

# La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

## *Plan du cours*

### **I. Bref retour sur l'origine du texte**

### **II. Les principales orientations de la loi**

#### *Les fondements de l'action sociale et médico-sociale*

#### *Affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage*

Droit au respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne

Droit au libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé

Droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité

Droit à la confidentialité

Droit d'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge

Droit d'être informé sur ses droits et pouvoir les faire appliquer

Droit de prendre part activement à son devenir (projet)

#### *Mettre en place des outils afin de garantir les droits individuels*

Le livret d'accueil

Le contrat de séjour ou D.I.P.C (Document Individuel de Prise en Charge)

La personne qualifiée

Le Conseil de la Vie Sociale (C.V.S)

Le projet d'établissement

#### *Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif*

La planification

Les procédures d'autorisations

L'évaluation

Le contrôle des établissements

#### *Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes*

Un renforcement des relations verticales

Une coopération favorisée

Une coordination facilitée

### **III. Bilan de la mise en œuvre de la loi**

## I. Bref retour sur l'origine du texte

Lorsque le travail social entre dans sa phase de territorialisation et de sectorisation, courant des années 70 en France, la loi du 30 juin 1975 est adoptée et devient ainsi une des premières lois posant le cadre de l'intervention et du fonctionnement de ces institutions.

Durant les années 80 et 90, le processus de décentralisation et de sectorisation s'accroît. Le fonctionnement des établissements et des services se transforme (taille, organisation, compétences) et ouvre davantage à l'évaluation des pratiques. Par ailleurs, la préoccupation de l'usager, de sa « participation » commence à se renforcer. Un des premiers textes significatifs sur ce sujet est celui de 1984.

En 1995, vingt ans après le vote de la loi de 75, un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales<sup>1</sup> analysait les difficultés du secteur social et médico-social et avançait des pistes de réflexion sur une réforme globale mettant en avant, en particulier, la réponse aux besoins et aux droits des usagers (dimension pratiquement absente dans la loi de 75).

Une vaste concertation s'engage alors entre la Direction de l'Action sociale et les acteurs du secteur. De là, un projet de réforme proposé en 2000 par le Premier ministre visait prioritairement deux objectifs distincts mais liés : rénover l'organisation générale de l'action sociale et médico-sociale et améliorer le fonctionnement interne des établissements en privilégiant le droit des bénéficiaires. Le débat parlementaire qui a suivi a confirmé l'orientation de la réforme. Au terme de ce long processus, la loi 2002-2 est publiée le 3 janvier 2002 au Journal Officiel.

Le mode dominant de fonctionnement des institutions s'appuie aujourd'hui sur une conception politique, sociale et morale qui tend à privilégier les droits, les intérêts et la valeur de l'individu par rapport à ceux du groupe et de la communauté. Il prône l'autonomie individuelle face à ces institutions sociales et politiques qui exercent pourtant sur lui certaines règles. Dans ce contexte quelque peu « paradoxal », deux « outils » sont devenus souverains : le **contrat** et le **projet**.

### Références juridiques

→ Loi n°535 du 30/06/75 relative aux institutions sociales et médico-sociales

→ Loi n° 84-422 du 06/06/84 relative aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance, et au statut des pupilles de l'Etat.

→ Loi n° 2000-321 du 12/04/00 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration

<sup>1</sup> Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales, n° 95-155, décembre 1995, présenté par M.-F. Guérin, M.-T. Join-Lambert, S. Morlat et D. Villain.

## II. Les principales orientations de la loi

### Les fondements de l'action sociale et médico-sociale

La loi 2002-2 commence par définir le sens et les finalités de l'action sociale et médico-sociale. Dans son 1<sup>er</sup> article, elle indique clairement que : *"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 [...]"*

Cette action sociale et médico-sociale est conduite 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 la présente loi (voir plus loin). Elle doit pouvoir s'exercer sur l'ensemble du territoire de manière équitable.

Concernant les « publics visés », la loi n'est pas limitative ni non plus énumératrice de quoique ce soit. Sa grille de lecture se fonde sur deux dimensions. D'une part, sur la nature des actions et des missions possibles d'accompagnement des personnes. D'autre part, sur des types d'établissements, de services (voir encadrés 1 et 2).

Cette énumération contribue à élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et diversifier la nomenclature et les interventions des établissements et des services. Ainsi, la loi donne une existence reconnue aux prises en charges diverses, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, en internat, semi-internat, externat, ... domicile, en accueil familial. Le texte confère également une base légale aux structures nouvelles, de lutte contre l'exclusion, aux services d'aide à domicile, notamment pour adultes handicapés ainsi qu'aux lieux de vie et aux centres de ressources prodiguant aide et conseils aux familles en difficulté.

#### Références juridiques

→ Art. L116-1 du C.A.S.F

→ Art. L116-2 du C.A.S.F

→ Art. L311-1 et L312-1 du C.A.S.F

### **Encadré 1 : Les missions d'intérêt général et d'utilité sociale de l'Action Sociale et Médico-sociale**

*L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :*

- 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;*
  - 2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;*
  - 3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;*
  - 4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;*
  - 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;*
  - 6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.*
- « Ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales. Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. »*

### **Encadré 2 : Etablissements et services relevant de la loi 2002-2**

- Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans*
- Les établissements ou services d'enseignement et d'éducation spéciale qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou*

*médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation*

- Les centres d'action médico-sociale précoce*
- Les établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire (ordonnance du 2 février 1945, articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans)*
- Les établissements ou services d'aide par le travail (à l'exception de certaines structures et des ateliers protégés)*
- Les établissements ou services de réadaptation, de pré-orientation et de rééducation professionnelle*
- Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;*
- Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent ou qui accompagnent à domicile des personnes adultes handicapées.*
- Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;*
- Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques (par exemple les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et les appartements de coordination thérapeutique)*
- Les foyers de jeunes travailleurs (ceux qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation)*
- Les établissements ou services mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services*
- Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent à titre expérimental des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge (Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret)*

## **Affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage**

La loi 2002-2 ne fait qu'appuyer et clarifier les points de la loi de 1975. Elle n'a pas créé de nouveaux droits, elle ne fait que réaffirmer certains droits fondamentaux. D'une certaine manière, la personne accompagnée occupe, selon le texte, une nouvelle place (tout du moins une autre considération). Son objectif annoncé est de placer l'utilisateur au cœur de sa propre « prise en charge ».

Pour ce faire, la loi prévoit l'application de 7 catégories de droits fondamentaux et individuels.

### *Droit au respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité de la personne*

L'institution d'accueil et les travailleurs sociaux doivent donc faire en sorte que la dignité et l'intégrité des personnes soient respectées. Cela inclut le droit aux croyances et aux pratiques religieuses, à la chambre, à la sexualité... La sécurité doit être aussi bien physique, psychologique que matérielle.

### *Droit au libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé*

Ce libre choix entre une prise en charge à domicile ou en institution ne peut s'exercer que sous certaines réserves (dispositions juridiques, possibilités d'accueil, contraintes géographiques, situation et caractéristiques des personnes...).

### *Droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité*

Il importe de mentionner que cet accompagnement doit être adapté à l'âge et aux besoins de la personne, mais plus encore, cet accompagnement doit systématiquement s'effectuer sur la base de son consentement éclairé (ou à défaut, celui de son représentant légal).

### *Droit à la confidentialité*

En lien avec le premier droit énoncé (respect de la vie privée), chaque personne bénéficie de la confidentialité des informations à caractère secret ou intime qui le concernent. Cela s'impose pour toutes voies de transmission et de communication (écrits professionnels, échanges, réunions...). Au-delà d'une disposition quasi-déontologique, ce respect de la confidentialité repose sur des prérogatives juridiques (secret professionnel ou obligation de discrétion de la part du

#### **Références juridiques**

→ Art. L311-3 al. 1 du C.A.S.F

→ Art. L311-3 al. 2 du C.A.S.F

→ Art. L311-3 al. 3 du C.A.S.F

→ Art. L311-3 al. 4 du C.A.S.F

travailleur social selon son statut, ses missions...).

### *Droit d'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge*

D'après cet alinéa, toute personne accompagnée a droit d'avoir accès à son dossier personnel. Précisons que les éléments intimes contenus dans un dossier appartiennent à l'intéressé et non aux travailleurs sociaux et autres intervenants. Par exemple, dans l'article du code pénal relatif au secret professionnel (qui concerne donc certains travailleurs sociaux), le professionnel est seulement « dépositaire » de ces éléments, il ne peut donc opposer le secret professionnel à la personne qui demande des informations la concernant.

Pour les situations relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance et à la Famille, la loi précise un certain nombre de dispositions : possibilité d'accès au dossier, aux enquêtes sociales, exercice de ce droit pour un représentant légal et/ou exercice de ce droit pour un mineur accompagné par un intermédiaire. Certaines conditions existent où l'administration est en mesure de refuser l'accès au dossier (le dossier médical ou judiciaire qui peuvent être refusés à l'usager. Le dossier administratif est libre s'il ne porte pas atteinte à l'usager (traumatisant), son accès peut être contesté par l'institution).

### *Droit d'être informé sur ses droits et pouvoir les faire appliquer*

Étonnamment cet alinéa n'est pas un article à lui tout seul, et qui plus est, n'est pas placé en préambule de cette loi.

Afin d'en garantir l'effectivité, il faut nécessairement que les droits et libertés des personnes leur soient signifiés, qu'elles puissent contester afin de les faire appliquer si tel n'est pas le cas, et c'est au travailleur social, avec d'autres, de leur fournir les informations pour un éventuel recours. Pour cela, la loi prévoit la possibilité, pour les personnes ou leur représentant, de faire appel à une personne qualifiée (voir plus loin, les outils de la loi 2002-2).

Ce droit d'être informé ne manque pas d'interroger, notamment lorsque la personne accompagnée n'est pas en mesure, pour diverses raisons (déficiences, sénilité, conditions sociales, culturelles...), de saisir le sens et la teneur de sa position et de son statut juridique. La notion d'entourage, familial notamment, se pose ici avec acuité.

#### Références juridiques

→ Art. L311-3 al. 5 du C.A.S.F

→ Art. 226-13 du C.P

→ Art. L223-1 et s. du C.A.S.F

→ Art. L311-3 al. 6 du C.A.S.F

Références juridiques
→ Art. L311-3 al. 7 du C.A.S.F

### *Droit de prendre part activement à son devenir (projet)*

Cette disposition (qui complète la 3ème) présuppose que la personne soit entièrement concernée et impliquée dans sa prise en charge. En cas d'impossibilité, le représentant légal tiendra ce rôle.

Le « **projet individualisé** » devient la pierre angulaire de l'accompagnement social et éducatif. Elevé au rang « d'outil » et de « support », il occupe désormais une place hégémonique dans le champ du travail social et prétend ainsi lui attribuer une certaine part de « technicité » (de ce que l'on pourrait nommer aujourd'hui une valeur « d'expertise »). Mais quelle est sa fonction ?

Il n'en occupe sans doute pas qu'une et nous voyons combien ce dernier alinéa (7) exprime cette multiplicité fonctionnelle. En effet, on peut le saisir dans un double sens : celui du devenir de la personne (les objectifs du projet) et aussi celui de son implication active à ce devenir (personne placée en position de choix et de prise de décision, ce qui va constituer un axe essentiel de l'acte éducatif, un indice précieux pour analyser et évaluer où en est la personne accompagnée). « L'usager est au centre du dispositif », telle est désormais la ligne directrice dans le champ du travail social.

Cet inventaire des droits individuels regroupé dans l'article L311-3 du C.A.S.F<sup>1</sup>, pose comme principe de départ que :

*« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés ... (alinéas) »*

Ainsi, le terme d'**obligation** (d'assurer les droits des usagers) n'apparaît pas. La loi pose la condition d'une garantie de l'exercice de ces droits, de fait.

<sup>1</sup> Le respect des droits individuels n'est pas cantonné à cet article. Ainsi, certains établissements et services doivent veiller au respect du droit à une vie familiale (cf. art. L311-9 du C.A.S.F) en évitant les séparations de ces personnes ou, dans le cas contraire tenter d'établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse.

## Mettre en place des outils afin de garantir les droits individuels

La loi 2002-2 contribue à renforcer et à uniformiser l'attirail des outils, supports, procédures et modes d'accompagnement des personnes. Cela offre plusieurs garanties et possibilités, notamment avec le principe d'une évaluation interne et externe systématique des pratiques. Des années qui ont suivi la parution de la loi au Journal Officiel jusqu'à aujourd'hui, la quasi-totalité des services et des institutions se sont employés à élaborer et mettre en œuvre ces outils :

### *Le livret d'accueil*

La loi oblige désormais les établissements et services à élaborer et à diffuser aux personnes nouvellement accueillies un document central (dans la mesure où d'autres lui sont annexés) destiné à présenter à l'utilisateur l'établissement ou le service (horaires, lieux physiques...). Ce livret d'accueil est libre pour chaque institution en dehors de deux pièces obligatoires annexées :

La charte des droits et libertés de l'utilisateur<sup>1</sup> : texte national publié par décret commun à toutes les institutions de France.

Le règlement de fonctionnement<sup>2</sup> (ou règlement intérieur) : redéfini dans l'article 11 de la loi 2002-2, il doit signifier les limites et le cadre de la vie collective des « usagers » entre eux et avec les professionnels. Il doit également mentionner explicitement les droits, devoirs et obligations des « usagers ». Il est mis en place par l'équipe après consultation du conseil de la vie sociale (C.V.S, voir plus loin) ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. C'est un document important car il régit la vie quotidienne et, en principe, l'on doit souvent s'y référer.

### Références juridiques

→ Art. L311-4 du  
C.A.S.F

→ Art. L311-7 du  
C.A.S.F

<sup>1</sup> La loi 2002-2 (article 6 et article 8) vient respectivement modifier l'article 311-2 du CASF et l'article L-6121-9 du CSP au sujet de cette charte. Voir aussi l'Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-2 précité.

<sup>2</sup> Cf. Décret n° 2003-1095 du 14/11/03 relatif au règlement de fonctionnement (décret d'application en vigueur au 14/05/04).



Références juridiques
→ Art. L311-4 du C.A.S.F

### *Le contrat de séjour ou D.I.P.C<sup>1</sup> (Document Individuel de Prise en Charge)*

C'est un document contractuel qui aménage et cadre la prise en charge de l'usager. Il précise les modalités (moyens et buts) du projet individualisé (qui est donc un autre document).

On opte pour un D.I.P.C plutôt qu'un contrat de séjour lorsque :

- la prise en charge est inférieure à 2 mois
- dans les établissements et services mentionnés aux alinéas 3°, 4° et 11° de l'article L. 312-1 du C.A.S.F

A noter que le D.I.P.C est signé par les 2 parties, il est non modifiable et conservé par l'institution. Le contrat de séjour, est par contre en possession des 2 parties, il est modifiable voire annulable.

Le contrat de séjour ou le D.I.P.C est établi lors de l'admission et remis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission. Le contrat est signé dans le mois qui suit l'admission.

Le contrat de séjour comporte :

- La définition avec l'usager ou son représentant légal des objectifs de la prise en charge ;
- La mention des prestations d'action sociale ou médico-sociale, éducatives, pédagogiques, de soins et thérapeutiques, de soutien ou d'accompagnement les plus adaptées qui peuvent être mises en œuvre dès sa signature ;
- La description des conditions de séjour et d'accueil ;
- Les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;
- les conditions et les modalités de sa résiliation ou de sa révision ou de la cessation des mesures qu'il contient.

Le contrat est établi, le cas échéant, en tenant compte des mesures et décisions administratives, de justice, médicales et thérapeutiques ou d'orientation, préalablement ordonnées, adoptées ou arrêtées par les instances ou autorités compétentes. Dans ce cas, les termes du contrat mentionnent ces mesures ou décisions.

<sup>1</sup> Décret n° 2004-1274 du 26/11/04 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L. 311-4 du C.A.S.F. On parle également de **Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail**, Cf. décret n° 2006-1752 du 23/12/06, qui est l'adaptation du contrat de séjour (prévu à l'art. précité) à la spécificité des E.S.A.T.

### *La personne qualifiée<sup>1</sup>*

La personne accueillie ou son représentant légal peut faire appel à médiateur afin de l'aider à faire valoir ses droits, tel est le principe de la loi. Ce médiateur est mentionné sur une liste établie conjointement par le préfet et le président du Conseil général, liste annexée au livret d'accueil ou affichée dans l'établissement.

### *Le Conseil de la Vie Sociale (C.V.S)<sup>2</sup>*

La participation des personnes dépasse le cadre individuel. Elles sont désormais censées prendre part au fonctionnement des établissements et services notamment dans le cadre du C.V.S. Ainsi, l'article 10 de la Loi 2002-2 prévoit qu' :

*« Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret. Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles. »*

Le C.V.S est **obligatoire** lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail. Il n'est pas obligatoire lorsque l'établissement ou service accueille majoritairement des mineurs de moins de onze ans. Lorsque la personne publique ou privée gère plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, il peut être institué pour une même catégorie d'établissements ou services, une instance commune de participation.

Il comprend au moins 4 représentants (élus pour une durée d'1 an au moins et de 3 ans au plus) :

- **deux représentants des personnes accueillies** ou prises en charge, soit un représentant des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale à l'égard des mineurs, soit un représentant des représentants légaux des personnes accueillies dans les établissements recevant des personnes majeures;
- **un représentant du personnel** ;

<sup>1</sup> Cf. Décret n° 2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée (décret d'application)

<sup>2</sup> Nouvelle appellation du conseil d'établissement régi par le décret du 31/12/91. Cf. Décret n°2005-1367 du 02/11/05 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation

Références juridiques
→ Art. L311-5 du C.A.S.F
→ Art. L311-6 du C.A.S.F

**- un représentant de l'organisme gestionnaire.**

Toutefois l'organisme gestionnaire peut prévoir des modalités complémentaires d'association des membres, des familles des personnes accueillies au fonctionnement de l'établissement<sup>1</sup>.

Le C.V.S se réunit **au moins trois fois par an** sur convocation du président ou du directeur, qui fixe l'ordre du jour des séances. Il délibère sur les questions figurant à l'ordre du jour, à la majorité des membres présents.

Le C.V.S donne son avis et peut faire des propositions sur toute question, intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service, notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge.

*Le projet d'établissement*

Déjà présent dans la loi de 1975, son élaboration est désormais **obligatoire**, à l'échelle d'un établissement ou d'un service. Ce document doit définir les objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Etabli pour une **durée maximale de 5 ans**, il est adopté après consultation du C.V.S (ou assimilé).

Références juridiques
→ Art. L311-8 du C.A.S.F

<sup>1</sup> Cela ne concerne pas les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse

## Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif

### *La planification*

La planification de l'action sociale et médico-sociale, à l'échelle des territoires, passe désormais par l'instauration de véritables schémas sociaux et médicaux sociaux pluriannuels permettant :

- **d'apprécier** la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- **de dresser** le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- **de déterminer** les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services,
- **de préciser** le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'art. L 312-1,
- **de définir** les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Les schémas se déclinent en trois types (Départemental, Régional, National), selon les catégories d'établissements et de services, et par extension selon les populations et problématiques ciblées. Ils doivent respecter un délai de mise en place de 2 ans max., et sont définis pour une durée de 5 ans, renouvelable après avis d'une commission départementale « ad hoc », du C.N.O.S.S.<sup>1</sup>.

A partir du 1<sup>er</sup> août 2010, cette procédure se fait sur la base d'un appel à projet, comme le stipule l'article L.313-1-1 du C.A.S.F :

*"les projets y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.*

*Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une **commission de sélection d'appel à projet** social ou médico-social qui associe des représentants des usagers".*

#### Références juridiques

→ Art. L312-4 et L312-5 du C.A.S.F

→ Loi HPST du 21/07/09

<sup>1</sup> Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale,

### *Les procédures d'autorisations*

Parmi les procédures de pilotage, sont posées de **nouvelles dispositions pour les autorisations** de création, transformation et extension d'établissements et de services.

Cette rénovation des procédures d'autorisations passe par l'instauration de périodes de dépôt et d'examen des projets de même nature, d'autorisations à durée déterminée à 15 ans, renouvelables au regard des résultats positifs d'évaluation, l'amélioration des procédures de contrôle, la mise en place d'un régime expérimental pour les structures innovantes assorties d'autorisations provisoires de 5 ans, la précision du dispositif d'habilitation à l'aide sociale sous la forme d'une convention.

Ces autorisations doivent être compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation dont elles relèvent, et doivent être subordonnées à l'existence d'un financement. La loi instaure des critères de classement des projets en attente de financement.

### *L'évaluation*

L'évaluation de la qualité des prestations devient la règle, alors que c'est un enjeu ancien et essentiel dans l'évolution du travail social et médico-social. Cette évaluation doit se faire selon un certain protocole :

A) Une **évaluation interne** renouvelée tous les 5 ans à partir de critères et de références standardisées

*« Les établissements et services mentionnés à l'article [...] procèdent à l'évaluation 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 validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation... »<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Ce conseil composé de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, des usagers, des institutions sociales et médico-sociales, des personnels et de personnalités qualifiées, dont un représentant du Conseil national représentatif des personnes âgées, du Conseil national consultatif des personnes handicapées et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. En mai 2007, ce conseil national d'évaluation laisse la place à l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux (ANESM, voir son site).

#### Références juridiques

→ Art. L313-1 et s. du C.A.S.F

→ Art. L312-8 du C.A.S.F

## B) Une **évaluation externe** renouvelée au moins tous les 7 ans

« Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur<sup>1</sup> [...] Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation [...] Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. »

Ce n'est qu'en fin 2010 que paraît le décret *relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux*. Il maintient l'idée d'un régime général (3 évaluations internes, 2 évaluations externes par période d'autorisation de 15 ans), mais avec des aménagements spécifiques selon les structures (celles ouvertes avant 2002, celles ouvertes entre le 02/01/02 et le 21/07/09 et celles ouvertes après le 21/07/09).

Pour toutes les structures autorisées avant le 21 juillet 2009 le décret impose une évaluation interne au moins 3 ans avant la date de renouvellement, une évaluation externe au moins deux ans avant la date de renouvellement (en sachant que le décret du 15 mai 2007 avait indiqué un délai maximum de 2 ans entre une évaluation interne et une évaluation externe).

### *Le contrôle des établissements*

Cette nouvelle procédure d'évaluation est complétée par des **contrôles** (déjà le cas avant la loi 2002-2) effectués par l'autorité qui a délivré l'autorisation. Le cas échéant, le président du conseil général exerce un contrôle sur les établissements et services relevant de sa compétence.

En cas d'infractions ou de dysfonctionnements constatés par l'autorité de contrôle, une injonction peut-être adressée à l'établissement ou association gestionnaire, et dans les cas de non-respect de cette injonction, la désignation d'un administrateur provisoire (max. 2 fois 6 mois).

Les causes, motifs, effets et modes de fermeture des services et établissements sont également encadrés juridiquement.

#### Références juridiques

→ décret n° 2010-1319 du 5/11/10

→ Loi HPST du 21/07/09

→ Art. L313-13 du C.A.S.F  
→ Art. L313-20 du C.A.S.F

→ Art. L313-14 du C.A.S.F

<sup>1</sup> Cet organisme habilité ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (auj. l'ANESM).

## Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes

### *Un renforcement des relations verticales*

Cela passe en premier lieu par un **renforcement des relations** entre l'Etat et les départements. La conclusion d'une convention entre le préfet et le président du conseil général est désormais obligatoire. Elle doit définir : les objectifs communs à atteindre, les moyens à mobiliser, les procédures de concertation, l'articulation des schémas départementaux, ainsi que la mise en œuvre d'un système d'information commun entre l'Etat, les départements et les caisses de Sécurité sociale est instauré.

### *Une coopération favorisée*

En second lieu, sont établies des **modalités de coopération** plus diversifiées entre les établissements et les services. Il est désormais possible et souhaitable que se mettent en place des conventionnements, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public, des syndicats inter établissements ainsi que des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Un établissement médico-social peut adhérer à une formule de coopération hospitalière. Inversement, un établissement de santé peut adhérer à un mode de coopération sociale ou médico-sociale. L'enjeu est ici de promouvoir le développement de réseaux coordonnés et décloisonnés avec le champ sanitaire.

### *Une coordination facilitée*

Enfin, la **coordination** est facilitée entre les décideurs et les établissements.

Le Comité national d'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) participe à l'évaluation annuelle des besoins et formule des priorités dans le secteur social et médico-social. Tous les 5 ans, il élabore un rapport retraçant le contenu de ses travaux.

Parallèlement, un Conseil supérieur des établissements sociaux et médico-sociaux est créé pour devenir un nouvel outil de dialogue entre les représentants des institutions et les pouvoirs publics.

Dans chaque département, une commission, où sont représentés tous les partenaires concernés, élabore les schémas sociaux et donne à la démarche de planification un caractère plus démocratique.

#### Références juridiques

→ Art. L312-6 du C.A.S.F  
→ Art. L312-9 du C.A.S.F

→ Art. L312-7 du C.A.S.F

→ Art. L312-3 du C.A.S.F

→ Art. L312-2 du C.A.S.F

→ Art. L312-5 du C.A.S.F

Parmi les **dispositions diverses**, la loi 2002-2 rénove le statut des établissements **publics** sociaux et médico-sociaux. Elle instaure un comité technique d'établissement, qui se substitue au comité technique paritaire, elle modifie les compétences du conseil d'administration et accorde un rôle propre au directeur de l'établissement.

### **III. Bilan de la mise en œuvre de la loi**

La loi 2002-2 comprend 87 articles, dont 6 sur les fondements de l'action sociale et médico-sociale, 7 sur les droits des usagers et 74 sur les modalités d'organisation territorialisée de l'action sociale. Il n'en demeure pas moins qu'elle marque un changement de pratiques indéniable dans le champ de l'intervention sociale et éducative. Les directions que prend cette évolution pratique restent encore largement ouvertes, pour au moins 3 raisons :

- La période d'application de la loi atteint seulement une décennie. La plupart des décrets sont parus en décembre 2004, les derniers en 2010. Un recul supplémentaire s'impose donc.
- Des « logiques » d'acteurs diverses s'entrecroisent, celles des « usagers », celles des organismes employeurs, celles des collectivités territoriales, celles des salariés... Tous ne sont pas impliqués au même niveau dans l'application progressive de cette loi. Par exemple, on ne peut prédire aujourd'hui qu'elles seront les comportements et les choix des « usagers » et de leur entourage dans ce contexte qui les pousse à « être partie prenante » à leur devenir.
- Enfin, les évolutions qui traversent le champ du travail social ne sont pas induites par des causes exclusivement internes à ce champ (contexte économique, médical, par exemple les progrès de la médecine semblent avoir un impact sur le degré d'acceptation du handicap...).

Que dire sur ces premières années de mise en œuvre de la loi ? Cette mise en application, au sein d'institutions aussi nombreuses que diversifiées, sera à la fois longue et inégale. D'ailleurs, plusieurs guides sont venus conseiller et appuyer les pratiques professionnelles<sup>1</sup>. Certains secteurs et services avaient finalement peu de choses à faire évoluer pour ce mettre au niveau des exigences du texte. D'autres (par exemple les services de tutelles, ou services de milieu ouvert) mettront certainement plus de temps pour s'y conformer. On ne peut donc tirer un bilan unique sur cette mise en œuvre, en dépit du fait que cette loi favorise en principe la transparence et l'harmonisation des pratiques.

---

<sup>1</sup> Par exemple, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) publiait en 2004 un guide sur les conséquences de la loi du 2 janvier 2002 pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (voir Janvier R., Matho Y. (1999, réédité en 2004), *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Ed. Dunod, Unccas). Voir aussi les publications récentes (mai 2008) de l'ANESM, de la CRSA Rhône-Alpes (mars 2013).



A plusieurs reprises depuis la parution de la loi, des professionnels, des représentants associatifs et des institutionnels du secteur se sont réunis pour évoquer les conditions de sa mise en œuvre (nous n'évoquons pas ici les évaluations internes et externes à chaque établissement).

- Le 30 novembre 2004, la journée de réflexion inter-services sur « La loi du 2 janvier 2002 » organisée conjointement par le conseil général, la protection judiciaire de la jeunesse et l'association départementale vauclusienne de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (Avignon)<sup>1</sup>.

Lors de cette journée, les participants plébiscitent majoritairement cette loi. Elle apparaît pour beaucoup comme une formalisation juridique d'un certain nombre de pratiques déjà plus ou moins innovantes, comme une chance de se poser des questions fondamentales et de faire revivre des projets trop anciens et trop souvent désinvestis. Au final, si cette loi s'applique, on peut espérer une meilleure reconnaissance du travail social et médico-social, avec notamment le passage de la culture de l'oral à la culture de l'écrit, la transformation du savoir-être en savoir-faire et l'introduction de la transparence qui offre la possibilité de donner du sens et de la lisibilité à leur action.

Au-delà des principes fondateurs de cette loi, les professionnels se sont néanmoins interrogés sur les modalités de son application. Il en ressort que les directeurs, garants de cette mise en œuvre dans leur établissement, ont un rôle moteur à jouer. Pour le moment (soit deux ans et demi après le vote de la loi), de nombreuses institutions et services sont partis de l'existant. Les hébergements semblent plus avancés que les services en milieu ouvert dans la réalisation des outils. Ce qui pose problème est moins de les créer que de les faire vivre. Comme, par exemple, de concilier le temps court de certaines prises en charge et le temps long que nécessite la participation. D'ailleurs, la question du coût de cette politique a été posée, que ce soit sur le plan budgétaire ou sur celui du temps à lui consacrer.

D'autres questions sont restées en suspens. Par exemple, la démarche d'évaluation<sup>2</sup> doit-elle être perçue comme une opportunité (stimuler les pratiques quotidiennes) et/ou comme un risque potentiel<sup>3</sup> ? Ou encore, Si la nécessité et l'utilité de la place des usagers sont parfaitement reconnues, les conditions d'application restent encore floues : quelle forme privilégier entre le conseil de la vie sociale, les groupes d'expression ou l'enquête de satisfaction ?

- La rencontre interrégionale organisée fin janvier 2005 à Lille par la fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), et regroupant environ 70 établissements, représentant treize régions (540 participants dont 310 usagers).

<sup>1</sup> Voir notamment Trémintin J. (2005), La place des usagers : où en est-on avec l'application de la loi 2002-2 ?, Revue lien Social, n° 742.

<sup>2</sup> Certains établissements du secteur associatif habilités l'utilisent depuis déjà quinze ans, pour convaincre leurs financeurs de l'intérêt de leur mission. A l'inverse, la PJJ y a été peu confrontée jusqu'en 2002.

<sup>3</sup> Les participants se sont demandés si l'on pouvait appliquer cette méthodologie (démarche qualité, normes ISO) au secteur social. « Peut-on tout évaluer et notamment ce qui relève de cet indicible et de cette indétermination qui sont à la base du travail social ? Ne risque-t-on pas de rigidifier la démarche d'aide et d'accompagnement, en la réduisant à ce qui est visible et identifiable ? Pour respecter l'équité entre les partenaires, les critères d'évaluation doivent être communs : comment va-t-on faire pour harmoniser l'appréciation des différentes pratiques existantes ? », Cf. Trémintin J. (op. cit, 2005). Pour une critique fournie de la « démarche qualité » voir l'article de Grandjean C. ([www.oedipe.org/fr/actualites/lademarchequualite](http://www.oedipe.org/fr/actualites/lademarchequualite)).

Extraits<sup>1</sup> : « Parfois animés par des personnes hébergées, les débats ont été riches : autonomie et dignité, livret d'accueil, démocratie participative et surtout conseils de vie sociale dans les CHRS étaient au menu. Une synthèse des différents ateliers souligne que : les conditions de vie sont à améliorer, (manque d'activités dans les établissements plusieurs fois dénoncé, grande solitude de l'hébergé le dimanche, manque de disponibilité des travailleurs sociaux...) de même que le parcours de l'usager de l'accueil jusqu'à la sortie, et la qualité de l'information qui lui est délivrée. La question de la violence dans les structures a également émergé, de même que celles de la parentalité ou de la discrimination à l'embauche, ou encore la stigmatisation des personnes ayant connu une prise en charge psychiatrique. Clairement et régulièrement énoncés, des obstacles sont à surmonter : difficultés de se comprendre, parfois, entre usagers et, encore une fois, pour accéder en amont à l'information — « celle sur la loi 2002 - 2 n'est visiblement pas passée partout » —, et aussi peur d'une expression collective trop engageante.

Quelques coups de gueule ont plus ou moins vigoureusement été poussés : attention au jargon et aux sigles du travail social, y compris dans les enquêtes de satisfaction ! Halte aux documents abscons : comment imaginer qu'une personne en grande difficulté venant d'un long séjour dans la rue puisse étudier efficacement un livret d'accueil de vingt pages ?

Une question de fond a traversé certains débats : la loi 2002 - 2 ne servirait-elle pas à masquer l'inaccessibilité de fait au droit commun ? Autrement dit, la parole de l'usager sert-elle vraiment à quelque chose ? Ne nage-t-on pas là dans une séduisante hypocrisie, dont l'inavouable finalité serait un statu quo caractérisé par l'absence d'une vraie politique ?

Des coups de cœur ou des appréciations positives ont été distribués : au premier rang de celles-ci et fort agréables à entendre, les travailleurs sociaux sont le plus souvent connotés comme utiles (« on est aidés sans être stigmatisés »), croyant avant tout aux possibilités de l'usager « même quand nous on n'y croit plus », et veillant à la sécurité des résidents.

Enfin, et de l'avis général, la loi 2002 - 2 a permis à certains établissements de commencer à produire de nettes améliorations, au moins de remettre en cause certaines pratiques ».

- Mentionnons également le rapport produit par le CSTS et la DGAS sur « l'usager », ses droits et son rapport avec les institutions : *« L'usager au centre du travail social, de l'énoncé des droits de la personne à l'exercice de la citoyenneté. Conditions d'émergence de pratiques professionnelles novatrices »*, CSTS, DGAS, Rapport au ministre chargé des affaires sociales, Éd. de L'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2007, 165 pages.

Nous le voyons, si l'application de cette loi est encore loin d'être optimale, elle a au moins favorisé l'ouverture d'une réflexion partagée au sein du secteur social et médico-social. Ce point est difficilement contestable.

Dans cette réflexion, la question récurrente concerne « l'usager acteur ». Revendiquer si fortement le fait que « l'usager doit être acteur » ne suppose-t-il pas qu'il ne l'est pas ou qu'il l'est moins que d'autres, notamment ceux chargés de l'accompagner ? Au fond, qu'est-ce qu'être acteur (de sa vie) ? Est-ce seulement bénéficier de droits et les voir appliquer ? N'est-ce pas là une définition très réduite de ce qu'est un « acteur » (*homo lexus* ?).

Parallèlement, il peut exister des dérives à cette responsabilisation accrue des acteurs. Comme le souligne Chauvière M. (in Nouveau dictionnaire critique de l'action sociale, Ed. 2005, article : usagers) : « ...le souci de l'usager, de son bien-être, de sa satisfaction est souvent en contrepartie

<sup>1</sup> Voir Plantet J. (2005), La place des usagers, une question centrale depuis la loi de 2002-2, Revue Lien social, n° 742.

*d'une norme de participation pour tous, plus ou moins explicite, au nom de la citoyenneté.* ». Cette norme, pouvant devenir un critère d'évaluation des travailleurs sociaux, risque de mettre surtout en avant les capacités de mobilisation des usagers et de faire apparaître les difficultés qu'ils rencontrent comme le seul résultat de leur comportements et attitudes. Or, comme le soutient Ignacio Gárate Martínez (psychanalyste), il se joue entre le travailleur social et l'utilisateur une relation qui est difficile, parce que non choisie : « l'éducateur impose sa présence... il est mandaté pour se mêler de la vie d'un autre, pour faire son bien ». D'où la nécessité fondatrice de poser des repères permettant à chacun de se positionner et de respecter les places définies ensemble et surtout, de les assumer.