"Les droits de l'usager : mythe ou réalité ?"

A propos de la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Jean-Michel LATTES
Maître de conférences en droit privé
Vice-Président de l'Université Toulouse 1

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale traduit, sans nul doute, une évolution forte des dispositifs juridiques applicables aux personnes traitées par le secteur social et médico-social, celles-ci se voyant désormais attribuer la qualification « d'usagers »[1].

Ce nouveau texte doit être replacé dans l'histoire juridique dont il est issu et qui témoigne de la lente mais permanente évolution des conceptions sociales.

Ainsi, la grande loi du 30 juin 1975 affirme clairement l'importance de la place des usagers et de leurs familles dans les institutions sociales et médico-sociales.

On passe progressivement de l'idée d'assistance pour aller, dans un premier temps, vers l'idée d'insertion. On valorise aujourd'hui l'idée, plus forte, d'intégration.

Si au début du XXème siècle on se préoccupe avant tout de protéger la personne handicapée, au début du troisième millénaire on parle de la reconnaissance de sa citoyenneté.

Cette évolution n'est pas neutre pour les professionnels du travail social. Chargés dans un premier temps de protéger le handicapé y compris contre lui-même, ils doivent désormais tenir compte de ses droits.

Partie 1.
De l'assistance à l'intégration.

A - De la charité à l'assistance.

Les logiques caritatives, souvent mises en place par des ordres religieux sous l'ancien régime, ne résisteront pas à la volonté du législateur révolutionnaire de mettre en place une action publique dans le domaine du handicap.

[1] J.O. n°2 du 3 janvier 2002, p.124.

[2] Jean-Michel Lattes, « Travailleur handicapé », Répertoire Dalloz social, juin 2002.

L'assistance devient alors un devoir national. Il faudra cependant attendre la 3ème République pour que l'idée d'assistance soit véritablement institutionnalisée au sein des dispositifs publics avec la création de la direction de l'assistance et de l'hygiène (1886), du Conseil supérieur de l'assistance publique (1888) et la mise en place d'un bureau d'assistance dans chaque commune (1893).

On demeure malgré tout dans une conception «asilaire» du traitement des personnes dépendantes, en particulier, les handicapés. C'est un simple droit à la survie qui est mis en place, les conditions de cette survie n'étant pas organisées par les textes en vigueur.

De l'insertion à l'intégration

La fin de la première guerre mondiale permet l'émergence d'une nouvelle approche culturelle et sociale du handicap.

Il ne suffit plus d'assister la personne handicapée, il convient désormais d'en assurer la réinsertion professionnelle[3].

D'abord réservés aux anciens militaires, ces textes s'appliquent, peu à peu, à l'ensemble des personnes en situation de dépendance[4].

La loi du 23 novembre 1957 constitue le point d'orgue de cette évolution.

Pour la première fois, un texte affiche, comme objectif, la mise en place d'un système cohérent de reclassement professionnel des personnes handicapées en organisant une obligation d'embauche prioritaire à leur profit.

En droit, les mots ne sont pas neutres et la loi de 1957 abandonne les mentions d'infirmes ou de mutilés pour parler désormais de salariés handicapés[5]. L'ensemble du dispositif légal demeure cependant d'une grande complexité et reste délicat à organiser.

La notion d'intégration va naître du constat de l'exclusion récurrente du handicapé et de la personne dépendante du reste de la société.

La loi d'orientation du 30 juin 1975 évoque pour la première fois les droits fondamentaux de la personne handicapée.

Ce texte recouvre toutes les périodes de sa vie en recherchant la simplification par l'unification des règles.

On y traite de rééducation, d'emploi, de vie sociale, de loisirs... Pourtant, la loi de 1975, séduisante dans ses objectifs, se révèle décevante dans son application.

Les complexités antérieures demeurent et les obligations mises en place demeurent limitées et peu efficaces[6].

[3] Loi du 17.04.1916 complétée par la loi du 31.01.1923 reconnaissant aux militaires et marins blessés un droit d'accès préférentiel à l'emploi – Loi du 2.01.1918 organisant la mise en place d'écoles de rééducation au profit des mutilés de guerre – Loi du 26 avril mettant en place l'emploi obligatoire des militaires percevant une pension d'invalidité.

[4] Loi du 14.05.1930 sur les victimes d'accidents de travail – Ordonnance du 3.07.1945 sur la protection des personnes aveugles – Loi du 2.08.1945 sur l'aide à la réinsertion des grands infirmes – Décret du 29.11.1953 créant les commissions départementales d'orientation des infirmes – Création des Centres d'Aides par le Travail (CAT) en 1954.

[5] La loi crée aussi les ateliers de travail protégé et les centres de distribution de travail à domicile.

[6] La loi du 10.07.1987 améliore la situation sans pour autant résoudre tous les problèmes. D'autres textes complètent ce dispositif : Loi d'orientation sur l'éducation du 10.07.1989, Loi du 12.07.1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur santé ou de leur handicap, Loi du 13.07.1991 sur l'accessibilité...

Partie 2
L'usager reconnu et protégé par la loi de 2002

A - Des règles confuses et d'application variable

1. Des règles juridiques citoyennes

Plusieurs textes participent à la reconnaissance d'une citoyenneté permettant de préparer le concept « d'usager ».

Le traitement du jeune handicapé est valorisé par la circulaire du 6 septembre 1991 qui lui reconnaît le droit à un accueil et à une scolarisation en milieu ordinaire[7].

D'autres textes avaient auparavant pris la mesure de ces nécessités comme le décret du 27 octobre 1989 sur le fonctionnement des établissements spécialisés susceptibles de favoriser « l'autonomie maximale quotidienne, sociale et professionnelle » ou la circulaire du 30 août 1985 sur l'accès des personnes handicapées aux épreuves d'examen.

2. La Convention Collective du 31 octobre 1951

Ce texte permet d'adapter, par son origine conventionnelle, les textes qui précèdent aux nouveaux besoins déontologiques du secteur médico-social.

Les développements relatifs à « l'exécution du service » et aux « devoirs du personnel » voire ceux portant sur « le logement » mais, surtout, les parties annexes, témoignent de cette évolution.

La présence dans ces établissements de psychologues et d'assistantes sociales, les structures d'emplois et leurs finalités, les fonctions affectées aux CAT...

Tout cela concourt à dégager les prémices de la définition de la notion d'usager.

3. Les règlements intérieurs des établissements

C'est à ce niveau que la réflexion déontologique et l'évolution des règles applicables ont pu connaître leurs évolutions les plus significatives.

L'exemple de l'ASEI tant au niveau général qu'établissement par établissement nous permet de le mesurer.

Ainsi, le règlement intérieur de l'ASEI dans sa version du 20 juin 1980 confirme notre analyse.

On y traite de la mise en œuvre d'une véritable réadaptation reconnue comme de la responsabilité de l'ASEI alors que le personnel se voit recommander des orientations professionnelles proches de pratiques déontologiques.

Par suite, le règlement rénové du 1er juillet 1984 développe plus nettement le problème du comportement des salariés à l'égard des usagers et de leurs familles.

Cette prise en compte de référents déontologiques est particulièrement nette dans le règlement intérieur des foyers d'accueil.

On y traite, en effet, d'autonomie, de confiance mutuelle, d'accompagnement et de projet éducatif même si d'autres règles, souvent justifiées pour des raisons objectives, peuvent sembler aller à l'encontre des droits des personnes[8].

[7] « Chaque fois que cette intégration est possible, elle devra être mise en œuvre »

[8] «... interdiction de s'enfermer à clé, limitation des sorties, autorisations requises... ».

3 - Un cadrage des dispositifs par la loi du 2 janvier 2002

En réformant la loi du 30 juin 1975, la loi du 2 janvier 2002 engage la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Ce secteur couvre un nombre très important de structures regroupées autour d'un champ d'application considérable : 130 000 enfants dans le secteur des enfants handicapés[9], 20 300 adultes dans le secteur des adultes handicapés[10], 52 000 enfants dans le secteur de l'Aide sociale à l'Enfance[11], 38 000 personnes dans le secteur de l'hébergement et de la réadaptation sociale[12], 650 000 personnes dans le secteur des personnes âgées[13].

1. Une réforme nécessaire

A l'origine, l'objectif de la loi du 30 juin 1975 était de structurer le secteur social et médico-social en donnant une définition légale des institutions sociales et médico-sociales. Pourtant, ce texte ne prévoit pas de véritable planification et, de fait, ne crée pas de véritable service public social. Le rapport d'évaluation de l'IGAS de 1995 traduit les manquements de la loi de 1975.

Au-delà de l'absence de définition même de l'action sociale et médico-sociale, la loi ne dit rien des droits des personnes et de leur entourage. Elle n'est plus adaptée à l'évolution des modes d'accompagnement et de prises en charge des personnes alors qu'en privilégiant les prises en charge à temps complet, la loi ne permet pas à tous les dispositifs sociaux existants de disposer de base légale[14].

En outre, la loi de décentralisation étant postérieure à la loi de 1975, les bouleversements générés dans la répartition des compétences et dans les financements ne sont pas pris en compte.

Ainsi, peu de moyens sont prévus pour adapter l'offre aux besoins et cela génère d'importantes disparités entre les départements et les catégories d'établissements. Il n'existe pas, de fait, de véritable schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

2. Les grands principes de la loi du 2 janvier 2002[15]

La loi s'organise autour de deux grandes idées. Elle cherche à favoriser la capacité d'innovation des institutions sociales et médico-sociales tout en favorisant la responsabilisation de l'ensemble des acteurs.

Si une définition des principes fondamentaux qui régissent l'action sociale et médico-sociale n'est pas clairement établie, à l'inverse, ses fondements sont précisément énoncés : recherche de l'autonomie et de la protection des personnes, renforcement de la cohésion sociale, promotion de l'exercice de la citoyenneté et prévention de l'exclusion.

Des principes clairs sont posés : respect de la dignité des personnes et équité sur l'ensemble du territoire.

La loi favorise, enfin, l'élaboration d'une charte nationale définissant des principes éthiques et déontologiques applicables dans le cadre de missions clairement établies.

[9] 6300 structures et 78000 professionnels.
[10] 4 400 CAT et foyers d'hébergement pour 75 000 professionnels.
[11] 2 000 établissements et 4 300 professionnels.
[12] 1 000 centres d'hébergement et 8 500 professionnels.
[13] 180 000 professionnels.
[14] Prises en charge ambulatoires, accueils de jour, structures innovantes et expérimentales...

[15] La loi comporte 87 articles répartis en 6 chapitres et ne modifie pas la répartition des compétences entre l'Etat et le Département.

évaluation et prévention des risques sociaux, protection administrative et judiciaire des personnes dépendantes, actions éducatives adaptées au niveau de développement des personnes concernées, recherche systématique de l'intégration scolaire et professionnelle, assistance dans la vie courante...

L'enjeu majeur de la loi reste de placer l'usager au cœur du dispositif en lui reconnaissant des droits fondamentaux[16] : respect de la dignité, de l'intégrité et de la vie privée, droit à la sécurité, liberté de choix entre les modes de prestations, protection de la confidentialité, accès à l'information, accompagnement individualisé...

De nouveaux dispositifs complètent le texte pour favoriser l'exercice de ce droit : création d'un livret d'accueil dans les établissements, mise en place d'une charte des droits et des libertés de la personne accueillie, élaboration d'un règlement intérieur et d'un contrat de séjour, création d'un médiateur permettant à l'usager de faire valoir ses droits, organisation d'un conseil de la vie sociale et définition des objectifs poursuivis dans un projet d'établissement ou de service[17].

3.La reconnaissance des droits des usagers

Au-delà de la mise en place de grands principes, la loi du 2 janvier 2002 présente une véritable cohérence juridique du fait de la reconnaissance de droits avec, pour corollaire, l'organisation de moyens permettant d'en garantir l'application.

La personne vulnérable se voit reconnaître un véritable droit à l'autodétermination de son projet de vie permettant de rompre son isolement. Le droit à la parole de l'usager en découle nécessairement et il bénéficie de structures en favorisant l'exercice.

Les professionnels sont essentiels dans ce dispositif. La réalité de l'application de ces nouvelles logiques est directement dépendante de leur capacité à élaborer des projets.

Conclusion

La loi du 2 janvier 2002 constitue une avancée considérable dans la prise en compte du droit des personnes dépendantes. La relation d'aide qui se met en place dans les institutions spécialisées peut déboucher sur la mise en cause de certains droits fondamentaux comme celui, pour toute personne, d'avoir du pouvoir sur sa propre vie.

D'autres textes participent à cette volonté[18] mais la loi de 2002 constitue un acte essentiel permettant d'intégrer le droit des usagers dans notre système juridique comme une limite incontournable à l'action des professionnels. Ces derniers doivent désormais l'intégrer dans leur action professionnelle et participer ainsi à son renforcement[19]. On passe d'une logique "assistancielle" à une véritable contractualisation du service rendu permettant de mesurer les attentes de l'usager afin d'adapter la réponse sociale. ■

[16] Il est utile de constater que le Code civil consacre directement certains de ces droits. Ainsi, l'article 9 du Code régit le droit au respect de la vie privée alors que l'article 16 assure à chacun le droit au respect de sa dignité.

[17] La loi prévoit d'autres avancées comme la diversification des modes de prise en charge comme des établissements et des services, une organisation sociale et médico-sociale rénovée, une évaluation de la qualité et un Conseil National de l'évaluation, un renforcement des contrôles, une amélioration de la démocratie dans les fonctionnements, ...

[18] Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et ses décrets d'application : décrets du 29.04.2002 sur l'accès aux informations personnelles, du 27.11.2002 sur le Conseil national représentatif des personnes handicapées.

[19] Le processus d'application de la loi de 2002 est largement engagé au niveau de l'ASEI. Ainsi, 50% des établissements soumis à l'obligation ont d'ores et déjà fait valider leur contenu non seulement par le siège social mais aussi par la direction des personnes handicapées et les familles d'usagers. Les établissements de l'ASEI ont réalisé leur règlement de fonctionnement adopté prochainement par le Conseil d'administration. Les projets d'établissement sont en cours d'élaboration et le contrat de séjour demeure suspendu à la publication des décrets d'application.