

DROITS DES USAGERS : PRINCIPES ET OUTILS DE LA LOI DE 2002

Du livret d'accueil au projet d'établissement, la loi de 2002 a souhaité garantir l'exercice des droits des usagers dans chaque établissement social ou médico-social. Ces nouveaux outils reviennent à rendre plus lisibles, plus identifiables les pratiques professionnelles, les modalités d'organisation, d'accueil et d'accompagnement. Mais leur mise en pratique génère de nombreuses interrogations chez les professionnels, sur le rôle du droit et sur l'adéquation de ces outils aux spécificités de leurs établissements et services...

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vise notamment la **reconnaissance des droits des personnes en difficulté**... une reconnaissance au sein de notre société dans son ensemble, mais plus particulièrement au sein des établissements et services dédiés à ces populations.

Il s'agit non seulement de prévenir les maltraitances, mais surtout de faire du rapport aux usagers l'axe central de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations.

Il s'agit de « passer de la protection du sujet fragile à la reconnaissance de l'utilisateur citoyen ¹», à travers :

1. la rénovation des **missions et principes** du social et médico-social (p.3)
2. la définition de **7 droits** de l'utilisateur (p.4-5)
3. la traduction de ces droits en **7 outils**, pour en faciliter l'exercice (p.6-10).

Cet accent porté sur les droits des usagers appelle chaque équipe de professionnels à se réinterroger, à repenser, tout au moins à formaliser le rapport à l'utilisateur et sa participation à la vie institutionnelle. Ainsi, bien plus qu'une mise en conformité, garantir les droits des usagers consiste à s'approprier la loi de 2002, à donner du sens à ces outils selon ses spécificités et celles de la population accueillie...

¹ Site du Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale.
http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/renov_asms/d_usagers.pdf

AVANT 2002 ... UNE AFFIRMATION PROGRESSIVE DES DROITS DES USAGERS

La notion de *droit des usagers* apparaît à l'aube des années 1980 autour des services publics (de l'*administré* à l'*usager*)².

L'administration et l'action sociale étant liées de fait, la première encadrant la seconde, le secteur social et médico-social traverse des mutations identiques : droit à compensation des conséquences du handicap³ et de la perte d'autonomie des personnes âgées⁴, droit de la protection de l'enfance⁵, droit des personnes en situation d'exclusion⁶.

En faisant constamment référence à la notion de droit à la compensation, certes légitime, l'usager reste davantage perçu comme un sujet fragile (discrimination positive) que comme un citoyen à part entière. C'est donc cette logique qu'a souhaité renverser la loi du 2 janvier 2002, en définissant des droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social, et en fournissant des outils propres à les garantir.

Pour autant, ces outils sont tous inspirés de dispositions antérieures relatives à différents secteurs (santé, éducation nationale, enfance, personnes âgées,...) :

- livret d'accueil et charte du patient dans les établissements de santé ;
- contrat jeune majeur, contrat d'insertion, contrat de séjour (pers. âgées) ;
- conseil de maison ou d'établissement, représentant les usagers⁷ ;
- le projet d'établissement des collèges et lycées ou des établissements accueillant des enfants handicapés (1989), des établissements de santé (1991), des personnes âgées dépendantes (1999), de la petite enfance (2000), de la protection judiciaire de la jeunesse (2001);
- ...

² Ce mouvement est initié par deux lois de 1978 : traitement des données à caractère personnel, liberté d'accès aux documents administratifs. Son aboutissement réside dans la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (amélioration de l'information, ...).

³ Posé par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et celle sur les droits des malades du 4 mars 2002, le contenu du droit à compensation est défini par la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁴ Loi du 20 juillet 2001 et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

⁵ Loi du 6 juin 1984 (droit des familles / services protection enfance), les 2 lois du 4 mars 2002 (droit des patients mineurs ; autorité parentale et droit à la filiation), décret du 15 mars 2002, circulaire du 26 avril 2002...

⁶ Loi du 1^{er} décembre 1988 (RMI) et Loi du 29 juillet 1998 (CMU, logement, citoyenneté, ...).

⁷ Loi du 30 juin 1975 modifiée par la loi du 3 janvier 1985 et le décret du 17 mars 1978 relatifs aux institutions sociales et médico-sociales ; décret du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement.

LES MISSIONS ET PRINCIPES DE L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

Les principes et missions de l'action sociale et médico-sociale, tels qu'ils sont définis par la loi de 2002, constituent **un socle de valeurs ayant pour dénominateur commun la promotion des droits des personnes.**

Les missions de l'action sociale et médico-sociale (article 2 de la loi):

- *l'autonomie* et la *protection* des personnes
- la *cohésion sociale*
- l'exercice de la *citoyenneté*
- la *prévention des exclusions* et la correction de ses effets.

Les deux grands principes devant guider le secteur dans son ensemble (article 3) :

- *le respect de l'égalité dignité de tous les êtres humains*
- *une réponse adaptée aux besoins de chacun* d'entre eux, et la garantie d'un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

LES DROITS RECONNUS A TOUT USAGER CITOYEN

L'article 7 de la loi 2002-02 définit **sept droits garantis à toute personne prise en charge**. Ces garanties sont larges et diverses : certaines reprennent des **droits généraux** (dignité, vie privée, ...), d'autres relèvent plus **spécifiquement du secteur social et médico-social** (libre choix, participation, ...) ⁸.

1. le respect de sa **dignité**, de son **intégrité**, de sa **vie privée**, de son **intimité** et de sa **sécurité**.

Il s'agit de droits fondamentaux, c'est-à-dire de droits protégés par des normes constitutionnelles, européennes et internationales⁹.

La notion de dignité renvoie à l'idée que « quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain » (Paul Ricœur) : une même dignité pour tous qui n'admet pas de degré, justifiant des actions particulières envers tout facteur de vulnérabilité (âge, pathologie ou handicap, situation sociale, ...).

L'intégrité c'est l'idée de garder « entier », physiquement (respect de sa vie et de son corps) et moralement (dignité, vie privée, droit à l'image, ...).

⇒ Charte des droits et libertés (art.1,12,...), Règlement de fonctionnement (vie collective / vie privée).

2. le **libre choix des prestations** (à domicile ou en établissement, ...).

Ce libre choix est encore peu applicable pour les personnes âgées, face au nombre insuffisant de services d'aide à domicile, tout comme pour les personnes handicapées, pour qui le maintien à domicile est souvent subi. Ce droit est limité par la loi dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance.

⇒ Charte (art. 4), Livret d'accueil (information sur les différents modes d'accompagnement proposés par l'établissement), Contrat de séjour (définition d'un mode de prise en charge adapté à l'utilisateur)...

3. un **accompagnement individualisé et de qualité**, respectant un **consentement éclairé**.

L'utilisateur doit être en mesure, grâce à une information claire, de donner son accord concernant sa prise en charge, accord qu'il peut retirer à tout moment. D'ailleurs, bien plus qu'une « prise en charge », il s'agit d'un « projet d'accueil et d'accompagnement » auquel il participe directement (voir n°7).

⇒ Charte des droits et libertés, Projet d'établissement (décliné en projet individualisé, éducatif, thérapeutique, d'insertion,...), Contrat de séjour...

⁸ Code de l'action sociale et des familles, art. L.311-3

⁹ Ce concept occupe une place éminente dans les textes relatifs à la bioéthique, au génome humain,...

4. la **confidentialité** des données concernant l'utilisateur.

Il s'agit d'instaurer une relation de confiance, de protéger l'utilisateur vis-à-vis de tiers... et surtout de concilier ce droit à la notion de « secret partagé » dépourvue de véritable définition juridique, mais indispensable à la prise en charge.

Garantir ce droit c'est être vigilant sur le recueil et la transmission des informations, c'est aussi associer l'utilisateur à ces échanges écrits ou oraux, internes ou externes à l'établissement.

➔ *Charte (art. 7), Règlement de fonctionnement (modalité d'exercice de ce droit),...*

5. l'**accès à toute information** le concernant.

L'utilisateur est propriétaire des informations le concernant ; les professionnels en sont les dépositaires. L'utilisateur peut donc accéder directement à son dossier médical, social, éducatif... les données informatisées et les parties du cahier de liaison le concernant.

*Il était question d'élaborer un décret venant fixer les modalités de ce droit, quid ? En attendant, il est préférable de se référer à la législation concernant le dossier médical : le patient a le droit de consulter **toutes les informations formalisées** (écrites, réunies et conservées) relatives à sa prise en charge, au contraire des notes personnelles du professionnel et des informations recueillies auprès d'une autre personne n'intervenant pas dans sa prise en charge ou concernant cette autre personne¹⁰.*

➔ *Charte des droits et libertés (art. 3), Règlement de fonctionnement (modalité d'accès au dossier...).*

6. une information sur ses **droits fondamentaux**, sur les **protections légales et contractuelles** dont il bénéficie et les **voies de recours** à sa disposition.

« Nul n'est censé ignorer la loi » : l'établissement social ou médico-social informe le citoyen en situation de fragilité pour l'aider à connaître et faire valoir ses droits.

➔ *Charte des droits et libertés, Règlement de fonctionnement, Contrat de séjour, Personne qualifiée.*

7. sa **participation directe** au projet d'accueil et d'accompagnement.

Pour participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet, l'utilisateur doit être informé des modalités d'accueil et d'accompagnement, être consulté et associé aux décisions le concernant (par exemple, à la réunion de synthèse). Il s'agit aussi d'y associer, autant que possible et dans son intérêt, ses représentants légaux (parents, tuteur) et toute personne de son choix.

➔ *Livret d'accueil et Règlement (information), Charte (art. 4 et 6), Contrat de séjour (participation).*

¹⁰ Loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades. Décret du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

LES OUTILS GARANTISSANT L'EXERCICE EFFECTIF DE CES DROITS

Sept instruments propres à favoriser le respect des droits des usagers sont établis par la loi du 2 janvier 2002 (article 8 à 12)¹¹ :

1. Livret d'accueil	}	3 documents à remettre à la personne accueillie
2. Règlement de fonctionnement		
3. Charte des droits et liberté		
4. Contrat de séjour ou Document individuel	}	2 outils de participation individuelle et collective
5. Conseil de la vie sociale ou autre instance		
6. Projet d'établissement ou de service	}	1 référentiel interne
7. Personne qualifiée	}	1 soutien dans la résolution des conflits

Les documents d'accueil :

Le **livret d'accueil** est à la fois un outil de pédagogie pour l'utilisateur, et un élément de communication vers l'extérieur.

La loi de 2002 n'impose pas de contenu particulier, mais fait cependant obligation d'y annexer la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement. À titre indicatif, la circulaire du 24 mars 2004¹² donne quelques recommandations : situation géographique, organisation générale de l'établissement, ...

Il s'agit d'un document obligatoire à distribuer, avec ses annexes, à toute personne accueillie. Sa valeur juridique est importante, « car il pourra éventuellement servir de référence pour l'engagement de la responsabilité de ces auteurs¹³».

L'essentiel est que ce document soit le plus adapté possible aux spécificités du public accueilli, tant dans sa forme, que dans son contenu et son mode de diffusion.

¹¹ Articles codifiés aux articles L.311-4 à L.311-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹² Circulaire DGAS/SD 5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

¹³ LHUILLIER Jean-Marc, Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Editions ENSP, 2^{ème} édition, 2005, p.152.

Si de fausses informations sont relevées, elles constituent des infractions pour publicité mensongère (Code de la consommation, art. L.121-1 à L.121-15).

Le **règlement de fonctionnement** (à ne pas confondre avec le *règlement intérieur*¹⁴ prévu dans le Code du travail pour les salariés) définit autant les droits de la personne accueillie que ses obligations au sein de l'établissement : organisation de l'établissement, affectation des locaux, sûreté des personnes et des biens... Son contenu est précisé par un décret de 2003¹⁵ qui indique également les modalités de son élaboration et de sa révision : concertation des instances représentatives du personnel et des usagers, révision tous les 5 ans au moins. Il est recommandé d'afficher le règlement et de le communiquer à chaque professionnel.

«Les dispositions du règlement de fonctionnement peuvent faire l'objet de recours devant les juridictions compétentes (...), en cas de non-conformité de ses dispositions à la loi (toutes les lois)» ou « pour des actions en responsabilité pour obtenir des dommages et intérêts (...)»¹⁶.

La **charte des droits et libertés de la personne accueillie** a été élaborée dans un cadre interministériel (arrêté du 8 septembre 2003). Parmi les douze droits définis, certains sont énoncés par la loi de 2002 (le droit à la vie privée et à l'intimité notamment), d'autres en sont la déclinaison (par exemple, l'individualisation de la prise en charge se traduit par le droit à la pratique religieuse).

Son contenu peut paraître d'autant plus redondant que d'autres dispositions légales et réglementaires doivent y être annexées...¹⁷ Mais il est peut-être plus pertinent de constituer un dossier rassemblant toutes ces dispositions, et que ce dossier soit à la disposition de tous les usagers (en salle d'accueil par exemple).

¹⁴ Avant la loi de 2002 la confusion a existé : le règlement de fonctionnement était instauré sous l'appellation de règlement intérieur dans les établissements publics nationaux (loi du 30 juin 1975 et loi du 6 janvier 1986) et dans les établissements pour personnes âgées (loi du 24 janvier 1997 relative à la prestation spécifique dépendance).

¹⁵ Décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁶ En cas d'absence de prestations ou de mauvaise qualité, les usagers peuvent demander des compensations financières en faisant la preuve que l'établissement a commis une faute qui leur a causé préjudice.

Cf. LHUILLIER J.-M., op. cit., 2005, p.166 et p.156

¹⁷ ... dispositions relatives aux missions et principes de l'action sociale et médico-sociale, aux droits fondamentaux, à la protection des salariés ayant témoigné de mauvais traitement... Mais aussi, lorsque la prise en charge ou la situation de la personne le justifie, les dispositions du Code de santé publique relatives aux droits des patients.

La participation individuelle et collective des usagers :

Dans l'idée de reconnaître davantage l'utilisateur comme acteur de son propre projet, un **contrat de séjour** doit être signé avec l'établissement, impliquant «une relation d'égalité entre les signataires, une réciprocité dans les droits et devoirs de chacun d'eux, leur acceptation d'obligation respectives et leur responsabilisation¹⁸».

Comme précisé par un décret de 2004¹⁹, cet outil vise à expliciter et actualiser :

- les objectifs de la prise en charge ;
- les prestations les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre ;
- les mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales, thérapeutiques ou d'orientation prises par les instances compétentes ;
- en annexe, les tarifs et les conditions de facturation des prestations.

Le contrat de séjour prend la forme d'un **document individuel de prise en charge** :

- lorsque les prestations fournies ne nécessitent aucun séjour ou un séjour d'une durée prévisionnelle inférieure à 2 mois ;
- dans certains champs du social et médico-social : action médico-sociale précoce, mesures éducatives relatives à l'enfance délinquante, centres de ressources, d'information et de coordination, services de proximité ;
- lorsque que l'utilisateur ou son représentant légal refuse de signer le contrat.

Ces deux outils doivent être élaborés en 3 temps :

- conception du document initial (dans les 15 jours qui suivent l'admission) ;
- avenant individualisant les objectifs et les prestations adaptées à la personne (dans un délai maximum de 6 mois) ;
- réactualisation annuelle des objectifs et des prestations.

Si le contrat doit être co-signé par l'utilisateur (ou son représentant légal), cela n'est pas précisé pour le document individuel, introduisant un doute sur sa nature juridique. Toutefois, «au regard de la logique législative, la grande différence avec le contrat de séjour est que ce document individuel de prise en charge n'est pas de nature contractuelle²⁰».

¹⁸ BAUDURET J.-F. et JAEGER M., op. cit., 2002, p.111

¹⁹ Décret n°2004-1275 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu à l'article L.311-4 du CASF.

²⁰ LHUILLIER J.-M., op. cit., 2005, p.115

Afin d'associer les usagers au fonctionnement et à l'organisation d'un établissement, doit être mis en place un **conseil de la vie sociale**, un groupe d'expression, une enquête de satisfaction ou toute autre instance de consultation des usagers.

Bien plus qu'un enjeu de pouvoir, il s'agit d'un enjeu de changement, d'une autre façon d'être ensemble dans un logique de négociation profitable à chacun et dans l'intérêt de tous.

Deux décrets encadrent ces instances de participation des usagers : le décret du 25 mars 2004 a précisé leur composition, leurs missions et leur mode de fonctionnement ; le décret du 2 novembre 2005 a assoupli certaines de ces dispositions et en a précisé d'autres²¹.

Le gestionnaire de l'établissement détermine le mode de consultation et ses modalités concrètes d'organisation à travers un règlement spécifique.

Quelque soit la forme choisie, les représentants des usagers, de leurs proches²² et de leurs représentants légaux (parents, tuteurs, curateurs) doivent être en nombre supérieur à la moitié du nombre total des membres. Si la représentation des proches et des représentants légaux ne se justifie pas en raison de la catégorie des personnes accueillies ou de la nature de la prise en charge, les sièges doivent être attribués aux personnes accueillies. Dans ce cas, le gestionnaire expose les arguments justifiant leur absence dans un « constat de carence ».

Selon l'ordre du jour, des personnes extérieures à l'établissement, son directeur ou son représentant peuvent se joindre à la consultation.

Par ailleurs, cette instance doit être obligatoirement consultée sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

²¹ Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au CVS et aux autres formes de participation.

Décret n°2005-367 du 2 novembre 2005 portant modification de certaines dispositions du CASF relatives au CVS.

En principe, **le CVS est obligatoire** dans tout établissement ou service assurant l'hébergement ou l'accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail. **Il n'est pas obligatoire** :

- Depuis le décret du 25 mars 2004 : dans les établissements accueillant majoritairement des mineurs de moins de 11 ans, les lieux de vie et d'accueil, les services de la PJJ ;
- Depuis le décret du 2 novembre 2005 : dans les établissements et services oeuvrant dans le domaine de la lutte contre les exclusions ou en direction de personnes confrontées à des difficultés spécifiques. Cela concerne notamment les **CHRS oeuvrant dans le domaine de l'urgence sociale**, les **CSAPA (CSST et CCAA)** ou les **ACT**, dès lors que les durées de prise en charge sont inférieures à 1 an, soit la durée minimale du mandat des membres du CVS.

Ces établissements peuvent également recourir à un **organisme d'aide à la traduction** si les représentants des usagers ne maîtrisent pas suffisamment la langue française.

²² CASF, art.D.311-11

Un référentiel interne à l'établissement :

Le **projet d'établissement**, document aux multiples facettes, doit notamment constituer un outil d'implication des usagers à la vie de l'établissement. Il est d'ailleurs intégré dans la section de la loi de 2002 consacrée aux droits des usagers. Témoignage d'aujourd'hui et de demain, alliant analyse de l'existant et définition d'objectifs de progrès, le projet d'établissement a une périodicité de 5 ans maximum.

Les représentants des usagers doivent être consultés lors de son élaboration et de son actualisation. Le but est que la réflexion autour du projet définisse des espaces de débat permettant l'interpellation des pratiques et la constante mise en adéquation de la mission au public accueilli.

Un soutien dans la réalisation des conflits :

Pour l'aider à résoudre un conflit individuel ou collectif et à faire valoir ses droits en tant qu'utilisateur d'un établissement, toute personne prise en charge, ou son représentant légal, peut faire appel à une **personne qualifiée**²³. L'utilisateur choisit ce médiateur (magistrat à la retraite, élu à la retraite, agent des DDASS à la retraite, ...) sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du Conseil général.

Cette personne rend compte de ses actions à l'utilisateur, aux autorités de contrôle et au juge si un manquement grave à la législation est constaté. Il ne s'agit que d'une possibilité concernant le gestionnaire : la personne qualifiée est donc davantage une aide au droit de l'utilisateur, qu'un conciliateur en lien avec l'établissement.

L'institutionnalisation de cet « avocat » des usagers constitue une innovation majeure, mais la grande marge de liberté laissée aux acteurs locaux pour la mise en place de ce dispositif et l'apparent manque de transparence accordé au travail de cette personne qualifiée pourraient de poser un certain nombre de difficultés.

²³ Cf. Décret n°2000-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L.311-5 du CASF.

Ces sept outils sont donc porteurs du respect des droits des usagers, mais ils ne garantissent pas à eux seuls l'effectivité de ces droits...

L'enjeu est bien celui d'un apprentissage pour chacun et pour le collectif de ces droits, d'une mobilisation globale de l'institution pour s'approprier ces outils, leur donner du sens en fonction des spécificités du public et de l'établissement, et permettre ainsi leur intégration dans le quotidien, dans les pratiques de chacun.

L'outil qui peut impulser au mieux cette démarche est le projet d'établissement : non seulement il « donne du souffle à l'ambition technique de l'équipe en définissant ce qu'elle veut faire ²⁴», mais il permet également l'adhésion des professionnels et des usagers aux nouvelles exigences légales et réglementaires, que ce soit en termes de fonctionnement institutionnel, qu'en termes des droits des usagers.

²⁴ JANVIER R. et MATHO Y., « Le droit des usagers à l'épreuve du quotidien », in : JAEGER Marcel (sd), Diriger un établissement ou service en action sociale ou médico-sociale, Dunod, coll. Etablissements et services, 2005, p. 293