pierre Grelley

Mesurer la qualité pour rationaliser l'hôpital. La genèse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en France,
Hugo Bertillot

La démarche qualité dans le secteur de la protection de l'enfance, entre contrainte réglementaire, « faire ensemble » et évaluation

Éric Garcia – enseignant en sciences de gestion

Gérald Vanzetto – cadre dirigeant de la protection de l'enfance



En protection de l'enfance, un domaine traditionnellement méfiant vis-à-vis des pratiques gestionnaires, l'obligation d'adopter une démarche qualité se révèle une opportunité. Une enquête de terrain montre que sa mise en œuvre conduit les établissements à mieux s'inscrire dans leurs territoires et les équipes à travailler plus efficacement ensemble, en portant un regard partagé sur leurs pratiques. Elle favorise également une implication plus forte des enfants et de leurs familles.

Les associations gestionnaires d'établissements et services relevant de la protection de l'enfance font partie du secteur social et médico-social à but non lucratif, lequel est distinct du secteur sanitaire depuis la loi du 30 juin 1975 ⁽¹⁾. Près de trente ans plus tard, la loi n°2002-2 a initié un nouveau cycle ⁽²⁾ de « rapprochement du sanitaire, du social et du médico-social [favorisant] l'indépendance dans l'interdépendance » (Callu, 2005). La recherche de rapprochement s'est poursuivie avec la loi du 21 juillet 2009, dite loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST), dont quelques articles concernent directement le secteur social et médico-social. Cette convergence se matérialise notamment par un alignement progressif du secteur social et médico-social sur les exigences actuelles en termes de qualité, un enjeu dont le secteur de la santé s'était déjà emparé au cours des deux décennies précédentes.

La loi 2002-2 précise les contours de la démarche qualité et ses outils, et notamment son évaluation, en l'adaptant aux caractéristiques du secteur social et médico-social. Les spécificités de la protection de l'enfance et les valeurs défendues par ses professionnels ont longtemps été opposées aux pratiques gestionnaires. Pourtant, la mise en œuvre d'une démarche qualité est une réelle opportunité pour ce secteur, comme le montre une enquête menée dans trois établissements (Vanzetto, 2015).

Il reste à pérenniser durablement ces évolutions.

La qualité au cœur de la convergence des secteurs sanitaires et médico-social

La loi 2002-2 introduit le principe de la régulation du secteur social et médico-social en transposant des outils et des procédures en vigueur dans le secteur sanitaire depuis la fin des années 1990. Cette convergence s'inscrit en particulier à travers :

- le renforcement du droit des usagers, par le biais notamment d'une amélioration de l'information, de l'accès aux documents administratifs, d'un recueil plus systématique du consentement...
- la reconnaissance du rôle des aidants (familles, personnes de confiance, personnes habilitées...),
- la réflexion éthique à propos de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance,
- la mise en œuvre de démarches évaluatives afin d'améliorer de la qualité des prestations,
- la création d'agences indépendantes chargées de la supervision des évaluations internes et externes,
- un suivi budgétaire renforcé.

En outre, la loi de 2002 fait des usagers des partenaires de l'action sociale et médico-sociale, précisant que le rapport aux usagers doit être le pivot de l'évaluation de la qualité des établissements et services. Ainsi, pour garantir l'exercice effectif des droits des usagers, et donc la qualité du service, elle a créé sept instruments communément appelés les « outils de la loi de 2002 » :

- le livret d'accueil,
- la charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- le contrat de séjour et le document individuel de prise en charge,
- la désignation d'une personne qualifiée pouvant intervenir à la demande de l'utilisateur ou de son représentant légal en vue de faire valoir ses droits,
- le Conseil de la vie sociale (CVS),
- le règlement de fonctionnement,
- le projet d'établissement.

Première étape de la démarche qualité : l'évaluation interne

La première étape de la mise en œuvre de la démarche qualité repose sur le principe d'une autoévaluation par les établissements. Instituée par la loi 2002-2, cette phase, dite « évaluation interne », prévoit que les établissements et services sociaux et médico-sociaux « procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles... »⁽³⁾. La démarche qualité doit se traduire par un autodiagnostic des pratiques professionnelles, des organisations et de la qualité du service rendu (Anesm, 2009), dans un esprit de bientraitance (Anesm, 2008 a).

Afin d'aider concrètement les professionnels dans cette démarche, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a été créée en 2006, avec la mission d'initier et de suivre les évaluations internes et externes des établissements sociaux et médico-sociaux⁽⁴⁾. Ses « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles » ont servi de références aux établissements pour mener leur évaluation interne.

Alors que l'évaluation fait partie du cadre de référence des politiques publiques, la démarche qualité est un concept importé de l'industrie. En s'inscrivant dans ces deux logiques, la loi 2002-2 vise ainsi à améliorer :

- la satisfaction des clients/usagers qui doivent participer à la définition du projet d'établissement,
- l'efficacité de l'organisation, dont la majorité du financement est public,
- la pertinence, la cohérence et l'efficacité du service,
- la transparence à propos des prestations fournies et leur coût.

À l'issue de l'évaluation interne réalisée à partir du référentiel retenu par les établissements, un rapport est transmis aux autorités de contrôle et de tarification – l'agence régionale de santé et le conseil départemental. Il doit comprendre des plans d'amélioration de la qualité, des objectifs, un calendrier et un dispositif de suivi. Ce document est en quelque sorte un rapport d'étape de mise en place de la démarche qualité de l'établissement.

Deuxième étape de la démarche qualité : l'évaluation externe

Une évaluation externe est ensuite commanditée par l'organisme gestionnaire à un prestataire extérieur. Celui-ci a pour mission de d'effectuer un constat, sur pièces et sur place, des réponses apportées par l'établissement aux exigences du décret 2007-975 du 15 mai 2007, lequel fixe le périmètre de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations en fonction de six critères :

- la promotion de la qualité de vie des personnes,
- la personnalisation de leur accompagnement,
- la garantie de leurs droits et de leur participation,
- la protection des personnes et la prévention des facteurs liés à la vulnérabilité,
- l'insertion et l'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement, l'intégration des différentes ressources internes ou externes,
- l'organisation interne, les ressources humaines et financières et le système d'information.

Le cadre de référence de cette mission comprend deux volets. Le premier rappelle les orientations définies par les autorités compétentes pour le champ observé et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées par l'Anesm. Le deuxième volet est propre à chaque établissement ou service. L'évaluation externe apporte à l'autorité de contrôle l'éclairage d'un tiers sur la pertinence des auto-évaluations effectuées lors de l'évaluation interne.

La protection de l'enfance : un secteur rétif à l'approche gestionnaire ?

Défini à l'article L. 112-3 du Code de l'action sociale et des familles, le secteur de la protection de l'enfance recouvre les règles, mesures et institutions qui ont pour objet de prévenir ou suppléer les défaillances familiales. Dans les situations où l'enfant mineur est en danger ou potentiellement en danger, la loi permet à un tiers de se substituer de manière partielle ou totale aux parents dans son éducation. En 2012, 1 900 établissements relevant de l'Aide sociale à l'enfance étaient recensés, offrant 60 700 places à 56 000 enfants placés (Pliquet, 2016). À titre de comparaison, le secteur de l'enfance handicapée comprend 2 118 établissements pour 105 500 places.

Les valeurs fondatrices de la protection de l'enfance comme du secteur social – vie communautaire, partage du quotidien et engagement militant – sont peu compatibles avec la logique administrative et financière. L'histoire des associations et des professionnels du secteur social s'est ainsi construite en tension, voire dans une certaine forme de résistance et de contestation vis-à-vis de l'autorité de l'État et du pouvoir administratif, un contexte qui ne facilite pas une mise en œuvre descendante de la qualité imposée par la loi.

À partir du début des années 2000, face à un certain nombre de situations de maltraitance dans les établissements, parfois fortement médiatisées, le législateur a souhaité sensibiliser les acteurs de la protection de l'enfance à la qualité de la prise en charge en réorganisant le dispositif institutionnel, en améliorant sa fiabilité et la prise en charge des enfants tout en développant la prévention.

En 2007, la loi ⁽⁵⁾ réaffirme le rôle de chef de file du président du conseil départemental et prévoit que les interventions ne se fondent plus seulement sur une analyse des risques et des dangers pour l'enfant mais prennent également en compte la capacité des services des conseils départementaux à y faire face. Les principaux objectifs sont de renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement, diversifier les modes d'intervention et renouveler les relations avec les parents et les enfants. Ces dispositions s'inscrivent dans la continuité de la loi 2002-2 à propos du droit des usagers. Le législateur tente de concilier la protection de l'enfant en situation de danger ou de risque et le respect de l'autorité parentale.

Le conseil départemental est désormais pilote du dispositif, principal financeur, prescripteur et contrôleur, l'État se désengageant partiellement de ses responsabilités d'opérateur mais également de financeur. La loi du 14 mars 2016 ⁽⁶⁾ entérine ces évolutions de gouvernance et fait du projet pour l'enfant et de la stabilité de son parcours un instrument au service de l'intérêt supérieur du mineur.

La feuille de route des établissements sociaux sur le chemin de la qualité

À l'instar des démarches qualité dans le secteur sanitaire, l'évaluation s'est déployée dans le secteur social et médico-social sous la contrainte légale. Pour

les directions des établissements, cette injonction réglementaire nécessite d'être reformulée sous la forme d'une vision stratégique inscrivant la qualité dans le projet d'établissement. La contrainte légale, identique pour tous, peut ainsi devenir une opportunité de développement. Cette vision stratégique fixe les objectifs et doit ensuite être déclinée dans les pratiques professionnelles par un management de la qualité. L'analyse de sa mise en œuvre permet d'élaborer un modèle de feuille de route en quatre étapes.

La première étape, la phase stratégique, demande aux directions des établissements de « penser territoire » dans leur projet associatif (Anesm, 2008 b), en affichant les valeurs et la mission de l'institution, lesquelles sont le point de départ de toute démarche d'évaluation pertinente (Anesm, 2010 c). « Penser territoire » implique de dépasser l'horizon du seul établissement en évaluant l'ensemble des besoins de la population ciblée, d'une part, et en tenant compte de tous les services disponibles à proximité, d'autre part. En effet, il arrive souvent qu'un établissement ne puisse répondre à lui seul à l'ensemble des besoins de ses usagers. « Penser territoire » revient donc à identifier les partenaires potentiels qui permettront de proposer à chaque individu un parcours adapté à ses besoins, c'est-à-dire une prise en charge par plusieurs partenaires, simultanément ou alternativement. La qualité du service repose alors non seulement sur l'individualisation de la réponse aux besoins mais aussi sur l'efficacité de la coordination entre les intervenants. À cet effet, le projet d'établissement (Anesm, 2010 a) décline ensuite les missions sous forme de prestations opérationnelles, qui consistent à mettre en œuvre des parcours de prise en charge en faisant correspondre la singularité des besoins et la complémentarité des offres de services. L'élaboration du projet associatif et du projet d'établissement doit donc associer les professionnels et mobiliser les outils d'animation des équipes, d'organisation et de gestion de projet.

La deuxième étape de la feuille de route correspond à la mise en place du projet de management de la qualité. Elle a pour but de construire l'animation, l'organisation et la gestion de la qualité en impliquant des professionnels ayant des approches très différentes en fonction de leur métier et de leur position dans l'organisation.

La troisième étape, celle de la mise en œuvre, est aussi celle de la maîtrise des risques, qui doit être assurée tout au long du parcours d'accompagnement de l'utilisateur. Elle repose sur l'instauration d'une vision partagée des processus d'accompagnement et sur la clarification des interventions réalisées par les différents professionnels de service impliqués. En effet, selon une enquête de la Direction générale des affaires sociales (DGAS), dans 70 % des cas les faits de maltraitance constatés s'expliquent à l'origine par un dysfonctionnement organisationnel (Blanc et Juillard, 2003). Les défaillances du management au sein d'un établissement constituent un risque élevé de maltraitance ou de négligence (Anesm, 2008 c). Ces problèmes organisationnels peuvent être de plusieurs ordres : faiblesse du projet d'établissement, opacité de l'organisation, glissement des tâches entre professionnels ou encore fonctionnement peu clair et structuré (Piovesan et Garcia, 2008).

La quatrième étape correspond à l'individualisation du service. Conformément au projet associatif, les engagements et les prestations actés dans le projet d'établissement sont adaptés à la singularité de chaque usager. Cette cohérence est garantie par l'élaboration d'un projet personnalisé pour et avec chaque usager (Anesm, 2008 d). Cela demande de maîtriser les activités du projet d'accompagnement, de favoriser l'implication des enfants et de leurs familles dans l'expression de leurs attentes et leurs souhaits et de sensibiliser les professionnels afin qu'ils soient à l'écoute de ces besoins exprimés (Anesm, 2014).

Retour d'expérience de trois associations du secteur de la protection de l'enfance

Cette grille procédurale en quatre étapes a été utilisée pour analyser la mise en œuvre de la démarche qualité dans trois associations du secteur de la protection de l'enfance (Vanzetto, 2015). Cette analyse montre que d'eux d'entre elles se sont engagées dans une démarche de projet structurée, la troisième ayant échoué à le faire. Dans ces trois cas, cette démarche permet, d'une part, d'identifier les facteurs de risques empêchant le développement d'une démarche qualité structurée et les conditions de réussite du projet et, d'autre part, d'évaluer l'impact de cette démarche sur l'organisation et les prestations fournies.

> Les facteurs de risque pouvant empêcher une démarche qualité structurée

En l'absence de mise en œuvre d'une démarche qualité structurée, on observe trois écueils représentatifs de nombreuses situations sur le terrain. Le premier facteur de risque est une organisation de projet non structurée et inadaptée. Ce déficit en matière de gestion de projet peut se traduire tout d'abord par une absence d'implication du conseil d'administration, ce qui revient de fait à transférer la responsabilité de celui-ci à la direction. De même, si la direction n'a pas participé directement au projet et en a confié le pilotage à un intervenant extérieur, celui-ci aura des difficultés pour fédérer les équipes et les mobiliser à moyen terme. Sans feuille de route précise, les groupes de travail mis en place se contentent alors le plus souvent de porter des revendications professionnelles sans effectuer d'analyse globale de la qualité ni formuler de recommandations d'amélioration de leurs pratiques.

Le deuxième risque observé consiste à ne pas réaliser un état des lieux au début de la démarche qualité. Sa réalisation doit permettre à l'ensemble des professionnels de partager un diagnostic sur ce qui fonctionne ou ce qui est à améliorer au sein de l'organisation. Cette approche participative doit également permettre à la direction de partager les objectifs de la démarche qualité avec les professionnels, de donner du sens au projet et de faciliter la compréhension par les équipes de leur rôle et de la manière de le tenir. La réalisation d'un état des lieux conduit à établir un constat collectif sur les pistes d'amélioration concrètes et à prendre conscience de ce que peut apporter l'évaluation en terme de facilitation des activités quotidiennes. Faute de quoi, les professionnels comprennent mal l'utilité de cette démarche pour leurs pratiques.

Le troisième risque repéré est le manque d'engagement de l'encadrement. Les cadres intermédiaires constituent assurément des relais indispensables à la

diffusion et au pilotage des interventions de terrain des éducateurs, des travailleurs sociaux et des autres professionnels des établissements. En matière de qualité, leur rôle assigné est d'accompagner la démarche, voire d'animer des groupes de travail d'amélioration et de formuler des recommandations. Pourtant, les responsables d'unité ou de service peuvent avoir des difficultés à se positionner en tant que relais, ce qui peut s'expliquer par leur manque de formation au management en général et à la conduite de projets organisationnels en particulier. En difficulté, l'encadrement peut alors freiner la démarche qualité au lieu d'être un moteur de cette évolution. Notons que ce constat contredit l'idée reçue qui impute principalement aux professionnels de terrain la résistance au changement. L'analyse des établissements révèle une situation beaucoup plus contrastée.

Au total, il apparaît que la réussite d'une démarche qualité dépend de la capacité à mobiliser les différents acteurs et à identifier les objectifs à atteindre et de l'existence d'un calendrier, d'un échéancier et d'une organisation dédiée au projet. La communication est donc essentielle. Le vocabulaire doit s'adapter aux professionnels, lesquels ont parfois du mal à accepter une terminologie issue à l'origine de l'industrie.

> Les succès permis par la mise en œuvre de la démarche qualité

Le premier succès de l'instauration d'une démarche qualité dans les établissements de ces trois associations est l'implication plus forte des jeunes et de leurs familles. Dans deux des associations étudiées, l'évaluation interne a mis à mal certaines idées reçues négatives à propos des parents d'enfants placés. Les questionnaires de satisfaction ont ainsi permis à certains parents qui se sentent disqualifiés par le placement d'avoir un avis, de faire des propositions et d'établir un mode de relation différent avec les professionnels (Anesm, 2010 b). Les parents sont globalement mieux et plus régulièrement informés sur l'évolution de la situation de leur enfant.

Dans de nombreux établissements, des conseils de maison ont été créés ; les groupes d'enfants y sont représentés en association avec des parents afin d'aborder les sujets de la vie quotidienne (couchers, repas, loisirs, scolarité...). Dans d'autres établissements, des groupes de parents se réunissent plusieurs fois par an pour des moments festifs ou pour partager des réflexions thématiques.

Le deuxième succès est la revalorisation du rôle des administrateurs au sein de la gouvernance des établissements. La démarche d'évaluation interne leur a permis de retravailler le projet associatif, de définir un projet stratégique et ainsi de se repositionner en tant qu'interlocuteurs politiques du conseil départemental, à un moment où les associations voient parfois leurs projets et leurs organisations instrumentalisés en raison des contraintes financières des collectivités. Par ailleurs, les administrateurs se sont rapprochés des services. Leur participation au comité de pilotage de l'évaluation interne et le recours à un évaluateur externe les amènent à mieux connaître les salariés, le fonctionnement et l'organisation des établissements et services. *In fine*, l'évaluation a favorisé la professionnalisation du recrutement des administrateurs en fondant celui-ci sur leurs compétences en ressources

humaines, gestion et finances ou dans l'immobilier et non plus en fonction de leur réseau amical ou professionnel.

Le troisième succès est le regard partagé que portent désormais les salariés sur leurs pratiques professionnelles. Le travail des éducateurs a changé : ils travaillent aujourd'hui à partir de référentiels communs, qui permettent de mieux évaluer la situation du jeune et sa problématique et de mettre en place des objectifs qui s'appuient sur des faits et une analyse partagée. De nouveaux outils balisent l'intervention auprès des jeunes et de leurs familles, tel le dossier de l'utilisateur qui permet une traçabilité du parcours et des écrits sur la trajectoire du jeune pendant son placement.

Quant à la formation aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, elle a permis aux éducateurs de lier l'évaluation interne et la réflexion sur leurs pratiques collectives. Le travail autour de la recommandation sur la bientraitance de l'Anesm (2008 a) a débouché sur la mise en œuvre de protocoles de prévention des risques de violence, en agissant non pas sur des situations avérées, et donc stigmatisantes, mais sur des situations potentiellement à risques, donc moins culpabilisantes et porteuses d'amélioration pour l'accompagnement des usagers.

Intégrer l'évaluation au pilotage des établissements sociaux et médico-sociaux

À partir des exigences du législateur en matière d'évaluation interne et externe, la qualité est devenue un pilier de l'offre stratégique des établissements sociaux et médico-sociaux. Intégrer l'évaluation et ses résultats au management de l'établissement nécessite d'articuler trois systèmes de pilotage : l'évaluation de la qualité et des risques, le management et la conduite de projet. Or le déploiement de la qualité dans le secteur social et médico-social ne s'appuie pas sur la complexité des outils utilisés mais sur le « faire ensemble » (Claveranne et Pascal, 2014). Pour répondre à cet impératif, il est essentiel de garantir le développement des compétences collectives.

Avec le développement des démarches qualité, la protection de l'enfance prend le chemin de la « démocratie sanitaire », visant à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation entre professionnels et entre ceux-ci et les usagers.

Notes

- 1 – Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- 2 – Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- 3 – Article 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).
- 4 – Cf. loi 2006-1640 du 21/12/2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007. En 2018, l'Anesm a été rattachée à la Haute Autorité de santé, qui comprend désormais une commission spécialisée dans l'évaluation du secteur médico-social.
- 5 – Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- 6 – Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Bibliographie

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm), 2008 a, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, juillet ; 2008 b, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, décembre ; 2008 c, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, décembre ; 2008 d, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, décembre ; 2009, *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, juillet ; 2010 a, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, mars ; 2010 b, *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, mars ; 2010 c, *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, octobre ; 2014, *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, décembre.
- Blanc P. et Juillard J.-M., 2003, *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, rapport d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en institutions et les moyens de la prévenir, réalisé au nom de la commission des Affaires sociales*, Paris, Sénat, coll. « Les rapports du Sénat ».
- Callu M.-F., 2005, L'évolution du droit des usagers des secteurs sanitaire, social et médico-social entre 2002 et 2005 à travers cinq lois essentielles, *Gérontologie et société*, vol. 28, n° 115, p. 29-38.
- Claveranne J.-P. et Pascal C., 2004, *Repenser les processus à l'hôpital*, Paris, Médica Éditions.
- Piovesan D. et Garcia É., 2008, *Regard organisationnel sur la maltraitance : une approche par la gestion des risques*, Juris Association.
- Pliquet E., 2016, Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissement, *Études et résultats*, n° 974, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).
- Vanzetto G., 2015, *L'évaluation interne et externe en protection de l'enfance. Les facteurs clés de succès*, mémoire en vue de l'obtention du master 2 « Droit et management des organisations sanitaires et sociales », spécialité « Management stratégique des risques et de la qualité », Université Jean Moulin Lyon 3, Institut de formation et de recherches sur les organisations sanitaires et sociales (Ifross).