

**Jean-Paul Orient - L'histoire et mise en place des grandes lois et impact sur les personnes en situation de handicap du Social et du Médico-social - 20 octobre 2011**



Jean-Paul Orient a été salarié au CREA I de 1981 à 1985 en tant que conseiller technique avant de devenir directeur technique de 1985 à 1987, pour enfin devenir directeur de 1988 à 2008. Il fut président du CNAHES de 2011 à 2013.

C'est au lendemain de la révolution de 1789, que le droit à l'assistance apparaît.

Le décret du 19 mars 1793 précise que « tout homme a subsistance par le travail s'il est valide, par les secours gratuits s'il est hors d'état de travailler ». L'assistance devient un devoir social.

En 1889, le congrès international d'assistance publie une charte qui dit en substance : « l'assistance publique est due à ceux qui se trouvent temporairement ou définitivement dans l'incapacité de gagner leur vie ». C'est à partir de ce nouveau droit que toute la législation sociale va se construire par des lois successives.

La Loi du 15 juillet 1893 institue l'aide médicale gratuite.

La Loi du 14 juillet 1905 institue une assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes incurables. Elle institue également une prise en charge des frais de rééducation dans le cadre de l'aide médicale gratuite.

Les premières dispositions légales d'aide aux « diminués physiques » apparaissent après la guerre 1914-1918, avec la création de l'Office des Anciens

Combattants et des Centres de Rééducation Professionnelle. Le décret du 26 décembre 1944 qui attribue la tutelle de l'enfance inadaptée au ministère de la santé publique va cristalliser l'organisation du médico-social.

L'ordonnance du 3 juillet 1945 permet de sortir du cadre de l'assistance médicale gratuite puisqu'elle inclut outre les notions traditionnelles d'assistance aux aveugles, les principes de réadaptation, de la rééducation professionnelle et de l'assistance par le travail.

Il est également prévu une allocation de compensation pour les aveugles qui travaillent.

Vient alors le temps de la solidarité avec la création de la Sécurité Sociale en 1945, faisant apparaître le sentiment d'appartenance citoyenne.

La loi Cordonnier du 2 août 1949 élargira la loi de 1945 à l'ensemble des grands infirmes atteints d'une incapacité de 80%. Cette dernière est complétée et modifiée par la loi du 19 avril 1952 et celle du 20 mars 1954. Le décret du 29 novembre 1953 maintient les principes de la loi Cordonnier en étendant aux infirmes de 80%, l'accès aux mesures de rééducation. Ce décret innovant permet de créer une commission d'orientation des infirmes qui assume le contrôle technique et l'aptitude de ceux-ci à travailler et à être rééduqués.

Décret du 9 mars 1956 et plus tard celui du 27 octobre 1989 sur les annexes xxiv qui fixent les conditions techniques des établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents présentant un handicap.

Au regard de ces lois successives, on note une prise en compte de la personne dite infirme qui sera nommée personne handicapée en 1958, avec l'Allocation Supplémentaire d'un fonds national de solidarité.

La loi du 13 juillet 1971 pose les principes d'une nouvelle législation en faveur des handicapés. Cette loi institue une allocation pour les personnes handicapées, elle leur permet une affiliation d'office à l'assurance volontaire maladie et maternité et encourage le travail des handicapés. Elle constitue, en ce sens, les prémices d'une nouvelle solidarité pour les personnes touchées par un handicap physique ou mental.

## **LA « LOI SOCIALE » DE 1975**

Deux lois du 30 juin 1975 consacrent l'existence du secteur social et médico-social :

- la loi n°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Celle-ci couvre 4 catégories de public : les personnes âgées, les personnes handicapées, l'enfance en danger et la protection de la famille, les personnes en situation de handicap.
- la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales dite loi sociale.

Le secteur social et médico-social est alors défini « comme un ensemble homogène, soumis à des règles communes ». En outre, il conquiert son autonomie vis-à-vis de la législation sanitaire, la loi hospitalière du 31-12-70 qui recentre l'hôpital sur les activités sanitaires.

La loi du 30 juin 1975, inscrite dans le cadre du VI ème plan consacre l'autonomie du secteur social et médico-social et donne un fondement légal à ses institutions.

Elle instaure deux mécanismes de régulation du secteur,. D'une part, elle impose à tous les établissements sociaux et médico-sociaux, un régime d'autorisation qui remplace la procédure déclarative précédemment en vigueur. D'autre part, elle soumet les conventions collectives régissant le secteur à l'agrément préalable de l'Etat.

Fondatrice de la prise en charge du handicap, la loi du 30 juin 1975 affirme, pour la première fois, le devoir de la Nation envers les personnes handicapées : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés, constituent une obligation nationale ».

Cette loi a le mérite de sortir les intéressés de l'aide sociale facultative pour en faire des assurés sociaux relevant de la solidarité nationale. Elle institue un ensemble de droits pour les adultes handicapés en organisant pour eux l'emploi protégé, une garantie de ressources et des prestations particulières dont l'Allocation aux Adultes Handicapés et l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne. Pour les enfants handicapés, elle met en place une éducation spéciale et une Allocation d'Education Spéciale. Elle réforme aussi les mécanismes d'orientation des personnes handicapées en instituant les CDES et COTOREP.

En conclusion, la loi de 1975 connaît de nombreuses modifications législatives : 21 entre 1987 et 2001. Parmi les plus importantes figurent celles issues de la décentralisation.

Ainsi la loi 86-17 du 6 janvier 1986, redéfinit les champs de compétence respectifs de l'Etat et du Département.

---

30 ans plus tard, le constat est unanime, cette loi n'est plus adaptée. La distance devient trop grande entre les principes et la réalité. Les personnes handicapées ne veulent plus être considérées comme une population à part. Elles aspirent légitimement à être reconnues pour ce qu'elles sont : des citoyens comme les autres, vivant au milieu des autres, avec des moyens décents pour ce faire. En résumé, elles veulent être intégrées. Or, cet objectif n'est visiblement pas atteint par la loi de 1975, que ce soit à l'école, au travail, ou encore en matière d'accessibilité.

La nécessité, alors, d'engager une réforme en profondeur, pour tenir compte des évolutions intervenues dans les sciences et les techniques, des aspirations des personnes concernées mais aussi des évolutions de la conscience collective, apparaît donc progressivement. D'autant que les exemples étrangers sont là pour montrer qu'il est possible de mieux faire dans tous ces domaines.

Quelques dates :

3 octobre 1996 : Jacques Barrot, ministre du travail et des affaires sociales, présente les grandes lignes d'une réforme nécessaire devant la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Il définit 4 orientations principales : mieux affirmer la place des usagers ; mieux définir le champ d'application de la loi par une diversification des modes d'accueil, la constitution de réseaux sociaux et médico-sociaux et d'un régime expérimental pour les structures innovantes ; mieux organiser et coordonner les différents acteurs du secteur social et médico-social ; mieux concevoir la régulation du dispositif social et médico-social.

Début 1999 : Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, met en place un groupe de travail chargé d'apporter une réponse concrète à la question : « comment garantir aux personnes handicapées le droit de choisir librement leur mode de vie et vivre par conséquent à domicile, si tel est leur souhait ? »

Octobre 1999 : remise du rapport LYAZID, sur « le plan d'action pour le développement de l'autonomie des personnes handicapées à formaliser leur projet de vie, en établissement ou à domicile ».

25 janvier 2000 : le Premier Ministre Jospin présente devant le CNCPH un « plan triennal d'accès à l'autonomie des personnes handicapées ».

2001 : Dominique Gillot, secrétaire d'état à la santé et aux handicapés, lance officiellement la révision de la loi de 1975, en évoquant un « toilettage ».

21 mai 2001 : nouvelle classification des handicaps

17 janvier 2002 : loi de modernisation sociale qui pose le principe d'un droit à compensation des conséquences du handicap et élargit les domaines dans lesquels s'exerce l'obligation nationale de solidarité.

4 mars 2002 : loi relative aux droits des malades qui réaffirme que « toute personne handicapée a droit, qu'elle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale ».

2003 : année européenne des personnes handicapées. Sur le plan national, l'action en faveur des personnes handicapées est érigée au rang de « grande cause nationale ».

Les lois du 30 juin 1975 développent une approche collective des besoins des personnes handicapées en terme de réponse à un besoin à un public déterminé.

Les lois du 2 janvier 2002 et 11 février 2005 affirment une volonté de diversification et d'individualisation des réponses.

---

## **LES ORIENTATIONS DE LA LOI DU 2 JANVIER 2002**

La réforme opérée par la loi du 2 janvier 2002, s'articule autour de 4 orientations :

1. Affirmation et promotion des droits des bénéficiaires et de leur entourage :

La loi du 30 juin 1975 était muette sur ce thème. Avant la loi de 2002, seuls les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes étaient soumis à certaines règles (contrat de séjour notamment).

La loi du 2 janvier 2002 aborde le droit des usagers sous l'angle « d'une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social (...) puis en fournissant des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits. Ces outils sont : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, ou le document de prise en charge, le recours à une personne qualifiée en cas de conflit, le Conseil de la Vie Sociale, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement ou de service.

2. Élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale et diversification des interventions des établissements et services concernés :

Il s'agit d'une part de caractériser les grands principes de l'action sociale et médico-sociale et, d'autre part, de mettre l'accent sur les deux principes qui doivent guider l'action sociale et médico-sociale : le respect de l'égalité de tous et l'accès équitable sur tout le territoire.

La nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux est entièrement redéfinie et doit permettre à l'avenir de s'adapter aux structures innovantes, un régime d'autorisation spécifique étant d'ailleurs prévu pour ces dernières.

On relève dans l'article L312-1-1,7 que la loi vise aussi « les services qui apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale. Ces services s'inscrivent désormais dans le paysage médico-social.

3. Amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif

La loi 2002 redéfinit les schémas et leurs modalités d'élaboration. Bien que déjà prévus par la loi de 1975 puis par une loi en 1996 sur la décentralisation, l'organisation de ces schémas est un échec. Dans la moitié des départements français, ces documents n'existaient pas.

Le lien entre la planification et l'autorisation est établi. L'autorisation de création doit être compatible avec le schéma, elle a une durée limitée à 15 ans.

4. Désormais tous les établissements et services sont soumis à une procédure d'évaluation

mise en place d'une « auto-évaluation » tous les 5 ans. - évaluation externe tous les 7 ans.

L'ANESM est au cœur de ces procédures qui poursuivent un objectif : « obtenir la garantie que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels »

Une politique d'amélioration de la qualité des prestations doit prendre en compte les besoins de l'usager qui devient acteur et partenaire.

## **LES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DU 11-02-05 LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP- LES RESSOURCES- L'EMPLOI ET L'ACCESSIBILITE-**

Présenté en janvier 2004 en Conseil des Ministres par M-T BOISSEAU, alors secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, le projet de loi retient 3 grands axes :

1 - garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à une compensation des conséquences de leur handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome digne.

2 - permettre une participation de ces publics à la vie sociale par l'organisation de la cité autour d'un principe d'accessibilité généralisé

3 - placer les intéressés au centre des dispositifs qui les concernent , notamment par la mise en place des Maisons Départementales de Personnes Handicapées

Forte de 101 articles, la loi n° 2005-102 du 11-02-05 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, répond au principe de « l'accès à tout pour tous ». Si elle comporte des avancées notables, reconnues par tous, parmi lesquels le début de concrétisation du droit à compensation, l'affirmation plus nette du droit à la scolarisation, l'extension au secteur public des obligations d'emploi faites au secteur privé, des délais imposés à la mise en accessibilité de tous les bâtiments, voirie et moyens de transport ouverts au public... pour le milieu

associatif, la loi reste timide sur certains points. Et de citer notamment l'insuffisance du montant des ressources pour permettre d'accéder à l'autonomie où le fait que le droit à compensation reste soumis non seulement à un tarif de responsabilité mais aussi à des conditions de ressources. Autre crainte exprimée par les associations, et déjà vérifiée, que les entreprises adaptées, qui perçoivent une aide au poste forfaitaire, ne « sélectionnent » que les travailleurs handicapés les plus productifs.

## **POINTS FORTS A RETENIR**

- La réaffirmation du droit à compensation : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de cette déficience, son âge ou son mode de vie ».
- la loi introduit pour la première fois dans le Code de l'Action Sociale et des Familles, une définition du handicap inspirée par la nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, élaborée par l'OMS « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un 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 ». Notons dans cette définition qu'il est fait référence pour la première fois dans une loi au handicap psychique et au polyhandicap.
- autre nouveauté, le projet de vie de la personne en situation de handicap qui prend en compte ses aspirations, et ce, tant dans une dimension éducative que sociale
- axe important de la loi lié à l'autonomie des personnes handicapées : l'accessibilité. Laquelle couvre un champ élargi allant des transports aux locaux, en passant par l'emploi et la scolarité.
- une nouvelle architecture institutionnelle avec la création des MDPH

Jean-Paul ORIENT

Directeur Honoraire CREA Nord-Pas-De-Calais

Président du CNAHES