

CHAPITRE 2

DROIT DES USAGERS

LES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS

Pour rappel, on nomme usager, celui qui bénéficie de prestations d'un service public déterminé. Le terme de client est également utilisé. On distingue l'usager/individu (le particulier) et l'usager/collectif (la société). Le terme « d'usager » est le générique de la profession sociale et des professions de la fonction publique. Le terme « d'allocataire » est utilisé dans le cas des services de prestations (Caisse d'Allocations Familiales, Mutualité Sociale Agricole), celui-ci se limitant à être usager d'allocations.

Les droits des usagers vont évoluer au rythme de la société. Comme nous l'avons vu précédemment, juste après la seconde guerre mondiale, on assiste à une montée progressive de la notion sociale et sanitaire. Ainsi, les salles d'asile disparaissent au profit des hôpitaux, ayant une mission de soins, ouverts à tous, sans distinction sociale. Le patient n'est pas encore véritablement acteur, mais on lui reconnaît une existence.

Avec la parution du **décret n° 74-27 du 14 janvier 1974** relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, d'une part, et de la charte du malade hospitalisé, d'autre part, une étape décisive est franchie dans la reconnaissance des droits et devoirs des personnes malades. Le patient, le malade passe de statut d'« objet de soins » à celui de « sujet de soins ».

De nouveaux textes, des chartes, des décisions juridictionnelles permettent de poursuivre cette prise de conscience. La médiatisation de certains faits d'actualité accentuent la demande des patients à maîtriser davantage leur parcours de santé et revendiquent un droit à l'information. Les affaires de l'amiante, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, le sang contaminé, entre autres, participent à faire émerger les **Etats Généraux de la Santé**. L'objectif était de donner la parole aux usagers du système de soins, personnes malades ou citoyens. Plus qu'une consultation sur des thèmes précis, il s'agissait de sortir du débat d'experts pour mettre en œuvre des méthodes nouvelles de participation et de démocratie directe et répondre au besoin de débat et de communication à l'échelon local. L'ensemble du dispositif mis en place cherchait à améliorer tant l'information des citoyens sur la politique de santé que celles des professionnels de santé et des décideurs vis-à-vis de l'attente des usagers.

Dans ce contexte, la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** sur les droits des malades et la qualité du système de santé a été élaborée, en concertation avec des associations impliquées dans le secteur de la santé.

L'EXERCICE DES DROITS ET DES LIBERTÉS INDIVIDUELLES PAR LES USAGERS

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénove donc l'action sociale et médico-sociale et a pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, l'article L 311-3 du CASF reconnaît à l'utilisateur :

- Le respect de sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son intimité, sa sécurité
- Le libre choix entre des prestations au domicile ou en établissement
- Une prise en charge ou un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- La confidentialité des données qui le concerne
- Un accès à l'information
- Une information sur ses droits fondamentaux et les voies de recours
- Sa participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

Pour cela, la loi s'articule autour de 4 grands axes :

- Renforcer le droit des usagers
- Élargir les missions de l'action sociale
- Mieux organiser et coordonner les différents acteurs du domaine médico-social et social
- Améliorer la planification.

Cette loi rappelle, précise et organise des droits, mais avant tout, elle cherche à assurer l'accès effectif de ces droits. Pour ce faire, la loi énumère et rend obligatoire des documents, des instances, des procédures d'évaluation, des sanctions.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 se décline sous la forme de pas moins de 101 articles et donne lieu à la rédaction de plus de 80 textes d'application, signé par 22 ministres et secrétaires d'État. Les modifications introduites par la loi du 11 février 2005 touchent 15 codes, principalement le Code de l'action sociale et des familles, mais aussi, à des degrés divers, le Code de l'éducation, le Code de la santé publique, le Code de la sécurité sociale, le Code du travail, le Code de la construction et de l'habitation, le Code de l'urbanisme, le Code général des impôts, le Code civil, le Code électoral, le Code général des collectivités territoriales, le Code de procédure pénale, le Code des assurances et même le Code des marchés publics et le Code rural.

La loi donne une définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La loi aborde ensuite diverses thématiques :

- **Accueil des personnes handicapées** : Création de la Maison départementale des personnes handicapées dans chaque département sous la direction du Conseil général, ayant pour mission l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi qu'une sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.
- **Droit à la compensation** : Un des principes fondamentaux de la loi de 2005 qui permet à la personne handicapée de prétendre à une compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette prestation a pour objectif de couvrir les besoins en aides humaines et techniques, l'aménagement du logement, du véhicule, les aides spécifiques ou exceptionnelles, et les aides animalières.
- **Ressources** : Deux nouveaux compléments sont créés : L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et l'Allocation d'Education Spéciale (AES) est renommée : « Allocation d'éducation de l'enfant handicapé »
- **Scolarité** : Tout enfant ou adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé doit être inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement, en fonction du projet personnalisé de scolarisation (PPS). En outre, la loi réaffirme la possibilité de prévoir des aménagements pour poursuivre des études ou passer des concours.
- **Emploi** : L'obligation d'emploi est toujours de 6 %. Elle impose une sanction plus sévère pour les entreprises qui ne respectent pas cette obligation.
- **Ateliers protégés réformés** : Les CAT sont renommés entreprises adaptées et sortent du milieu protégé.
- **Accessibilité** : Les critères d'accessibilité et les délais de mise en conformité sont redéfinis. Les établissements existants recevant du public et les transports collectifs ont dix ans pour se mettre en conformité avec la loi. Celle-ci prévoit aussi la mise en accessibilité des communes et des services de communication publique.
- **Citoyenneté** : La loi aborde aussi la question du droit de vote des majeurs placés sous tutelle (qui peuvent être autorisés à voter par le juge des tutelles) ainsi que l'accessibilité des bureaux de vote. La question du handicap sera aussi abordée pendant les cours d'éducation civique à l'école primaire et au collège.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 est impulsée par Marisol Touraine et s'appuie sur trois points :

- La prévention :
 - en désignant un médecin traitant aux enfants jusqu'à l'âge de 16 ans afin d'améliorer le suivi pédiatrique.
 - En obligeant l'affichage d'un logo nutritionnel sur les étiquettes alimentaires

pour éclairer les consommateurs sur la composition de leur assiette.

- En luttant contre le tabagisme (apparition du paquet neutre, interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants, obligation de prouver sa majorité lors de l'achat de cigarettes).
- En améliorant le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST)
- La qualité des soins :
 - En généralisant le tiers payant
 - En créant un numéro d'appel national pour joindre un médecin de garde
 - En autorisant les sages-femmes et maïeuticiens à pratiquer les IVG médicamenteuses
 - En relançant le projet de Dossier Médical Partagé (DMP) pour faciliter les parcours de soins
- La protection des patients :
 - En créant un droit à l'oubli (pour demander un prêt bancaire ou prendre une assurance sans avoir à mentionner une ancienne maladie).
 - En favorisant l'accès à l'IVG (délai de réflexion supprimé)
 - En demandant aux acteurs du marché du médicament de faire preuve de transparence concernant la traçabilité et les ruptures d'approvisionnement.

Cette loi de modernisation du système de santé a pour objectif de faciliter l'accès aux soins afin de permettre un égal accès à la santé, et une prise en charge lisible, accessible, complète et de qualité. Il ne s'agit plus aux patients de s'adapter au système de santé, mais bien au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins. Les agences régionales de santé (ARS) deviennent aussi à la fois les promoteurs et les régulateurs des moyens offerts à la construction des parcours et à la réponse aux besoins des usagers.

LES OUTILS POUR L'EXERCICE DE CES DROITS

La loi de 2002 prévoit la mise en place de documents spécifiques :

- **Le livret d'accueil** : Circulaire n°138 DGAS 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. Le Livret d'accueil doit être mis en place dans chaque établissement et service social et médico-social et dans les lieux de vie et d'accueil et doit permettre à l'utilisateur de connaître de façon précise les services mis à sa disposition.
- **La charte des droits et libertés** : Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Chaque établissement, service social et médico-social et mode de prise en charge et d'accompagnement doit délivrer une Charte des droits et libertés de la personne accueillie pour garantir à la personne accueillie l'exercice de ses droits et libertés par l'affirmation d'un certain nombre de droits et

principes fondamentaux.

- **Le règlement de fonctionnement :** 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 (CASF). Le règlement de fonctionnement est mis en place afin de définir les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.
- **Le contrat de séjour et le document individuel de prise en charge :** Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004. Il s'agit de formaliser la relation entre l'utilisateur, le service ou l'établissement et de définir les objectifs et la nature de la prise en charge et de préciser les prestations offertes et leur coût prévisionnel.
- **Le projet d'établissement ou de service :** Article L.311-8. De la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses 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.
- **Le conseil de vie sociale :** Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la Vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L 311-6 du code de l'action sociale et des familles. Décret Modificatif n°2005-1367 du 2 novembre 2005. Le conseil de la vie sociale doit être mis en place pour :
 - Associer les personnes handicapées et leurs familles ou représentants légaux à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.
 - Formuler des avis et des propositions portant sur le fonctionnement de l'établissement ou du service.
 - Assurer l'expression et l'écoute de l'ensemble des représentants des usagers.
 - Informer l'instance délibérante de l'association gestionnaire des avis et propositions formulés, cette instance devant informer à son tour l'instance participative des suites réservées aux avis et propositions qu'elle a émis.
- **Le médiateur ou personne qualifiée :** Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003 relatif à la personne qualifiée mentionnée à l'article L 311-5 du code de l'action sociale et des familles. Tout usager, ou son représentant légal, d'un service ou d'un établissement social ou médico-social, peut avoir recours gratuitement à une personne qualifiée pour faire valoir ses droits. La personne qualifiée doit être extérieure à l'établissement ou le service, et est choisie sur une liste départementale établie conjointement par le préfet, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé. Les personnes qualifiées sont tenues à une obligation de discrétion. Il peut être mis fin à leur mandat soit sur leur demande, soit par décision du préfet et du président du conseil général, notamment en cas de manquement à l'obligation de discrétion

CHAPITRE 3

NOTIONS D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

LE SECRET PROFESSIONNEL

Le secret professionnel est défini par l'article 226-13 du Code pénal.

Il s'agit de l'interdiction faite à celui qui y est soumis de divulguer les informations dont il a été dépositaire. Le secret professionnel est donc une obligation à laquelle est soumis le professionnel, et non un droit ou une « protection » dont il pourrait user à son initiative ou dans son intérêt.

Les informations couvertes par le secret professionnel ne sont définies par aucun texte de loi. Mais une jurisprudence nous informe que les informations soumises au secret concernent tout ce qui aura été appris, compris, connu ou deviné à l'occasion de l'exercice professionnel. Cela concerne donc toutes les informations à caractère privé.

Même s'il n'existe aucune liste exhaustive des professionnels astreints au secret professionnel, certaines professions (professionnels en exercice et étudiants) y sont soumises d'office :

- les assistants de service social (article L411-3 du Code de l'action sociale et familial)
- les infirmiers (Art L4314-3 du nouveau code de santé publique)
- les pharmaciens (Art R 5015-15 du NCSP)
- les kinésithérapeutes (L.4323-3 du NCSP)
- les sages-femmes et les étudiants (Article R.4127-303 du code de la santé publique)
- les médecins (Article R.4127-4 du code de la santé publique)

Les travailleurs sociaux ne figurent pas dans cette liste. En revanche, les professionnels, exerçant dans certains secteurs d'activité y sont astreint (Aide Sociale à l'Enfance, Protection Maternelle et Infantile, Services Pénitentiaires de Probation, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger, Protection Judiciaire de la Jeunesse entre autres.)

Attention, le TESH ou CESF peut exercer une profession non-soumise au secret professionnel mais être employé dans le cadre d'une mission légale ou d'une fonction qui l'astreint au secret.

LA DISCRÉTION PROFESSIONNELLE

C'est aussi ce que l'on appelle l'obligation de discrétion. Elle est prévue à l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles. Elle porte sur les informations et faits dont le professionnel a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Pour les fonctionnaires, elle est statutaire (article 26 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983).

Elle peut être mentionnée dans le contrat de travail du professionnel. Le non-respect de cette obligation peut entraîner une sanction administrative.

LE SECRET PARTAGÉ

L'article 226-13 du code pénal le présente comme une « information à caractère secret ». L'article L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles fait mention de l'autorisation de « partager (...) des informations à caractère secret ». Mais, aucun texte de loi n'utilise l'expression « secret partagé ». Il s'agit d'un partage de certaines informations à caractère secret. C'est plus un partage d'informations à caractère secret, donc, cela implique pour le professionnel, une capacité de discernement des informations détenues.

TRAVAIL EN AUTONOMIE

Pour affiner vos connaissances, consultez le site :

<http://secretpro.fr/>

LE DEVOIR DE RÉSERVE

On parle de devoir de réserve pour le fonctionnaire. Ce dernier ne doit pas avoir de comportements ou de propos déplacés qui pourraient nuire à l'institution. Le non-respect de ce devoir peut entraîner une sanction administrative. La violation de l'obligation de secret professionnel est passible de sanctions pénales, civiles et disciplinaires.

LA RELATION DE CONFIANCE

La relation de confiance entre le professionnel et l'utilisateur (ou le patient/le client) est un fondement pour les travailleurs sociaux qui permet la relation d'aide.

La relation de confiance demande une réciprocité.

Afin d'y parvenir, certains éléments doivent être présents :

- Savoir écouter sans interpréter ni devancer

- Savoir mobiliser ses compétences
- Savoir communiquer en proposant des réponses adaptées
- Savoir accompagner sans faire à la place

Carl Rogers, psychologue américain (1902-1987) a travaillé sur ces notions en distinguant 3 concepts clés :

- L'empathie
- La congruence
- La bienveillance inconditionnelle

TRAVAIL EN AUTONOMIE

Rechercher ce que l'on entend par empathie, congruence et bienveillance.