

LE FIN MEMO 6/15



LA LIGNE FINE

Institut

Loi du 2 janvier 2002 : une réforme structurante des politiques sociales et médico-sociales

Série : Protection de l'Enfance

Pôle thématique : Santé, Société, Inclusion

Auteurs : Marine GOUAISBAUT, Maëlle AUBERT, Ismail BOUGHIOUL

Date de publication : 18 avril 2026

La loi 2002-2 : droits des usagers et cadre médico-social : Renforcement des droits des personnes, contrat avec les usagers, inscription dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Introduction

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale constitue une réforme majeure dans l'évolution des politiques publiques françaises en direction des publics vulnérables. Loin de se limiter à un simple ajustement technique du cadre juridique existant, elle s'inscrit dans un mouvement profond de transformation du secteur social et médico-social, amorcé dès les années 1970. Cette réforme marque le passage d'une logique essentiellement protectrice et institutionnelle à une approche centrée sur les droits, la participation et l'autonomie des personnes accompagnées.

Dans un contexte marqué par la montée des exigences démocratiques, la reconnaissance des droits fondamentaux et la volonté d'améliorer la qualité des services publics, la loi de 2002 redéfinit les missions du secteur et renforce la place de l'utilisateur, désormais considéré comme un acteur à part entière de son parcours. Elle introduit ainsi de nouveaux outils, de nouvelles obligations pour les établissements et des évaluations plus précises et plus fréquentes visant à garantir la qualité de l'accompagnement ainsi que les droits des usagers.

Dès lors, en quoi la loi du 2 janvier 2002 constitue-t-elle une réforme structurante des politiques sociales et médico-sociales, et comment transforme-t-elle les pratiques professionnelles ainsi que les relations entre institutions et usagers ? Pour répondre à cette problématique, il conviendra d'analyser d'abord le contexte et les fondements de cette réforme, avant d'en étudier les principaux apports, notamment en matière de droits des usagers, de contractualisation et de qualité des services.

1. Une réforme inscrite dans un contexte de mutation sociale et politique

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 ne peut être comprise uniquement comme une réforme sectorielle de l'aide sociale à l'enfance. Cette réforme s'inscrit dans une évolution beaucoup plus large des politiques sociales et médico-sociales françaises. Elle est le résultat d'un long processus de transformation du secteur social. Elle s'inscrit dans une recomposition profonde des politiques sociales et médico-sociales françaises engagée depuis les années 1970.

Avant les années 1970, la distinction entre le sanitaire et le social n'était pas encore clairement établie. Les prises en charge n'étaient pas distinctes, et l'hôpital gérait non seulement les soins, mais aussi différentes structures d'accueil pour différents publics, comme des hospices, des structures pour personnes invalides ou âgées, et même certains foyers de l'enfance. La loi du 31 décembre 1970 marque alors une première étape importante, car elle recentre l'hôpital sur sa mission principale, c'est-à-dire le soin. Elle contribue ainsi à séparer progressivement le champ sanitaire du champ social.

Cette évolution continue avec les deux lois du 30 juin 1975. L'une concerne les personnes handicapées, l'autre les institutions sociales et médico-sociales. Ensemble, elles cherchent à mieux organiser un secteur encore peu structuré. Elles permettent à la fois de mettre de l'ordre dans les institutions existantes et de mieux reconnaître les besoins de certains publics vulnérables. Elles traduisent également une première volonté de structurer l'intervention publique autour de publics spécifiques, marquant un début de rationalisation du secteur social.

La loi de 2002 ne constitue donc pas un point de départ, mais plutôt l'aboutissement d'une réorganisation commencée plusieurs décennies plus tôt.

De plus, à la fin des années 1990, le secteur social et médico-social fait face à plusieurs critiques : opacité des institutions, asymétrie des relations entre professionnels et usagers, insuffisante reconnaissance des droits fondamentaux. Héritée de la loi de 1975, l'organisation du secteur repose encore largement sur une logique de protection, parfois paternaliste, dans laquelle la personne accompagnée est peu actrice de son parcours.

Dans un contexte plus large de transformation de l'action publique, marqué par la montée des exigences démocratiques, la reconnaissance des droits individuels et l'émergence d'une logique de qualité des services publics, la loi 2002-2 s'inscrit dans un mouvement de modernisation de l'État social. Elle traduit également l'influence croissante des principes issus des politiques publiques européennes, notamment en matière de droits des usagers et de qualité des services.

Ainsi, cette loi ne se limite pas à une réforme technique : elle participe d'un changement de paradigme, passant d'une logique d'assistance à une logique de droits, de participation et de responsabilisation.

Il ne semble pas qu'un seul événement précis ou qu'un grand mouvement social unique soit à l'origine de la loi de 2002. La réforme repose plutôt sur une accumulation de constats. D'une part, le cadre mis en place en 1975 paraissait de moins en moins adapté à la réalité du secteur social et médico-social, qui s'était beaucoup développé et diversifié. D'autre part, les attentes avaient changé : il ne suffisait plus d'organiser des établissements, il fallait aussi mieux garantir les droits des personnes accompagnées. En parallèle, plusieurs critiques visaient le fonctionnement concret de la protection de l'enfance, notamment la place insuffisante accordée aux familles, le manque de cohérence entre certaines prises en charge et les limites du cadre institutionnel existant.

Sur le plan politique, la réforme a été préparée sur plusieurs années. Le projet est lancé en 1996, puis il fait l'objet de concertations avec les acteurs du secteur. Le projet de loi est ensuite déposé à l'Assemblée nationale le 26 juillet 2000. Il s'agit donc d'une réforme construite progressivement, dans un contexte où les pouvoirs publics cherchent à adapter l'action sociale et médico-sociale à de nouvelles réalités institutionnelles, sociales et juridiques. L'adoption unanime du texte en première lecture témoigne qu'il ne s'agissait pas tant d'une réaction à une crise immédiate que d'une réforme profonde, largement jugée indispensable.

C'est dans ce contexte qu'intervient la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002. Son importance est majeure, car elle redéfinit les fondements de l'action sociale et médico-sociale. Elle précise les missions du secteur, renforce les droits des usagers et affirme des principes comme le respect de la dignité, l'individualisation de l'accompagnement, la participation des personnes concernées et une meilleure évaluation des besoins. Elle marque ainsi le passage d'une logique d'organisation des structures à une logique de régulation des pratiques.

Même si elle ne porte pas uniquement sur l'ASE, elle modifie profondément le cadre dans lequel celle-ci agit.

En effet, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale constitue une réforme majeure des politiques publiques françaises en matière de prise en charge des publics vulnérables. Elle marque une rupture avec les logiques antérieures en replaçant l'utilisateur au cœur du dispositif. Le modèle est maintenant centré sur les droits, les besoins et la parole des usagers. La loi transforme à la fois les pratiques professionnelles, les modes de gouvernance et le cadre juridique du secteur.

Voici les deux articles majeurs de la loi 2002-2 :

- *Article 2 : Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-1 ainsi rédigé : « Art. L. 116-1. - L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, 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, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »*
- *Article 3 : Il est inséré, dans le code de l'action sociale et des familles, un article L. 116-2 ainsi rédigé : « Art. L. 116-2. - L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon*

adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »¹

2.L'inscription dans un cadre juridique structurant : le Code de l'action sociale et des familles

L'un des apports fondamentaux de la loi est son inscription dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF), qui permet de structurer et d'unifier l'ensemble du secteur. Cette codification renforce la lisibilité des normes et impose un cadre commun à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Dans une perspective de politique publique, cela traduit une volonté de l'État de mieux réguler le secteur, en définissant clairement les missions, les obligations et les modalités de contrôle. Par exemple, un EHPAD ne peut plus fonctionner selon ses propres règles informelles : il doit se conformer à un ensemble d'exigences juridiques précises concernant les droits des résidents, les documents obligatoires et les procédures d'évaluation.

Cette harmonisation participe à la construction d'un véritable service public social et médico-social, même lorsque les structures sont gérées par des acteurs associatifs ou privés.

3.Le renforcement des droits des usagers : une citoyenneté sociale affirmée

Le cœur de la réforme réside dans la reconnaissance explicite des droits des usagers, désormais considérés comme des sujets de droit à part entière. La loi consacre des principes fondamentaux tels que le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, le libre choix, la confidentialité et l'accès à l'information.

Dans une lecture de politique publique, cette évolution traduit l'émergence d'une citoyenneté sociale, où les personnes vulnérables ne sont plus seulement protégées, mais également reconnues comme des acteurs capables d'exprimer des choix et des préférences.

Il existe 7 outils obligatoires dans les établissements ESSMS (Les établissements et les services sociaux et médicaux sociaux) qui garantissent les droits et les libertés des personnes accueillent :

¹ Légifrance. (2002, 2 janvier). *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

1. Le livret d'accueil

Document remis à la personne accueillie à son entrée. Il présente l'établissement, ses prestations, son fonctionnement et les droits des usagers.

2. La charte des droits et libertés de la personne accueillie

Elle rappelle les droits fondamentaux (dignité, respect, confidentialité, libre choix, etc.). Elle est issue de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.

3. Le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge (DIPC)

Accord écrit entre l'usager et l'établissement qui précise :

- les prestations proposées
- les objectifs de l'accompagnement
- les modalités de séjour

4. Le règlement de fonctionnement

Il définit les règles de vie collective :

- organisation quotidienne
- droits et devoirs
- règles de sécurité

5. Le projet d'établissement ou de service

Document stratégique qui décrit :

- les valeurs et missions
- les objectifs
- les moyens mis en œuvre

6. Le conseil de la vie sociale (CVS)

Instance de participation des usagers et de leurs représentants. Elle permet de donner un avis sur le fonctionnement de l'établissement.

7. Le projet personnalisé

Document centré sur la personne accompagnée :

- ses besoins
- ses attentes
- ses objectifs
- les actions mises en place

Cette évolution s'inscrit également dans une logique de prévention de la maltraitance institutionnelle, en imposant des obligations de vigilance et en favorisant la bientraitance.

4.La contractualisation : vers une relation de service équilibrée

La loi introduit une transformation majeure des relations entre les institutions et les usagers à travers la contractualisation. Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge formalise les engagements réciproques et précise les prestations offertes. De plus, ces dispositifs modifient les pratiques professionnelles

Ce mécanisme traduit une évolution des politiques publiques vers une logique de service rendu, inspirée du management public. L'usager devient en quelque sorte « co-contractant » de sa prise en charge.

Par exemple, en EHPAD, le contrat précise les conditions d'hébergement, les services proposés et les tarifs, offrant ainsi une transparence accrue pour la personne et sa famille.

Dans un service d'aide à domicile, une personne âgée peut refuser certains horaires ou demander un changement d'intervenant, ce qui illustre concrètement le principe de libre choix.

Autre exemple, un enfant placé est désormais informé des raisons de sa prise en charge et participe à son projet éducatif, ce qui rompt avec des pratiques antérieures où les décisions pouvaient être imposées sans explication. Le Projet personnalisé est rédigé au sein de son établissement d'accueil avec son référent de l'Aide Sociale à l'Enfance, le référent de son lieu d'accueil et évidemment de ses parents sauf en cas de déchéance de l'autorité parentale.

Toutefois, cette contractualisation pose aussi des questions : dans quelle mesure une personne vulnérable ou dans le cadre de ce mémo, un enfant est-il réellement en capacité de « défendre » son projet face à des adultes ou des parents défaillants ? Comment est garantie dans les institutions la parole de l'enfant selon son âge, ses compétences et ses envies.

De plus, dans quelle mesure le parent ainsi que l'enfant se sentent légitimes à contredire une institution publique et surtout **comment leurs droits et leurs devoirs leur sont expliqués.**

5. Des outils de participation et de démocratie sanitaire et sociale

La loi met en place plusieurs dispositifs visant à garantir l'effectivité des droits, notamment le Conseil de la Vie Sociale (CVS), le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement. Le CVS constitue une instance de participation permettant aux usagers et à leurs familles de s'exprimer sur la vie de l'établissement. Chaque CVS décide du nombre de personnes à élire mais il comprend au minimum :

- 3 représentants des personnes accueillies ou accompagnées, ou leurs représentants légaux ou leurs familles ;
- 1 représentant du personnel ;
- 1 représentant de l'organisme gestionnaire

Dans certains EHPAD, cette instance a un impact réel : des résidents peuvent, par exemple, demander une amélioration des repas ou des activités, et obtenir des changements concrets. Les CVS sont également mis en place dans des établissements accueillant des mineurs. Un exemple de participation des jeunes via le CVS est décrit dans une étude menée au sein d'un établissement² de protection de l'enfance accueillant des adolescents (type MECS³). Dans cette structure, le Conseil de la Vie Sociale a été utilisé comme **outil d'apprentissage de la citoyenneté et de la prise de parole.**

Les jeunes participaient régulièrement aux réunions, où ils pouvaient exprimer leurs avis sur la vie quotidienne (règles collectives, organisation, relations avec les professionnels). Le CVS permettait également de structurer leur parole en les amenant à débattre, argumenter et représenter les autres jeunes. Cette participation contribuait à leur responsabilisation et à leur implication dans leur parcours éducatif.

Cependant, l'étude souligne que cette participation nécessite un **accompagnement éducatif important** : les professionnels doivent aider les jeunes à comprendre le rôle du CVS, à formuler leurs idées et à s'approprier cet espace d'expression. Sans cet accompagnement, la participation peut rester limitée ou symbolique.

Dans une perspective de politique publique, ces dispositifs traduisent une volonté de développer une forme de démocratie participative dans le secteur social et médico-social. Ils s'inscrivent dans le prolongement des politiques de démocratie sanitaire, visant à associer les usagers aux décisions qui les concernent.

De plus, leur efficacité dépend fortement des conditions de mise en œuvre. Dans certains cas, la participation reste symbolique, notamment lorsque les publics accompagnés sont très vulnérables (troubles cognitifs, handicap lourd).

² Noël, M. (2008). *La participation des jeunes au sein du conseil de la vie sociale d'un établissement de protection de l'enfance*. *Vie sociale*, 2(2), 55-63. <https://doi.org/10.3917/vsoc.082.0055>

³ Maison d'Enfant à Caractère Social

6.L'introduction d'une culture de l'évaluation et de la qualité

Un autre apport majeur de la loi est l'introduction de l'évaluation interne et externe des établissements. Cette exigence s'inscrit dans une logique de pilotage des politiques publiques par la performance et la qualité.

L'évaluation interne permet aux équipes de réfléchir à leurs pratiques et d'identifier des axes d'amélioration. Par exemple, une structure peut analyser une augmentation des chutes chez les résidents et mettre en place des mesures de prévention.

L'évaluation externe, réalisée par un organisme indépendant, apporte un regard objectif et conditionne le renouvellement des autorisations. Elle renforce la responsabilité des gestionnaires et la transparence vis-à-vis des autorités publiques.

Cette dynamique participe à la professionnalisation du secteur, mais elle peut aussi générer une charge administrative importante pour les équipes, parfois au détriment du temps consacré à l'accompagnement direct.

D'ailleurs, cette dynamique d'évaluation a été récemment renforcée et précisée par le cadre réglementaire, notamment avec le Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022, qui vient modifier le Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021⁴ relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Ce texte marque une évolution importante en instaurant un dispositif d'évaluation plus structuré, harmonisé et recentré sur la qualité de l'accompagnement des usagers. Désormais, les évaluations externes sont réalisées selon une périodicité définie, avec un rythme encadré sur la durée de l'autorisation (généralement tous les cinq ans), et selon un référentiel national unique élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette standardisation vise à garantir une meilleure comparabilité des résultats entre établissements et à renforcer la lisibilité pour les autorités de contrôle.

Le décret de 2022 apporte également des ajustements techniques, notamment en précisant les modalités transitoires et en adaptant le calendrier de mise en œuvre pour les structures déjà autorisées. Il répond ainsi aux difficultés opérationnelles rencontrées lors de l'entrée en vigueur du dispositif précédent, en offrant davantage de souplesse aux gestionnaires tout en maintenant un haut niveau d'exigence.

Par ailleurs, ce nouveau cadre insiste sur une approche centrée sur la personne accompagnée : l'évaluation ne porte plus uniquement sur les procédures ou l'organisation, mais aussi sur l'effectivité des droits des usagers, la personnalisation de l'accompagnement et la qualité de vie au sein des établissements. Cela traduit un changement de paradigme, passant d'une logique de conformité administrative à une véritable culture de la qualité.

Cependant, si ces évolutions contribuent à renforcer la cohérence et la crédibilité du système d'évaluation, elles impliquent également une montée en compétences des équipes et une mobilisation accrue des ressources internes. La préparation des évaluations, la collecte des indicateurs et l'appropriation du référentiel HAS peuvent représenter une charge de travail conséquente. Ainsi, l'enjeu pour les établissements reste de concilier ces exigences accrues avec le maintien d'un accompagnement humain et individualisé des personnes accueillies.

7.Une recomposition de l'action publique sociale

La loi du 2 janvier 2002 contribue à une réorganisation globale du secteur social et médico-social, notamment à travers le renforcement des mécanismes d'autorisation, de planification et de régulation de l'offre. Les établissements et services doivent désormais s'inscrire dans

⁴ Premier ministre. (2022). Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000045668643/>

des schémas départementaux ou régionaux, construits à partir d'une analyse des besoins des territoires.

Dans le champ de la protection de l'enfance, cette évolution se traduit par une meilleure adaptation de l'offre d'accueil aux réalités locales. Par exemple, dans un département confronté à une augmentation du nombre de mineurs non accompagnés (MNA), les autorités peuvent décider de créer ou d'ouvrir des dispositifs spécifiques, tels que des structures d'accueil d'urgence ou des dispositifs d'accompagnement vers l'autonomie. De même, face à une hausse des placements d'adolescents présentant des troubles du comportement, des unités éducatives spécialisées ou des places en MECS adaptées peuvent être développées. Ainsi, la planification ne vise plus seulement à organiser l'existant, mais à anticiper et répondre de manière ciblée aux évolutions des publics accueillis.

Cette logique traduit une transformation de l'action publique, désormais plus stratégique et territorialisée. Elle repose sur une identification fine des besoins, permettant d'éviter les inadéquations entre les dispositifs proposés et les situations rencontrées. Par exemple, un manque de familles d'accueil dans certains territoires peut conduire à renforcer les politiques de recrutement et de formation des assistants familiaux, afin de privilégier des modes de prise en charge plus individualisés.

Par ailleurs, la loi encourage fortement la coordination entre les différents acteurs intervenant dans le parcours de l'enfant, afin de limiter les ruptures de prise en charge, particulièrement fréquentes en protection de l'enfance. Concrètement, un enfant placé peut être accompagné de manière coordonnée par une pluralité de professionnels : éducateurs spécialisés en MECS⁵, travailleurs sociaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), psychologues, enseignants et parfois services de pédopsychiatrie. Cette coordination se matérialise notamment à travers des réunions de synthèse, des projets personnalisés partagés ou encore des échanges d'informations encadrés.

Par exemple, lorsqu'un enfant connaît des changements successifs de lieu de placement (famille d'accueil, foyer, retour en famille), une coordination renforcée entre les services permet d'assurer une continuité dans l'accompagnement éducatif et psychologique. Elle vise à éviter les ruptures de parcours, souvent préjudiciables au développement de l'enfant, en garantissant une cohérence des interventions et des objectifs éducatifs.

Ainsi, la loi du 2 janvier 2002 participe à une recomposition de l'action publique en protection de l'enfance, en favorisant une approche à la fois plus planifiée, plus coordonnée et davantage centrée sur les besoins spécifiques des enfants et des familles. Toutefois, l'effectivité de ces principes reste dépendante des moyens mobilisés, des dynamiques partenariales locales et de la capacité des acteurs à travailler ensemble dans une logique de continuité des parcours.

Conclusion

La loi du 2 janvier 2002 constitue un tournant majeur dans les politiques sociales et médico-sociales françaises. Elle consacre une approche fondée sur les droits, la participation et la qualité, et transforme profondément les relations entre les institutions et les usagers.

Au-delà de ses dispositions juridiques, elle incarne une évolution plus large de l'État social vers un modèle plus démocratique, transparent et centré sur la personne. Toutefois, son effectivité repose sur des conditions concrètes de mise en œuvre, qui demeurent un enjeu central pour les politiques publiques contemporaines.

Malgré ses avancées, la loi présente certaines limites. Sa mise en œuvre est inégale selon les établissements, et le risque de formalisme est réel. La multiplication des documents (contrats, projets, évaluations) peut parfois éloigner les professionnels de la relation humaine.

De plus, la participation des usagers reste parfois limitée, notamment pour les publics les plus fragiles. Par exemple, une personne atteinte de troubles cognitifs peut avoir des difficultés à comprendre ses droits ou à participer activement aux décisions.

⁵ Maison d'Enfant à Caractère Sociale

Ces limites montrent que la réussite de la réforme dépend largement de son appropriation par les acteurs de terrain et de la capacité des politiques publiques à accompagner ce changement (formation, moyens, encadrement).

C'est d'ailleurs pour cela que les contrôles et les évaluations des établissements ont été renforcées grâce au Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022, qui vient modifier le Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021.

Bibliographie

- Légifrance. (2002, 2 janvier). *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>
- AGEVAL. (2024). *Fiche mémo : Les 7 outils de la loi 2002-2 pour garantir les droits et libertés de la personne accompagnée*. <https://www.ageval.fr/wp-content/uploads/2024/06/Fiche-memo-les-7-outils-de-la-loi-2002-2-pour-garantir-les-droits-et-libertes-de-la-personne-accompagnee-AGEVAL.pdf>
- Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA), & Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). (2021). *Mettre en place ou redynamiser son conseil de vie sociale : Guide de bonnes pratiques à destination des établissements de protection de l'enfance*. https://www.cnape.fr/documents/ansa-dgcs_-mettre-en-place-ou-redynamiser-son-cvs-guide-de-bonnes-pratiques-a-destination-des-etablissements-de-protection-de-lenfance/
- Association Régionale pour l'Intégration (ARS13). (s.d.). *MECS PEPS – Parcours éducatif et psychosocial*. <https://ars13.org/services/meccs-peps/>
- Noël, M. (2008). *La participation des jeunes au sein du conseil de la vie sociale d'un établissement de protection de l'enfance*. *Vie sociale*, 2(2), 55–63. <https://doi.org/10.3917/vsoc.082.0055>
- Premier ministre. (2022). *Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000045668643/>