HAL open science

Les MDPH : un guichet unique à entrées multiples. Rapport final

Pierre Yves Baudot, Nicolas Duvoux, Aude Lejeune, Gwenaëlle Perrier, Anne Revillard

▶ **To cite this version:**

Pierre Yves Baudot, Nicolas Duvoux, Aude Lejeune, Gwenaëlle Perrier, Anne Revillard. Les MDPH : un guichet unique à entrées multiples. Rapport final. [Rapport de recherche] Conv. 10/4928, MiRe-DREES; CNSA. 2013. hal-03615661

HAL Id: hal-03615661

https://sciencespo.hal.science/hal-03615661

Submitted on 29 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

RAPPORT FINAL

LES MDPH :
UN GUICHET UNIQUE A ENTRÉES MULTIPLES

Décembre 2010 – mai 2013

Projet coordonné par Pierre-Yves Baudot

Conv. 10/4928

Sommaire

Sommaire 2
Liste des tableaux, graphiques et encadrés 8
Liste des abréviations utilisées 9
Remerciements 13
Composition de l'équipe de recherche 14

Introduction 16

Un objet de recherche : les MDPH 20

Ce que sont les MDPH 20
Ne pas expliquer les MDPH par leur fin 21
Comment entrer dans une MDPH ? 24
Saisir les institutions en pratiques 25
Observer des interactions 25
L'enjeu des frontières 26
Saisir les institutions en relations 29
La « réputation » des organisations 29
La MDPH dans son environnement 30
Une démarche de comparaison multiscalaire 33

Déroulement de l'étude 37

Le niveau national 38
Le niveau local 40

Anonymisation 45

Plan du rapport 46

1ère partie
MDPH : Quel est le problème ? 47

Chapitre 1 **Genèses des MDPH** 48

« L'usager au cœur des dispositifs » 49

Un problème de gouvernement 51

Joined-Up Government 52

Joined Up Policymaking 53
« One stop shop » : implémenter le « joined up government » 54
La réunion des services sous un même toit 55
Des opérations immobilières et des finalités réorganisatrices 59
Pluridisciplinarité et institution des MDPH 61

Les politiques du handicap prises dans le processus de décentralisation 66

La décentralisation : une nouvelle équation de gouvernement 67
Un processus de décentralisation effectif 67
Une décentralisation incomplète et asymétrique 67
Le processus de décentralisation en perspective historique 69
XIXe – XXe siècle : une mise en administration différenciée du « handicap » 69
1945-2005 : Institution et évolutions d'une régulation néocorporatiste 72
2005-2013 : Un processus de décentralisation tendancielle et sous tension 77

Chapitre 2 **Fabriquer des institutions multiniveaux** **83**

Les MDPH sont des institutions multiniveaux ***83***

Deux niveaux + deux tensions 83

Faire circuler les acteurs 89
Fabriquer les réseaux 89
Être autorisé à circuler 93
L'autorité des savoirs circulants 97

A quoi tiennent les interactions entre les niveaux ? ***98***

Où sont les chiffres ? Heurts et malheur d'un outil statistique : le SIPA-PH 99
Les enjeux politiques d'un système d'informations partagées 103
Un pilotage en douceur, faute de mieux 106
Que savons-nous des « performances » des MDPH ? 109

Deuxième partie
Ce que font les MDPH **117**

Chapitre 1 **Associer les associations** **119**

Introduction Les associations au quotidien dans la MDPH ***119***

L'hypothèse néocorporatiste à l'épreuve du local 120
Un paysage associatif aux visages pluriels 121
Spécialisations et relations interassociatives 122
Les associations au niveau local : accompagnement, attributions et effectivité des droits. 123

Fonctionnement de la CDAPH et modalités de nomination des associations ***124***

La CDAPH, « dans les textes » et « en action » 124

Dans les textes : la CDA, instance décisionnaire de la MDPH 124
Des modalités de fonctionnement variables et en constante transformation 125

CDA extensive *vs* CDA a minima ? Une comparaison de deux départements 127
Au-delà de la prise de décision : l'enjeu de la CDAPH est-il ailleurs ? 129

Associations : qui est représenté en CDA ? 134

Comment représenter ? 134
Qui choisit ? 136
Bénévoles ou professionnels, qui représente les associations ? 138

En CDAPH. Acclimater la défense des droits aux contraintes de l'institution 142

Quelles interventions sur les dossiers individuels ? 144

De qui défend-on les droits ? 144
Une défense des droits par l'expertise 150
Faire connaître pour défendre les droits 150
La description des conséquences du handicap dans la vie quotidienne 152
L'apport de connaissances techniques 154
Trouver une juste distance 154

Au-delà de l'apport d'expertise, la défense de principes 155

La défense des droits commence par le fonctionnement de la CDAPH 157

S'opposer à « l'orientation par défaut », credo des associations en CDA ? 158
Refuser l'orientation par défaut : position de principe ou instrument de pilotage ? 158
Les doubles notifications comme solution de compromis 160

La CDA est-elle accessible ? Défendre les droits « dans » la commission 162

L'invention d'un « droit de regard » associatif dans les CDA 164
La lutte pour l'information : la présentation des dossiers en CDA 166
Accepter la décision « sur liste » tout en préservant un droit de regard 167
Des critères en débat 168
Comment contrôler sans décider ? 172

Auditionner les usagers : les associatifs face à leurs contradictions 175

Chapitre 2 **La création d'une culture « maison » 179**

Conflits maisons : Controverses sur les réorganisations informatiques 180

L'inégal développement des outils statistiques dans les MDPH 181
Médecins vs O&M 186

Numérisation et réorganisation : productions de *jurisdictions* 187
La fragilisation de l'accueil 189
Les médecins ne sont plus les points de passage obligés de la MDPH 191
Le contournement des O&M 194

Au cœur de l'évaluation globale du handicap : pratiques de la pluridisciplinarité 198

Composer l'EP : enjeux professionnels, contraintes organisationnelles et luttes politiques 200

Contraintes organisationnelles et contours des réunions d'EP 201
Le choix du type de médecin 201
La taille de l'EP 201
Pluridisciplinarité ou collégialité ? 202
Des logiques politiques 203

La pluridisciplinarité : enjeux pour les usagers, enjeux pour les professionnels 204

Évaluer les besoins des usagers : méthodes, difficultés, aléas 204
Diagnostiquer la situation et définir les besoins : une difficile individualisation 204
Quelle place pour les usagers dans la définition des préconisations ? 205
L'établissement de la préconisation: la place toute relative des savoirs professionnels 206

Entre professionnels du handicap : se connaître, s'informer, s'affronter, s'affirmer 207
Un discours de la distinction 208
Une hiérarchie des savoirs et des rôles, au sein des EP 209
Une inégale reconnaissance des savoirs professionnels, en évolution permanente 211
La piste des trajectoires professionnelles 211
Défendre « ses dossiers » 211
Une hiérarchie des métiers contestée 212

Au-delà des délibérations sur les cas : des moments d'échanges interprofessionnels 212

Chapitre 3 **Produire les usagers et leurs droits** **215**

Relation administrative et production du handicap ***215***

« L'instruction » du handicap 216

Le handicap : un processus d'apprentissage 217
L'accueil, configuration spatiale et place des usagers 218
Le rapport au temps de l'accueil: entre attente et urgence 220
La personnalisation du rapport aux usagers 223

Le rapport à l'autonomie 223

L'injonction à l'autonomie ? 224
Le rapport au travail 224

Entre médical et social : une prise en charge aux contours du médical 227

Quels statuts pour les usagers ? ***231***

Professions et figures de l'usager 231

L'usager des évaluateurs : médecins et assistantes sociales 232
L'usager des managers 233
Organisations & Méthodes : « l'individualisation standardisée » 234

Trois formes de priorisation du flux 236

La procédure contre le management ? 238
Le renouveau du contrôle des professions 239

Troisième Partie
L'autonomie, entre effectivité et légitimité 251

Chapitre 1 **La lutte pour l'autonomie 253**

Comment l'Etat (im)plante son arbre (de décision) ? Production et usage d'un instrument d'attribution d'une prestation sociale en période d'austérité 254

La révision de l'AAH comme repli de l'Etat Providence 255

Le rejet des outils contraignants 258

Des outils de pilotage procéduraux : l'invention de « l'arbre de décision » 260

A quoi sert l'instrument ? 266
Un arbre qui cache la forêt ? La résistance des MDPH à une opération gestionnaire 267
Le défaut de réputation des DDCS 269
La voix du minoritaire : la règle contre la routine 271
Ceux que l'instrument peut contrôler 274

Contester les droits, contester la MDPH ? 275

Les TCI, des juridictions à géométrie variable 278

Appliquer le droit et protéger les individus vulnérables : l'influence de la socialisation professionnelle des magistrats 281
Plaidoirie et récit de soi : la personne handicapée et son conseil à l'audience 285
La MDPH, représentante de la décision de la CDAPH 287
Prendre une décision : le TCI entre instance technique et juridiction indépendante 289

Les réponses des MDPH face au contentieux 291

Le travail juridique : une contrainte externe 292
Des bricolages locaux et des adaptations à la marge 294

Les relations entre MDPH et TCI, au prisme de la réputation 298

Prendre des décisions légitimes 299
Conflits d'expertise autour du « droit du handicap » 302

Conclusion 304

Chapitre 2 **La légitimité par l'effectivité, au prix de l'autonomie 306**

L'effectivité comme quête 308

L'absence d'effectivité comme dévalorisation du travail des MDPH 308
Quelle priorité mise à l'effectivité dans les décisions prises ? 311

L'effectivité comme format organisationnel : une MDPH ouverte sur son environnement 319

En dehors de la CDA. Associations et établissements dans le montage, l'évaluation et la mise en œuvre des orientations? 322
Quel accompagnement associatif pour ceux qui ne sont pas (encore) dedans ? 323
Un accompagnement généralement considéré comme insuffisant… 323
… Mais qui est de la responsabilité de la MDPH ? 324
Contenu et modalités de l'accompagnement associatif 328

Les établissements, autour et dans la MDPH 333
Comment les établissements préparent les dossiers ? 333
La participation des établissements et services au travail d'évaluation de la MDPH 339
Modalités de participation à l'évaluation 339
La participation des établissements à l'évaluation : un échange de bons procédés ? 340

Qui sort ? Qui entre ? La construction du public : un enjeu clé des relations MDPH-établissements 342

Qui sort? 342
Les « sorties administratives » : un point de conflit potentiel avec la MDPH et les CA des associations gestionnaires… 342
… qui permet simultanément de comprendre la possibilité d'une coopération 344

Qui entre? 346
La gestion des entrées au sein des établissements 346
Les critiques adressées au système 348

A quelle condition peut-on entrer dans le processus d'évaluation d'une MDPH ? DDCS et EN face aux décisions de la MDPH 351

L'Etat local ne disparaît pas partout : DDCS et EN face au retrait de l'Etat 356
L'Etat local en relations 358
L'Etat local et l'effectivité des droits 359
Des modalités d'associations différentes au travail des équipes pluridisciplinaires 360
Des rapports différents à la judiciarisation des politiques publiques 363

Conclusion 366

Bibliographie 367

Liste des tableaux, graphiques et encadrés

- Les missions des MDPH selon la loi du 11 février 2005 _____ 20
- 4 départements, 4 MDPH _____ 34
- Les voies de circulation dans l'espace du handicap _____ 84
- Action multiniveaux et logiques d'action publique _____ 86
- Circulations croisées : informations et financement _____ 101
- Liste des CDAPH observées _____ 127
- O31-C : Echec d'une tentative de mise au vote par une représentante du CG dans une CDA (PCH) _____ 130
- La composition de la CDAPH dans les textes _____ 141
- De qui défend-on les droits : les cercles de la représentation _____ 145
- La représentation du handicap selon les représentants _____ 146
- Présentation en CDA vs adoption sur liste : les critères discutés dans un atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA _____ 169
- Informatisation d'un dossier au cours de son trajet dans la MDPH _____ 182
- Positions dans l'organisation et numérisation de la MDPH _____ 191
- Handicap et travail : manque d'information, difficultés de coordination et jeux de rôles 225
- Une visite à domicile : A la recherche de la journée-type _____ 228
- A taxonomy of frontline discretion in adult social care _____ 237
- L'invention des délais _____ 242
- Les recours gracieux _____ 277
- La conciliation _____ 277
- Le nombre de conciliations, recours gracieux et recours contentieux par département (en 2010) _____ 279
- Les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) _____ 279
- Composition du Tribunal du contentieux de l'incapacité _____ 280
- Types de fonctionnement d'un TCI _____ 290
- Types de réponses des MDPH au contentieux _____ 298
- Ressources et savoirs des structures de l'Etat local dans le travail d'évaluation des situations individuelles par les équipes pluridisciplinaires des MDPH _____ 363

Liste des abréviations utilisées

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACTP	Allocation Compensatrice Tierce Personne (remplacée, avec droit d'option, par la PCH)
ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AES	Allocation d'Education Spéciale (remplacée par AEEH, mêmes conditions) au 1er janvier 2006
AFM	Association Française contre les Myopathies
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées
AGGIR	Grille d'évaluation de l'autonomie de la personne âgée (référentiel APA)
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APAJH	Association pour les Adultes et Jeunes Handicapés
APF	Association des Paralysés de France
API	Allocation Parent Isolé
APTH	Association pour la Promotion des Travailleurs Handicapés
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance (CG)
ASEH	Aide à l'accueil et la Scolarisation des Enfants Handicapés
AVH	Association Valentin Haüy (aveugles et malvoyants)
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (pour les 0-6 ans)
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CAT	Centre d'Aide par le Travail (remplacés par les ESAT)
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDES	Commission départementale de l'Enseignement Spécialisé (regroupé dans les CDAPH)
CES	Contrat Emploi Solidarité
CFHE	Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et

	de la santé / ou Classification Internationale des Handicaps
CLIC	Centre local d'information et de coordination (gérontologique)
CLIS	Classes d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNITAAT	Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail
CNFTP	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COMEX	Commission Executive du GIP
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (regroupé dans les CDAPH)
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRPH	Complément de Ressources pour les personnes handicapées
CRA (CAF)	Commission de Recours Amiable
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
CRP	Centre de Reclassement Professionnel
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DPAPH	Direction des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
EA	Entreprise Adaptée
EHPAD	Etablissement d'Herbergement pour Personnes Agées Dépendantes
EN	Education Nationale
EP	Equipe Pluridisciplinaire
ESAT	Etablissement de Soutien et d'Aide par le Travail (ex-CAT)
ESS	Equipe de Suivi de Scolarisation
EVS	Emploi de Vie Scolaire (peuvent être CAE ou Contrat d'Avenir)
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FIPHFP	Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FNATH	Fédération Nationale des Accidentés du Travail - Handicapés (devenu Accidentés de la vie)
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GEVA	Grille d'évaluation du handicap (référentiel PCH)
GIC/GIG	Grand Invalide Civil / Grand Invalide de Guerre
IEM	Institut d'Education Motrice
IEN-ASH	Inspecteur Education nationale - Adaptation Scolaire et Scolarisation des élèves Handicapés - référent MDPH pour l'Education Nationale

IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico-Pédagogique
IMPro	Institut Médico-Professionnel
ITEP	Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MTP	Majoration pour TIerce Personne
MVA	Majoration pour la Vie Autonome (vient en complément de l'AAH sous conditions)
ODAS	Observatoire national de l'Action Sociale décentralisée
OETH	Obligation d'Emploi des Personnes Handicapées
ORP	Orientation professionnelle
PAI	Projet d'accueil individualisé
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDITH	Plan départemental d'insertion pour les travailleurs handicapés
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PPRE	Programme personnalisé de réussite éducative
PPS	Projet Personnalisé de Scolarisation
PSA	Parcours de Scolarisation en Alternance
PSD	Prestation Spécifique Dépendance (remplacée par APA au 1er janvier 2002)
RESAD	Réunions d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSDAE	Reconnaissance Substantielle Durable d'Accès à l'Emploi
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SIPA-PH	Système d'information partagé pour les personnes handicapées
SMS	Secteur médico-social
SPE	Service Public de l'Emploi
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SVA	Sites pour la vie autonome
TASS	Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale

TCI	Tribunal du Contentieux de l'Incapacité
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (nouveau nom de Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés)
UPI	Unités pédagogiques d'intégration
UNAFAM	Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux
UNASSAD	Union Nationale des Associations de Soins et de Services A Domicile
UNISDA	Union nationale pour l'insertion sociale du déficient auditif

Remerciements

Ce projet a bénéficié d'un financement de la MiRe-DREES dans le cadre d'un appel à projet blanc lancé en 2010. Nous voulons remercier les équipes de la MiRe pour le soutien apporté à la réalisation de cette étude.

Nous voudrions remercier très sincèrement pour le temps qu'ils et elles nous ont accordées l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à nos questions. Qu'ils et elles soient remerciés pour leur patience à nous expliquer leur travail et le monde qui est le leur. Nous les remercions encore pour nous avoir permis de les observer au travail ou en activité : personnels et encadrement de MDPH, cadres de la Direction de la Compensation de la CNSA, élus locaux, agents de l'administration centrale, militants associatifs, gestionnaires d'établissements, médecins, psychologues, assistantes sociales, éducateurs spécialisés.

Nos remerciements vont également aux directeurs et directrices des quatre MDPH qui ont accepté d'accueillir notre équipe de recherche pendant la durée de nos investigations et d'ouvrir les portes de leur organisation à une équipe de chercheur.e.s et de faire supporter à leurs équipes notre intrusion.

Nous souhaiterions également remercier Bernadette Moreau de la Direction de la Compensation de la CNSA d'avoir permis l'accès au terrain et d'avoir répondu à nos questions à plusieurs reprises.

Nos remerciements vont également à l'Association des Directeurs de MDPH et à son président et à son ancienne présidente qui nous ont permis de comprendre au plus près le fonctionnement des MDPH.

Nous souhaiterions également remercier Jérôme Minonzio (MiRe-DREES) qui a soutenu ce projet et a permis d'améliorer les pistes de questionnements initiales.

Nos remerciements vont également à Cécile Derbois qui a géré la partie administrative de ce contrat de recherche au sein de l'Université Paris-13.

Ce projet a bénéficié d'échanges formels ou informels qui nous ont fait progressé dans notre capacité à formuler nos problématiques. Merci à Guillaume Courty, Renaud Epstein, Julie Pollard, Diane Roman et Lionel Rolland.

Cette recherche a fait l'objet de présentations dans plusieurs séminaires, colloques et journées d'études. Nos remerciements vont aux collègues qui nous ont accueillis et qui ont discuté nos propositions.

Composition de l'équipe de recherche

Pierre-Yves Baudot, coordinateur du projet, Maître de conférences en science politique, Université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, CESDIP (UMR CNRS 8183), associé au Centre d'Etudes Européennes (FNSP/SciencesPo Paris)

Nicolas Duvoux, Maître de conférences en sociologie, Université Paris-Descartes, CERLIS (UMR CNRS 8070)

Aude Lejeune, Chargée de Recherche au CNRS, CERAPS (UMR CNRS 8026)

Gwenaëlle Perrier, Maîtresse de conférences en science politique, Université Paris 13 – CERAL, associée au LISE/CNAM (UMR CNRS 6240)

Anne Revillard, Associate Professor, Sociologie, SciencesPo Paris (OSC-LIEPP) (UMR CNRS 7049)

« Dans l'Etat moderne, les droits sont des promesses vides dans de nombreux contextes, tant que les politiques et les pratiques administratives ne leur donnent pas vie »

Charles R. EPP, « Implementing the Rights Revolution : Repeat Players and the Interpretation of Diffuse Legal Messages », *Law and Contemporary Problems*, vol. 71, n°2, 2008, p. 41-52, p. 42 (notre traduction)

Introduction

Guichet de MDPH

C'est le début d'après-midi, après s'être occupés des deux premiers, et jusqu'ici seuls usagers, les agents d'accueil retournent au travail de dossier. Le téléphone sonne : un usager veut s'informer sur la date de la commission et la nature des décisions. L'agent fait en sorte de ne pas trop en dire pour ne pas annoncer de nouvelles par téléphone. Les agents doivent travailler vite pour ne pas faire attendre les usagers présents mais sans expédier leurs interlocuteurs au bout du fil. Il faut manier l'art délicat du regard en direction de l'usager qui attend au guichet pour lui faire comprendre que la conversation en cours sera bientôt terminée ou que si elle se prolonge, ce n'est pas du fait du conseiller. Regards compréhensifs - soumis ? - des usagers en face.

O 40-A / EP enfance

Une mère a été reçue par les membres de l'EP, pour tenter de convaincre les membres du besoin de renouvellement d'AVS pour son fils. A la sortie, voici les échanges entre les membres :

Conseillère d'orientation, psychologue (EN) : il y a beaucoup d'inquiétudes, beaucoup d'enfants ont ce genre de difficultés !

Conseiller pédagogique (EN) : il écrit gros, mais bon, j'en ai vu un autre, c'est une cata par rapport à lui !

Conseillère : y'a plein de gamins qui auraient besoin qu'on lui fasse des couleurs ; on sent une surprotection.

Médecin (EN) : il a la chance d'être entouré de près…

Pédopsychiatre (Hôpital de Jour - CMPP): c'est lui qui se rassure, il rassure ses parents ?

Médecin (EN) : Une graphothérapeute s'installe dans le coin ; mais c'est pas remboursé par la sécu…

Médecin (MDPH) : c'est pas un métier reconnu ; j'ai été voir sur pole emploi, ça ne fait pas partie des métiers répertoriés ; donc à mon avis, on ne peut pas financer. (…) ils disent à la sécu que les orthophonistes ont la compétence de graphothérapeute, troubles du langage écrit ; donc on peut estimer que ça peut rentrer dans l'orthophoniste

Responsable MDPH du pôle enfance : Allez, on continue !

E148-D, VP CG, Pdt COMEX

« On sent bien que, dans le champ du handicap, si on y prend garde, le coût des événements, je dirais, il pourrait y avoir des révisions douloureuses, un peu difficiles à gérer parce que les organes de gouvernance des MDPH associent – et c'est bien – les usagers,

mais, comment dire, dans une proximité institutionnellement assez grande avec la gestion quotidienne, et ces problématiques financières : c'est quand même très compliqué de demander aux usagers de les accompagner. Donc je pense que les deux, trois ans qui viennent pourraient être assez difficiles pour ces structures, compte tenu de ce contexte-là. »

Réunion d'un groupe utilisateur de Maisons Départementales de Personnes Handicapées d'un éditeur de logiciel, dans les locaux de Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Paris, mai 2012

Des directeurs et directrices de MDPH, des responsables de systèmes d'information, des gestionnaires de SI sont présents, ainsi que le technicien de l'éditeur, qui est dans le champ de « l'informatisation du social » (« *SocialInfo*[1], l'informatisation du social » comme le dit la première diapo de son power point) « depuis le début », selon ma voisine, soit « depuis environ 10 ans ». C'est le même technicien qu'ils rencontrent depuis qu'ils se sont lancés dans l'appropriation de ce progiciel de gestion. Ils parlent de la possibilité d'éditer des courrier de PPS [Projet personnalisé de scolarisation pour les enfants – documents qui synthétise les propositions effectuées par l'équipe pluridisciplinaire d'une MDPH à destination d'une CDA [commission des droits et de l'autonomie de la PH] à partir directement du progiciel. Mais un gestionnaire SI pose la question de la fiabilité des demandes d'historiques, de remonter dans les différentes prestations. Le technicien éditeur parle de code champ, de code titre, il explique comment multiplier les présentations en fonction des demandes. Il revient sur la fonction « historique » de ce progiciel. Avant la réunion, un responsable SI d'une très grosse MDPH me dit « ce progiciel demande moins d'investissement que l'autre, on est sur un marché de niche, celui-là demande moins de paramétrages et d'investissement, mais il faut rentrer dans les cases ». L'animateur de la réunion, directeur-adjoint d'une MDPH, demande à un moment : « Sur cette évolution là, c'est bien compris par tout le monde ? ». A ma grande surprise, le public (35 personnes) qui prend des notes, répond "oui".

Question n°20248 – Question de Jean-Christophe Camabadelis (SRC, Paris), le 5 mars 2013. http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-20248QE.htm

M. Jean-Christophe Cambadélis alerte Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le projet de changement de statut des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) tel qu'il est envisagé dans l'avant-projet de loi de décentralisation. L'État prévoit le transfert des MDPH et des ESAT (établissements et services d'aide par le travail) aux conseils généraux. En l'état, ce projet supprimerait les commissions exécutives des MDPH privant ainsi les personnes en situation de handicap et leurs familles de leur droit de participer au fonctionnement de cette instance. Or la garantie de la co-construction pluridisciplinaire d'un projet individualisé par et avec la personne handicapée est le fondement même de la loi du 11 février 2005. D'autre part, ce changement de statut entraînerait une inégalité de traitement des usagers d'un département à l'autre remettant alors en cause le principe même «d'égalité des chances». Compte tenu des difficultés financières des départements, il est à prévoir une dérégulation territoriale des politiques du handicap. Soucieux du service rendu aux citoyens, il lui demande quelles mesures elle entend prendre afin de préserver tout à la fois le principe du guichet unique propre aux missions des MDPH et le statut de GIP (groupement d'intérêt public).

E36-B, président d'association

« C'est affolant. On a les responsabilités, à l'heure actuelle, d'un chef d'entreprise sans en avoir le salaire. Et on a les mêmes responsabilités juridiques et pénales. Mais, je ne regrette rien. Y'a des fois, je suis un peu fatigué et je dis : « j'en ai marre de cette association », vous savez, un peu comme tout le monde. Et puis, le lendemain matin, on vient au bureau ».

[1] Le nom de l'entreprise a été modifié.

E170-C, président d'association

« Aujourd'hui, bloquer un terrain jusqu'à ce qu'il y ait l'appel à projets, que ça commence à construire et qu'on commence à récupérer des prix de journée pour rembourser les emprunts, je me demande qui a les reins assez solides pour ça, même dans les associations riches en patrimoine ».

Observation d'une audience foraine du TCI.

Madame M. est convoquée à 11h à une audience du tribunal du contentieux de l'incapacité qui se tient dans les locaux d'une maison de justice et du droit proche de son domicile. Elle est arrivée en avance, accompagnée de son mari. La Secrétaire du tribunal les invite à entrer dans la salle d'audience. Son mari tient la porte, elle entre en se déplaçant difficilement et il la suit. Ils prennent place autour de la grande table qui occupe tout l'espace dans cette petite pièce confinée. Le Président du tribunal se présente, puis introduit les différentes personnes présentes autour de la table : les deux assesseurs qui seront amenés à participer à la décision finale, les deux représentantes de la MDPH, le médecin expert qui procédera à un examen médical dans une pièce adjacente, la secrétaire du tribunal et un greffier qui transcrit les audiences. Il demande à Madame M. d'exposer les motifs de son recours en quelques minutes. Son mari prend la parole et commence à expliquer les raisons qui les poussent, lui et sa femme, à contester le taux d'incapacité attribué par la CDAPH. « Et vous, Madame M., pourquoi souhaitez-vous contester la décision de la commission ? » demande ensuite le Président.

Hélène Delmotte, « Enfants handicapés : l'Etat à nouveau condamné », *Gazette Santé Social*, octobre 2007

Le tribunal administratif de Lyon avait déjà condamné l'Etat, le 29 septembre 2005, pour défaut de scolarisation d'un enfant lourdement handicapé à la suite de la fermeture, en septembre 2002, de la structure qui l'accueillait. Aucun des trois établissements proposés ensuite par la commission départementale de l'éducation spéciale du Rhône n'avait pu l'accueillir, faute de place. Les juges du tribunal administratif avaient conclu que l'Etat avait fait « peser sur l'enfant et ses parents une charge anormale et spéciale de nature à engager sa responsabilité, même en l'absence de faute », le condamnant à verser 36 000 euros aux parents. Le 23 octobre 2006, le tribunal administratif de Versailles avait également condamné l'Etat à verser à M. et Mme L. une somme de 6 000 euros pour leur préjudice moral et 8 000 euros pour celui de leur enfant. « Compte tenu de la période pendant laquelle, entre juin 2003 et septembre 2004, [l'enfant] n'a pas été scolarisé à plein temps, l'Etat a commis une faute de nature à engager sa responsabilité ». L'Etat a fait appel de cette décision.

Quel est le lien entre ces différentes scènes ?[2] Comment passe-t-on de délibérations parlementaires à des transformations dans la fourniture de services publics ? Quelle connexion entre les questions parlementaires sur l'avenir des GIP et la condamnation de l'Etat pour ne pas avoir tenu son obligation de résultat en matière de scolarisation d'enfants handicapées, du fait du manque de place en établissements ? Comment expliquer le fonctionnement des associations, représentant les personnes handicapées mais dépendantes des tarifs journée fixés par les pouvoirs publics et notamment le Conseil général ?

[2] Introduction rédigée par Pierre-Yves Baudot.

C'est à ces différentes questions que ce projet entend apporter des éléments de réponse.

Ce rapport propose de suivre **sur les différentes scènes le déploiement de l'action publique à destination des personnes handicapées**. En restituant les différentes scènes sur laquelle les différents acteurs doivent s'engager pour construire l'action publique, ce rapport veut **décrire l'ensemble des relations – ascendantes et descendantes, locales et nationales – entre les acteurs impliqués sur ces différentes scènes. Ce rapport veut mettre en évidence les liens (ou l'absence de liens) entre ces différences scènes, montrant ainsi la cohérence et les frontières de ce champ, produites par ces échanges.**

En explorant ces différences scènes, nous montrons des acteurs qui circulent (les directeurs de MDPH, les cadres de la direction de la compensation de la CNSA, les élus locaux, les agents de la DGCS) et d'autres qui circulent beaucoup moins d'un espace à l'autre (les associatifs locaux, parfois appelés à participer à des réunions nationales, les cadres intermédiaires des MDPH – « RIP » (référent insertion professionnelle) et « Coordo » (coordonnateurs des EP) des MDPH qui participent à des journées d'échanges organisées par la CNSA) ainsi que des acteurs qui ne circulent pas du tout dans cet espace du handicap (les usagers, les guichetiers des MDPH). L'ensemble de ces circulations et de ces capacités différenciées à circuler dessinent des pôles et des points de passage obligés qui structurent cet espace du monde du handicap.

Cet espace, structuré par ces circulations, est constitué d'institutions historiquement établies et d'acteurs qui défendent des logiques différentes. Ce rapport veut également décrire **l'ensemble des impératifs et des injonctions contradictoires qui pèsent sur la formulation des programmes d'action publique**. Le lien entre ces différentes scènes n'est pas seulement descendant, fabriqué dans les espaces administratifs centraux à destination des territoires qui appliqueraient cette politique, avec plus ou moins de marge de manœuvre dans leur respect strict des normes. A l'inverse, nous souhaitons décrire les « boucles étranges » de rétroaction (Lascoumes and Le Galès, 2012) qui existent entre les différentes séquences et entre les différents espaces dans lequel se déploient les acteurs du secteur du handicap. Associant différentes arènes et différentes audiences, produit d'une histoire au cours de laquelle s'empilent des dispositifs familiaux, associatifs, étatiques et locaux, des initiatives économiques et des logiques juridiques, **ce secteur fait travailler ensemble des définitions divergentes d'un problème envisagé comme regroupant des situations commensurables** : **les situations de « handicap »**. Les MDPH seraient alors le « guichet unique » auquel toutes les personnes qui peuvent envisager relever de cette catégorie imprécise devrait s'adresser. Cette étude cherche à comprendre comment, au fil de ces histoires et en fonction des logiques concurrentes, **cette situation imprécise (la situation de handicap) est administré par une administration travaillant à coordonner ses services autour d'une même problématique**.

Moins qu'une description de l'une ou l'autre des associations, de l'un ou l'autre des lieux d'accueil des personnes handicapées, des différents types

d'administration possible du handicap, cette étude vise à saisir les frontières et les dynamiques de ce « secteur » d'action publique. Cette étude propose d'**envisager l'action publique à destination des personnes handicapées comme le produit de ces relations multiples, divergentes et multiscalaire**.

Un objet de recherche : les MDPH

Cette recherche porte spécifiquement **sur le fonctionnement et l'activité d'un format organisationnel relativement inédit dans l'administration française, notamment au niveau territorial.**

Ce que sont les MDPH

Les MDPH sont définies comme des « guichets uniques » par la loi du 11 février 2005 qui les institue. Les MDPH fusionne les CDES, les COTOREP et les SVA. Ces MDPH sont des GIP, placés sous tutelle départementale. Le changement se situe donc dans un processus de décentralisation : les anciennes administrations déconcentrées voient leur magistères sur l'attribution des prestations et des reconnaissances de qualité de travailleur handicapé ainsi que sur les orientations scolaires et professionnelles passer sous la tutelle du Conseil général. Cette décentralisation n'est pas totale cependant puisque l'Etat participe au GIP, met du personnel à disposition et finance des prestations (AAH, AEEH). Ces GIP assurent également la participation accrue (mais pas totalement nouvelle) des associations au dispositif.

Les missions des MDPH selon la loi du 11 février 2005

- Guichet unique garantissant l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes handicapées et de leurs familles dans leurs démarches, elles mènent des actions de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.
- Elles mettent en place et organisent le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH)
- Elles mettent en place et organisent l'équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation.
- Elles assurent l'accompagnement des personnes handicapées et des familles suite à l'annonce et à l'évaluation du handicap
- Elles reçoivent toutes les demandes de droit ou prestations qui relèvent de la compétence de la CDAPH
- Elles assurent le suivi de la mise en œuvre des décisions prises et organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées.
- Elles organisent des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.
- Elles mettent en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille de soins infirmiers.

Ce changement de format organisationnel s'accompagne (sans qu'il soit lié) d'une rupture dans les modes de définition du handicap. La loi du 11 février 2005 est souvent décrite comme le moment du passage du modèle médical au modèle social de handicap, d'un modèle basé sur le *welfare* à un modèle basé sur les droits.

L'un des objets de ce rapport est d'interroger le lien entre le format organisationnel et la rupture de paradigme définitionnel du handicap. Si les deux processus semblent globalement indépendants, **la MDPH est-elle parvenue à mettre en œuvre ce nouveau paradigme des droits ?**

Ne pas expliquer les MDPH par leur fin

Il serait tentant de répondre à la question de la réussite des MDPH à incarner et à implanter ce paradigme des droits à partir des débats portant sur leur pérennisation. L'hiver 2012-2013 a vu en effet la question du statut des MDPH sous forme de GIP être l'objet d'une vive controverse, quelques mois après le vote de la PPL Blanc en juillet 2011, affirmant que les MDPH étaient des « GIP à durée indéterminée ». Provoquée par la publication en ligne d'un avant-projet de loi de décentralisation annonçant la suppression des GIP et la transformation des MDPH en services des conseils généraux, cette controverse a permis de publiciser et de polariser les positions des acteurs.

Dans ce rapport, nous proposons d'évaluer l'action des MDPH à partir des pratiques concrètes. Nous démontrons surtout la déconnexion entre deux problématiques, qui regroupent deux réseaux d'acteurs en grande partie indépendants les uns des autres : la problématique du gouvernement et la problématique du service à l'usager. En mettant en avant cette déconnexion, nous souhaitons démontrer que le devenir des MDPH n'est pas lié à la qualité ou à l'efficacité du service qu'elles rendent aux usagers.

Une difficulté classique des études portant sur l'institutionnalisation est que, s'intéressant à leurs genèses pour en déduire les formes et les capacités, ces études sont le plus souvent prise dans une « illusion étiologique » (la fin déterminant le cours de l'histoire, alors que celle-ci est en réalité largement indéterminée) (Dobry, 1986). En étudiant une institution en cours de constitution, nous pensions être protégés de cette illusion qui conditionne le récit en fonction des aboutissements. Les études de socio-histoire de l'action publique s'intéressent aux « possibles non-advenus » (Payre, 2009), pour retracer l'histoire en train de se faire. Elles évitent ainsi un tel écueil.

Nous pensions pouvoir réaliser le même type d'approche « sur le temps présent » (Castel, 2009). Toutefois, les multiples épisodes portant sur la définition des MDPH – évoqués ci-dessus – nous ont confrontés en permanence au fait que les MDPH étaient des institutions à durée de vie incertaine : des institutions fragiles. Comme tout processus, mais de façon extrêmement significative, l'institutionnalisation des MDPH est un processus incertain. Dans ce cadre que l'incertitude définit, les calculs des acteurs

étaient en partie fonction de leurs estimations – fondées ou non – de la possible disparition ou la possible pérennisation de ces structures. La divulgation, dans les premiers jours du mois de décembre 2012 de l'avant-projet de loi de décentralisation précédemment mentionné nous a placé face à cette difficulté. Comment travailler sur cet objet sans savoir s'il allait continuer à exister ? Comment ne pas tenir compte de la possible suppression du format GIP dans le discours que nous tiennent les acteurs sur le succès ou l'échec de ce format ? Comment ne pas relire l'histoire dont nous avons été partiellement les témoins à la lumière de cette disparition annoncée ?

Il aurait alors été possible de lire la disparition des MDPH à la lumière de l'ouverture d'une « fenêtre d'opportunité » permettant de réaliser un agenda de longue durée, déjà présent à la création de ces structures, agenda qui aurait été de décentraliser totalement le dispositif. Cet agenda de longue durée se lit en partie dans les débats parlementaires qui portent sur le statut des GIP, statut qui ne fut emporté que par l'amendement porté – à la demande de la Ministre Marie-Anne Montchamp – par un député de Corrèze, chargé de rappeler l'engagement du Président Chirac sur ce programme. Les entretiens que nous avons réalisés indiquent que le choix du GIP est un « choix par défaut », compromis au plus petit dénominateur commun.

> E205-ADF
>
> Q : À quel moment la volonté de l'État de décentraliser – on sait qu'il y a la déclaration de François Hollande qui date du 5 octobre – à partir de quel moment a été travaillé cette question de la décentralisation ?
>
> R : Je pense qu'elle est dans la tête du Budget depuis l'origine. Depuis 2005. Et que l'expérience du GIP a montré que c'était lourd, coûteux, et que l'État n'y arrivait pas.
>
> Q : Alors, en 2005, pourquoi la solution de la départementalisation totale n'a pas été acceptée ?
>
> R : Parce que y'avait les lobbies associatifs qui ont porté le morceau, et qu'il fallait faire la démonstration que, effectivement, c'était lourd en gestion, coûteux en gestion et que dans la période de crise actuelle on ne peut plus se permettre de financer dans le cadre de GIP des taux de charges sociales et fiscales plus élevés qu'en service intégré.

Ceci montre ainsi que la forme GIP constitue un « équilibre ponctué » (True *et al., 2006)* : un « choc exogène » (un événement perturbateur dans l'environnement) ou l'évolution (notamment par des logiques d'apprentissage mais aussi par des progressions dans les carrières politiques) des positions occupées par les différents acteurs la configuration ayant produit cet équilibre peut remettre en cause ce point d'équilibre. Cet événement perturbateur est la victoire de François Hollande à l'élection présidentielle[3]. Cette victoire a permis l'ouverture de cette « fenêtre d'opportunité » (Keeler, 1994 ; Kingdon, 2003) en forgeant une coalition regroupant des acteurs du Ministère des Finances, souhaitant donc de longue date limiter le périmètre

[3] Nous n'affirmons pas que la victoire de Nicolas Sarkozy n'aurait pas conduit à des projets identiques, pour des raisons éventuellement différentes, les acteurs porteurs de ce projet auraient été différents, et la résistance de certains membres de ce secteur aurait été plus sensible. C'est donc davantage la séquence électorale elle-même qui permet à des projets en attente de trouver des porteurs que le projet même de F. Hollande (qui n'en faisait pas état).

de l'Etat, et des élus territoriaux dont les positions dans le champ du pouvoir politique ont été renforcées par la victoire de F. Hollande (par leur participation au Gouvernement ou aux cabinets ministériels, par leur victoire aux élections législatives, de façon générale par leur accès renforcé aux lieux de prise de décision). Parmi les personnes investies dans ce processus, retenons la figure de Jérôme Guedj, président du Conseil général de l'Essonne, conseiller Handicap de Martine Aubry pendant la campagne des primaires socialiste, membre du conseil de la CNSA au titre de représentant de l'ADF, membre de l'iGAS, devenu député suite à la nomination du titulaire élu dans sa circonscription au Gouvernement (François Lamy). Il a ainsi participé au groupe de travail mis en place entre l'ADF et le gouvernement au sujet de la pérennisation des allocations de solidarité[4]. La concrétisation de cette coalition se trouve dans l'écriture de la partie du projet de loi consacré à la décentralisation des MDPH.

S'il est tenant de faire du devenir incertain des MDPH une preuve de leur inefficacité, et si cette « inefficacité » (qui n'est pas prouvée) peut être la « cause » de leur suppression, l'actualité s'est chargée de nous rappeler à la plus grande prudence en matière d'analyse causale. Cette partie du projet de loi a finalement été purement et simplement supprimée dans la version présentée au Gouvernement. Les acteurs rencontrés en entretien évoquent la mobilisation associative consécutive à la publication du projet pour expliquer cette suppression. M. Frédéric Cuvilier, ministre délégué chargé des transports, de la mer et de la pêche, répondant à la place de Mme Carlotti, excusée, à une question posée par Mme Françoise Guégot, à une question orale sans débat, le mardi 19 mars 2013 évoque cette mobilisation :

> Dans le droit fil des orientations fixées par le Président de la République, plusieurs voies ont été explorées pour clarifier le partage des rôles entre l'État et les conseils généraux dans le domaine du handicap. Parmi ces sujets, figuraient effectivement les MDPH, dont la responsabilité pleine et entière devait être confiée au département, ce changement de statut étant accompagné des garanties nécessaires à la participation des personnes handicapées au fonctionnement des MDPH et au maintien des équipes pluridisciplinaires ; les commissions départementales des droits et de l'autonomie auraient naturellement été maintenues. Toutefois, ce projet a suscité l'inquiétude des associations de personnes handicapées, avec lesquelles le ministère et Mme Carlotti ont donc engagé de nombreux échanges. Suite à cette concertation, le Gouvernement a décidé de maintenir le statut du groupement d'intérêt public des MDPH. C'est dans ce cadre qu'il nous faut maintenant réfléchir à une amélioration de leur fonctionnement, ainsi qu'à l'équité territoriale.[5]

Ils évoquent également le rôle que certains lieux ont pu jouer dans la médiation de ces revendications associatives (notamment le CNCPH, pourtant présidée par une députée socialiste, Mme Martine Carillon-Couvreur) et les jeux autour des positionnements des associations dans cette période. Est également évoqué par certains un retrait « tactique »,

---

[4] http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/financer-durablement-les-allocations-individuelles-de-solidarite

[5] Compte-rendu intégral des séances, Assemblée Nationale, 19 mars 2013 : http://www.assemblee-nationale.fr/14/cri/2012-2013/20130179.asp

visant à joindre la question du statut des MDPH au débat sur la dépendance prévu avant l'été 2013.

En ce sens, **notre étude ne se veut pas proposer de causes mais une description serrée des configurations dans lesquels évoluent les différents acteurs.** Elle invite à prendre connaissance des processus de longue durée dont les MDPH sont issus, l'action réciproque des différents niveaux d'action publique entre eux, des différentes coalitions possibles d'acteurs en fonction des enjeux soulevés et des tensions et injonctions contradictoires qui traversent ce secteur. Elle invite également à prendre comme un élément descriptif de la situation présente les conjectures que les acteurs dressent en permanence du devenir de ces structures. La perception que ceux-ci se font de l'avenir de ces organisations peut bien constituer une forme de prophétie autoréalisatrice, faisant advenir ce que les calculs (qui ne sont au mieux que des estimations d'un processus que nul acteur ne maîtrise pleinement) semblent dessiner.

Comment entrer dans une MDPH ?

Pour décrire le fonctionnement de ce « guichet unique », nous avons choisi de nous interroger sur les **« points d'entrée » dans les MDPH**. La notion de « points d'entrée » fait référence à l'ensemble des espaces, forums, interactions plus ou moins formalisés que les agents administratifs entretiennent avec la « société civile », c'est-à-dire les acteurs de marché, les « ressortissants des politiques publiques » (Warin, 1999), les institutions politiques locales et nationales et les forces partisanes.

Nous partons de l'hypothèse formulée par Daniel Carpenter *(2000)* que les administrations développent des capacités autonomes de gouvernement si elles développent deux propriétés essentielles :

- elles disposent de soutiens multiples (« multiplicity »), développées dans des connexions nombreuses avec le plus de réseaux possibles
- elles ont la réputation d'être les seules (« uniqueness ») à pouvoir porter le projet, à apporter des solutions et à traiter un problème.

L'autonomie administrative n'est pas pensée comme la différenciation de l'Etat ou de la puissance publique du secteur marchand ou politique, mais comme un ensemble de propriétés relationnelles : « L'originalité de l'approche [de Carpenter] est de tenir ensemble le dedans (la construction d'une identité et d'un service unique, les innovations des entrepreneurs bureaucrates) et le dehors (les multiples soutiens croisés et superposés dont bénéficie une agence et qui la rendent indépendante). En l'occurrence, l'autonomie n'est donc ni une question de règles (la perspective wéberienne), ni le résultat du choix d'acteurs politiques (Congrès, Président) : elle est le produit d'un travail interne (les entrepreneurs élaborant un service distinctif) et inextricablement d'un tissu relationnel externe favorable structuré par la réputation » (Bezes and Pierru, 2012, p. 63).

Cette notion de « points d'entrée » nous permet donc de travailler la construction de l'autonomie de la MDPH. **Cette définition nous demande**

de travailler de façon relationnelle. Ceci suppose saisir les institutions en pratiques et dans leur environnement.

Saisir les institutions en pratiques

Observer des interactions

Pour saisir les pratiques, nous avons défini un certain nombre d'espaces au cours desquelles des interactions peuvent être observées entre les différents acteurs composant ce secteur.

- La commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH) : cette instance, composée de 23 membres dont 21 avec droit de vote, attribue les droits et décide des orientations. Elle est notamment un lieu important de représentation des associations de personnes handicapées (7 sur 21)
- L'équipe pluridisciplinaire : instituée par la loi de 2005, elle introduit la notion de pluridisciplinarité et remet ainsi en cause le quasi-monopole des médecins sur l'évaluation. Ces EP sont composées en fonction du type de dossiers et de problématiques traitées. Elle peut avoir recours à des expertises extérieures. En fonction des départements, la composition de ces EP est extrêmement variable. De plus, cet espace d'examen des dossiers, au cours duquel sont synthétisés les évaluations réalisées, n'est pas le seul lieu où est réalisé cette synthèse : les MDPH ont pu mettre en place des espaces d'examen des situations non définis par les textes de loi et modifier ainsi les compositions en fonction des enjeux locaux
- Le guichet : espace de contact, de demande d'informations, point d'entrée officiel et unique dans la MDPH pour les usagers, son organisation, son positionnement et la place qu'il occupe dans l'agenda organisationnel de la MDPH révèle la place qu'occupent les usagers normalement « placés au centre du dispositif » dans la conduite de l'action publique.
- La COMEX : « conseil d'administration » de la MDPH, elle rassemble l'ensemble des partenaires du GIP. Présidée par le CG, elle donne l'occasion au directeur de présenter son bilan. Les réunions de COMEX sont un moyen de visualiser les échanges politiques entre les acteurs de ces différentes institutions.
- Les réunions d'échanges des directeurs, coordonateurs, RIP des MDPH organisées par la CNSA à Paris plusieurs fois par an : lieu de formation de pratiques, mais sans pouvoir imposer les pratiques recommandées, elles mettent en présence des producteurs d'expertise sans pouvoir de tutelle et des administratifs de terrain. Lieu de formation d'interconnaissance dans le secteur, elles visualisent les rapports entre les institutions locales et nationales.
- Les TCI : Instances de contentieux de l'incapacité, ces tribunaux sont vivement critiqués par les MDPH en ce qu'ils remettent en cause les évaluations de l'EP et les décisions de la CDAPH. Leur fonctionnement met en présence des juges retraités, des représentants de la MDPH (qui ne viennent pas toujours) et des personnes handicapées

(accompagnées ou non par des associations de personnes handicapées). Ces audiences de TCI mettent aux prises différents acteurs autour d'un droit peu stabilisé : le droit du handicap.

L'enjeu des frontières

Le choix de cette perspective met en évidence le fait que le secteur du handicap est défini par les échanges qui se joue en son sein, échanges qui définissent les frontières du champ.

L'espace de relations que nous étudions dans cette étude – le « secteur » du handicap – est marqué par des frontières mouvantes qui sont pour partie l'objet des concurrences, coalitions et ajustements qui le dynamisent. Comment définir les limites de la population concernée, par l'identité revendiquée ou par la reconnaissance administrative (Ankri and Mormiche, 2002 ; Mormiche, 2003 ; Ville, 2003, 2005) ? Le secteur du handicap relève-t-il des politiques de santé publique ou des politiques sociales ? Relève de l'assurance individuelle ou de la solidarité nationale ? Est-il défini par les prestations qui sont attribuées à des individus sur des critères médico-administratifs (comme le définissait la loi de 1975) (Tricart, 1981) ou au contraire est-il défini par la situation personnelle de l'individu, son « projet de vie » et l'accessibilité de son environnement ? Toutes les situations qualifiées administrativement de « handicap » renvoie-t-elle à une expérience vécue similaire ? Toutes les situations qualifiées de « handicap » sont-elles acceptées comme telles par les individus ainsi désignées ou relèvent d'autres appellations (une « maladie ») ?

Ces questions peuvent apparaître réglées à un niveau « paradigmatique », à partir du moment où les acteurs du processus d'écriture de la loi de 2005 et différents analystes ont tout à la fois énoncé et observé un « changement de paradigme » dans les textes de lois (Chossy, 2007 ; Gilbert and Didier-Courbin, 2005 ; Marissal, 2009 ; Milano, 2009), changement identique à celui auquel la loi américaine s'est soumise (Scotch, 2001 ; Switzer, 2003, p. 13–15), ceci tenant notamment aux mécanismes de circulation internationale des modèles (Heyer, 2002 ; Mohanu and Hassenteufel, 2010 ; Ravaud and Fougeyrollas, 2005 ; Waddington, 2006).

Deux nuances doivent toutefois être apportées.

Première nuance : il s'agit moins du passage d'un « modèle médical » à un « modèle social » (Oliver, 1996) que d'une superposition (*layering* dans le vocabulaire des analyses néo-institutionnalistes du changement : (Mahoney and Thelen, 2009 ; Streeck and Thelen, 2005) – dans les textes et dans l'architecture des dispositifs institutionnels – des différents modèles de définition du handicap. Ainsi, en matière éducative, la superposition de logiques « intégratives » et « inclusives » (Armstrong *et al., 2000, 2009)* a été mise en évidence témoignant de l'ambigüité des programmes de politiques publiques (Weislo, 2012). Cette situation ne serait pas propre à la France (Heyer, 2002). La mise en évidence de continuités fortes, y compris au niveau paradigmatique, avant et après 2005, permet de questionner le discours de la « rupture » tenu par l'ensemble des acteurs et d'interroger les ressorts sociaux et politiques de la rupture affichée. La mise en évidence de

cette superposition permet immédiatement de poser deux questions : **d'où proviennent ces compromis ? Comment des institutions fonctionnant en associant des référentiels et promouvant des pratiques divergentes peuvent-elles fonctionner ?**

La première question amène à faire porter la recherche sur la façon dont sont sélectionnés ou éliminés différents groupes d'acteurs de la définition des nouveaux référentiels. Il est possible en effet que certains groupes d'acteurs (médecins, associatifs, Education nationale, travailleurs sociaux…) aient été plus ou moins valorisés par le passage du « modèle médical » au « modèle social ». Il est possible également que ces différents groupes d'acteurs, en leur sein, présentaient des capacités différentes d'adaptation à la redéfinition des principes d'action en matière de handicap. Les associations représentatives de personnes handicapées mentales et les associations de personnes handicapées moteurs (Pontvert-Delucq, 2005) ont pu présenter des positions et des capacités d'adaptation différentes à l'égard de la norme d'autonomisation présentée par la loi du 11 février. Les associations gestionnaires d'établissement et les associations non gestionnaires ont pu avoir, en dépit de ressources différentes pour les faire valoir et entendre, des positions bien différentes. De fait, entre ces différents groupes d'acteurs plus ou moins favorisés par la rénovation des principes d'action publique, des compromis ont dû être passés. Davantage qu'une rupture, **la loi du 11 février 2005 exprime donc un compromis entre des positions divergentes**.

Deuxième série de questions : elle porte sur les modes de fonctionnement d'institutions qui supportent des définitions ambivalentes des principes d'action publique. Comment peuvent-elles alors fonctionner – et comment est-il possible d'évaluer leur fonctionnement – alors que les principes sensés guider leur action sont pluriels ?

Deuxième nuance : les questions sur les frontières du (champ du) handicap ne sont pas que des débats théoriques. Parce qu'elles sont insuffisamment résolues au niveau de la définition théorique et parce que les situations vécues par les agents de terrain ne peuvent être que des cas particuliers qui correspondent souvent mal aux catégories générales de la loi (Lipsky, 2010), ces questions sur la frontière du handicap alimentent au contraire les débats internes aux institutions que nous avons observés. Elles sont structurantes des dilemmes économiques, politiques et moraux (Paillet, 2007) des militants associatifs, des agents de terrain et des décideurs administratifs.

Les travaux sur le processus ayant conduit au vote de *l'American with Disability Act* en 1990 ont montré l'importance de l'élargissement du cadre du handicap qui a permis à des militants du mouvement gay de rejoindre les rangs du mouvement en faveur de l'ADA, apportant ainsi leur expertise, leur capacité de mobilisation et leur savoir-faire au service de la cause handicapée, au risque également de provoquer différents clivages (Switzer, 2003, p. 77–80). Des tensions similaires peuvent être remarquées dans les stratégies et les dilemmes qui animent, en France, les associations de personnes handicapées. Celles-ci sont soumises à la nécessité de défendre la spécificité du secteur sur lequel elles interviennent (par exemple dans

certaines CDAPH où elles défendent les frontières du « champ du handicap », ou dans les relations qu'elles peuvent entretenir au niveau central dans la perspective longtemps envisagée de la création d'un 5e risque de protection sociale associant dépendance liée à l'âge et dépendance liée au handicap) (Moreau, 2008 ; Piveteau, 2005). Mais elles sont dans le même temps soumises à la nécessité d'élargir le cadre de leur mobilisation, afin de constituer de larges coalitions de soutiens permettant de soutenir leurs revendications, comme ce fut le cas de l'APF lors de sa campagne « des bâtons dans les roues », indiquant que l'accessibilité concernait autant les personnes handicapées, que les personnes âgées et les femmes enceintes (Larrouy, 2011). Les frontières de l'espace d'action publique « handicap » sont également l'une des problématiques auxquels les acteurs administratifs sont confrontés.

> O9-A CDA Enfants
>
> La CDA s'ouvre sur le cas d'un enfant de 9 ans, scolarisé, dont les parents demandent un renouvellement d'AEEH et d'un complément de niveau 2. Avant d'entendre les parents venus défendre leur dossier, après avoir reçu une proposition de la MDPH contraire à leurs vœux (maintien de l'AEEH, suppression du complément), la CDA écoute la présentation du cas. L'enfant est diabétique et sa maladie est stabilisée. Le médecin de l'EP lit la notice d'évaluation proposée, faisant référence à un certificat médical délivré par un CHU de la ville Y, certificat qui est favorable à la prise en charge par la MDPH de cet enfant diabétique et qui préconise un taux compris entre 50 et 79%. Un représentant du CG – qui se trouve être médecin et, qui plus est, l'ancien médecin de la MDPH – intervient alors pour signaler que, contrairement au CHR de la ville Z, le CHU de la ville Y reconnaît le diabète comme un handicap. Elle demande alors, vu la stabilisation de la maladie et la politique bien connue du CHU de la ville Y en matière de handicap, de ne pas suivre leurs préconisations et de supprimer donc à la famille le complément d'AEEH.

De même, au niveau central, à distance de la *frontline* des guichets, lancée dans une opération d'affirmation de sa mission de pilotage de l'AAH dans les départements, la DGCS se défend de vouloir restreindre la durée moyenne d'attribution de la prestation ou le nombre de bénéficiaires de l'allocation, arguant que les critères d'attribution proposé par « l'arbre de décision » sont plus larges que certaines pratiques locales, critique qui lui adressait de nombreux acteurs de terrain pour délégitimer l'opération [*sur ce point, voir 3e partie / chapitre 1 – Comment l'Etat (im)plante son arbre (de décision)*], la DGCS affirme vouloir réserver la prestation à ceux qui sont réellement « en situation de handicap » :

> E207 – DGCS
>
> L'objectif de l'État n'était pas de baisser les dépenses, mais de donner la bonne allocation à la bonne personne. Ne pas faire de l'AAH sociale. Ce n'est pas son but.

A travers la question de la définition plus ou moins stricte des frontières du handicap, il s'agit pour cette administration centrale de redéfinir l'espace de la prestation, notamment face aux acteurs locaux (en premier lieu, les conseils généraux) qui – du point de vue de la DGCS – pouvaient avoir une définition plus extensive du périmètre de l'AAH.

La question des frontières du handicap est donc au cœur même des pratiques des acteurs observés. Nous ne sommes donc pas partis d'une

définition *a priori* du secteur, mais nous avons procédé de deux façons complémentaires. Tout d'abord, nous avons délimité le handicap par les institutions qui sont dédiées au traitement de cette question sociale (les MDPH), définies pour être des « guichets uniques », rassemblant l'ensemble des services relatifs à ce secteur. Une telle approche permet ainsi de montrer **comment les MDPH contribuent à « produire le handicap »** (E12-B), comme nous le dit en entretien un médecin d'une MDPH visitée et, dans le même temps, de **questionner l'unicité de ce guichet et de mesurer le devenir de l'ambition initiale**. Nous avons ensuite fonctionné par capillarité, au long des réseaux de nos interviewés, en suivant le fil des recommandations que nos enquêtés pouvaient nous indiquer en cours d'entretien sur les personnes qu'il nous serait potentiellement intéressant de rencontrer.

Saisir les institutions en relations

L'analyse d'une institution à partir des relations qu'elle tisse avec son environnement par une enquête empirique et inductive, laissant une place importante à la restitution de matériaux qualitatifs, n'est pas sans poser d'importants problèmes de restitution.

En effet, des approches purement institutionnelle, juridique ou quantitative objectivent des pratiques mais procèdent à une homogénéisation de données qui peuvent renvoyer à des univers de sens extrêmement différents. Une analyse de contenu des entretiens peut, par une analyse des items employés dans les entretiens, donner à voir des appropriations différenciées d'injonctions juridiques (pour un exemple dans le cas de l'accessibilité : (Barnes and Burke, 2012). Toutefois, la production du matériau par entretiens ou par observations est trop dépendant des conditions de recueil pour qu'une neutralisation de celle-ci puisse être effectuée sans dommage : c'est en effet à cette neutralisation que procèderait une analyse qui s'appuierait uniquement sur la présence ou non de certains items dans les entretiens. En l'occurrence, les entretiens non-directifs ou semi-directifs que nous avons réalisés ne sont pas des questionnaires et les possibilités de réponse sont trop larges pour pouvoir déduire de l'absence de formulation d'un thème qu'il n'est pas présent à l'agenda de l'enquêté.

La « réputation » des organisations

Au cours de ces entretiens, de très nombreux commentaires sur le mode de fonctionnement de la MDPH ont été formulés et argumentés. Ces jugements portés sur l'action des partenaires pourraient être passés sous silence, comme des éléments non pertinents de l'analyse, au profit d'informations plus stabilisées (des chiffres, des dates, des faits). Nous faisons dans cette recherche l'hypothèse que ces opinions, ces jugements sont des faits comme les autres. En cela, ils méritent d'être analysés.

Ces argumentaires peuvent être classés en fonction du type de réputation visée par la critique (positive ou négative). Ces éléments mettent en évidence ce que Carpenter avance : compte tenu de la multiplicité des audiences, ces

différents éléments ne peuvent être poursuivis et atteints de façon maximale simultanément (Carpenter and Krause, 2012).

Notre analyse des entretiens et des observations s'appuie sur la notion de « réputations ». Cette notion est empruntée au travail de Daniel P. Carpenter qui en fait un élément déterminant de la capacité des institutions (en l'occurrence les agences publiques américaines) à réguler le domaine de politiques publiques dont elles ont la charge. La « réputation » d'une organisation est « un ensemble de croyances à propos de la capacité d'une organisation, de ses intentions, de son histoire et de ses missions, croyances qui sont incorporées [*embedded*] dans un réseau d'audiences multiples » (Carpenter, 2010, p. 33) (notre traduction). Cette notion de réputation est définie par quatre dimensions dans le travail de Carpenter (Carpenter and Krause, 2012) :

- une dimension de *réputation performative* (une agence peut-elle faire le travail ?)
- une dimension de *réputation morale* (« est-ce que l'agence compatit, est-elle flexible et honnête ? Protège-t-elle les intérêts de ses clients, constituants et membres ? »)
- une dimension de *réputation procédurale* (« l'agence suit-elle des règles et des normes acceptées ? »)
- et enfin, une dimension de *réputation technique* (est-ce que l'agence a la capacité et les compétences requises pour faire face à un environnement complexe, indépendant et séparé de sa performance réelle ? ».

Loin d'être vues comme des épiphénomènes liés à des problèmes de personnes, nous pensons que les « réputations » des différents partenaires que nous enregistrons dans nos entretiens (et qui constitue une proportion importante du contenu des entretiens) traduisent des dynamiques structurelles liées à des configurations locales, historiques, politiques et sociales de plus longue durée et au sein desquelles les rapports interpersonnels peuvent être plongés. Les propos tenus en entretiens sur les partenaires institutionnels expriment ces positions de façon sous-jacente.

La MDPH dans son environnement

Nous avons traqué dans les entretiens les éléments de réputation que donnent les acteurs de ce secteur du travail de la MDPH. La recherche a été préparée de telle sorte qu'elle n'isole pas l'organisation de son environnement, mais qu'elle vise à rétablir la présence de la MDPH dans les multiples réseaux dont elle est partie prenante. Cet objectif s'explique de deux façons.

Le premier objectif est théorique. Il vise à sortir la sociologie de l'Etat d'une approche de la différenciation administrative reposant sur les propriétés (sociales, politiques ou économiques) des agents qui les composent ou caractéristiques (institutionnelles, juridiques, économiques, politiques) des agents qui la composent. Cette perspective n'est pas totalement absente de ce projet, dans la mesure où les catégorisations des agents de guichets (*Street Level Bureaucrats*) et les propriétés des acteurs sont prises en

considération pour interpréter de nombreuses situations. Toutefois, à la différence des approches sur le travail des fonctionnaires de *frontline* qui envisagent essentiellement la marge de discrétion sur une alternative entre professionnalisme, éthique pragmatique et intériorisation aux impératifs gestionnaires (Evans and Harris, 2004 ; Lipsky, 2010), nous envisageons **le travail de terrain de ces agents comme le résultat d'arbitrages qui ne se jouent pas uniquement dans l'interaction de guichet. Le travail des agents des MDPH est vu comme le produit et la production d'une réputation institutionnelle.**

Le deuxième objectif est lié à **une transformation des formats institutionnels**. Pour prendre la mesure de cette transformation des capacités administratives, il convient d'adapter les outils d'analyse aux pratiques des acteurs. Les nouvelles agences administratives sont de fait moins différenciées qu'elles ont pu l'être (si elles l'ont jamais été) de leur environnement social. De fait, pour saisir leur travail, il convient d'élargir le spectre de recherche au-delà des portes de l'institution pour **saisir l'institution hors les murs** : son travail ne commence pas à la porte vitrée coulissante du bâtiment, mais dans l'ensemble des relations qu'elle tisse avec son environnement, relations qui vont lui permettre d'orienter vers elle plus efficacement le public qu'elle est amenée à traiter (comme s'y essaie une MDPH visitée, qui travaille avec les CCAS du département pour mieux cibler le public qui lui est orienté) et donc d'accroître ou non sa charge de travail. Ces relations vont également lui permettre de travailler à rendre effectives les décisions qu'elle prend, puisque les MDPH n'ont – en dépit des stipulations juridiques[6] - en réalité aucun moyen de pression ou de sanction sur cet environnement.

Cette enquête s'est donc penchée sur le fonctionnement interne de l'organisation, en s'intéressant au niveau du guichet, des instructions et des évaluations de dossier, ainsi qu'au niveau du management et des instruments de travail collaboratif qui étaient mis en place. Mais **des entretiens ont aussi été conduits avec « l'environnement » administratif et politique de la MDPH**[7] :

- IEN-ASH
- DDCS

---

[6] La loi de 2005 précise (Art. 21 I, II, codifié dans l'article L351-2 du Code de l'Education que « la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles désigne les établissements ou les services ou à titre exceptionnel l'établissement ou le service correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent en mesure de l'accueillir. La décision de la commission s'impose aux établissements scolaires ordinaires et aux établissements ou services mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dans la limite de la spécialité au titre de laquelle ils ont été autorisés ou agréés ». La loi de 2005 précise également à son article 66-III (codifié à l'article L241-6 III du CASF que « la décision de la commission (…) s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé ou agréé ».

[7] Le terme « d'environnement » utilisé au moment de la passation des entretiens a pu surprendre certains de nos interlocuteurs, qui avançaient que les entretiens étaient en réalité conduits avec les partenaires du GIP, et que cet environnement renvoyait aux « constituants » du GIP. Si la remarque est juste juridiquement, la participation des partenaires à la COMEX ne se traduit pas nécessairement par une influence sur le fonctionnement concret de ces institutions. En revanche, c'est sous l'angle d'un rapport d'extériorité finalement assez surprenant que ces différents acteurs définissent leur rapport à la MDPH. La notion d'environnement nous semble donc finalement adaptée à regrouper les différents acteurs ici considérés.

- DIRRECTE
- Conseil général
- CAF

Cette problématique nous semble pertinente pour questionner le fonctionnement des MDPH[8]. Elle associe différents éléments :

- *une approche organisationnelle*. Les réputations ne sont pas des artefacts, mais la conséquence d'un travail spécifique de l'organisation qui vise à fabriquer une réputation spécifique et à minimiser ce que le développement d'une réputation peut avoir sur différentes audiences et sur les autres dimensions de la réputation. Au sein de l'organisation, les *middle level bureaucrats* (les managers) disposent de capacités spécifiques pour fabriquer l'expertise de l'organisation et développer sa réputation.
- *une approche politique*. Cette approche par la réputation n'est pas, à la différence de la sociologie des organisations (Boussard and Maugeri, 2003 ; Jobert and Leca, 1980), insensible à la question du politique. Elle intègre la notion d'interdépendance et les jeux de retenue du discours qu'elle suppose. En ce sens, le jeu sur les réputations devient une façon de positionner les institutions les unes par rapport aux autres, de hiérarchiser les priorités et de définir les périmètres de chaque acteur en concurrence sur ce secteur. Le choix d'un répertoire ou l'autre de réputation peut ainsi transcrire les prétentions concurrentes des acteurs ou le développement de politiques de coopération. De plus, cette approche est fondamentalement relationnelle. A la différence des premières approches réputationnelles développées dans les années 1950, elle n'est pas fixiste en ce qu'elle n'enregistre pas des éléments statiques mais des processus dynamiques et corrélés.
- *une approche par les professions*. Le développement de l'expertise au sein des institutions comme condition du développement de la réputation de celles-ci rejoint les analyses développées en termes de professionnalisation/déprofessionnalisation du secteur du travail social, d'éthique professionnelle des *frontline workers*, et reconfiguration des professions sous le coup des réformes portées par le New Public Management (Bezes *et al., 2011)*.

De ce fait, nous pouvons poser l'hypothèse suivante pour comprendre la situation des MDPH en France aujourd'hui : **si celle-ci ont réussi à développer, malgré d'importantes difficultés qui persistent toujours, des réseaux de relations avec l'extérieur, elles n'ont pas réussi à être reconnues comme la seule institution capable d'intervenir dans le domaine du handicap. Ce sont les difficultés à assurer la fonction de « guichet unique » qui, du fait de l'extrême densité de ce secteur en**

[8] En revanche, cette approche qui multiplie les focales nous empêche de multiplier les cas : nous avons assisté à peu d'événements similaires terrain par terrain (nous avons observé peu de CDA). Elle nous empêche de suivre des dynamiques d'apprentissage et des transformations sur chaque terrain. Elle suppose que les terrains sont saisis à des moments différents de leur histoire (environ un an entre la première étude de terrain et la dernière). Enfin, cette étude n'est pas un empilement de monographiques approfondies : le design de la recherche empêche notamment de décrire en profondeur chacun des « terrains » visités.

acteurs, institutions et intérêts, est à l'origine de l'incomplète institutionnalisation des MDPH. Ce sont ces difficultés qui font des MDPH des *institutions fragiles*. Tester cette hypothèse demande donc de s'intéresser aux déficits d'unicité, c'est-à-dire à l'ensemble des dépassements et contournements dont la MDPH est l'objet.

L'étude qui est ici présentée entend en dresser l'inventaire.

Une démarche de comparaison multiscalaire

L'étude a été conduite en se déployant sur deux niveaux, l'un local, l'autre national, et se réfractant sur cinq scènes sociales. Précisons ce double niveau.

Le niveau local est composé de la comparaison de quatre MDPH différentes. L'enquête est quasi-équivalente dans les 4 départements. Evoquer la comparaison de 4 départements n'est *a priori* pas une évidence si l'on considère que l'ambition du Législateur a été de maintenir un cadre national commun dans l'attribution des prestations. Certes, le débat parlementaire à propos de l'article 27 de la loi (qui définit le statut juridique des MDPH) a bien mis en évidence l'idée que le passage à un mode décentralisé de gestion de ces politiques pouvait faire surgir des inégalités dans ces politiques :

> *Mme Muriel Marland-Militello (UMP, Alpes-Maritimes).* Enfin, on ne peut pas vouloir à la fois une décentralisation et une uniformisation de la France. Choisir l'égalitarisme, c'est aussi choisir le centralisme. Si l'on opte pour la décentralisation, il y aura nécessairement de la diversité et donc certaines inégalités. C'est aussi cela, la proximité. Il faut assumer ses choix jusqu'au bout. Si l'on est décentralisateur, il faut bien accepter un certain nombre d'inégalités.[9]

L'équation Etat/égalité – département/inégalités est, aujourd'hui, fortement critiquée par les tenants d'une décentralisation aboutie des MDPH (cf. 1e partie : *MDPH : Quel est le problème ?*). L'article 2 de la loi de 2005 évoque toutefois le rôle de l'Etat dans le maintien d'une équité de traitement au niveau national :

> L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions[10].

Cette mission a été confiée à la CNSA qui vise à promouvoir des « bonnes pratiques » identiques dans les différents départements. Evoquer la comparaison entre départements n'est donc pas totalement impensable. Les rapports parlementaires et d'évaluation mettent ainsi en évidence des disparités de traitement relativement importantes entre les différents départements ainsi que des modalités variables d'organisation des MDPH. Inspiré par une note de l'ODAS[11], le rapport Paul Blanc de 2006 a ainsi instauré une typologie entre des MDPH « autonomes » du Conseil général,

---

[9] Assemblée Nationale, 2e lecture, 2e séance, 22 décembre 2004 : http://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2004-2005/20050112.asp#P630_120769.
[10] Art. 2 de la loi du 11 février 2005.
[11] *Maisons départementales des personnes handicapées : une réforme bien engagée, Rapport de l'Odas,* mai 2006

des MDPH « intégrées » (totalement insérée dans les services du CG) et les maisons « indépendantes à liens forts avec le CG »[12].

■ 4 départements, 4 MDPH

Notre étude porte sur quatre départements : A, B, C, D.

La comparaison centrée sur plusieurs cas s'explique d'une part par l'objectif assigné à l'étude de ne pas réaliser de monographies. D'autre part, le choix de quatre cas, dans le cadre d'une enquête réalisée dans le cadre d'une équipe composée de cinq chercheur-e-s, a permis d'articuler l'analyse comparée à l'étude approfondie des cas, à partir de matériaux variés. Différentes variables ont motivé le choix de ces quatre départements : des critères politiques, institutionnels, socio-économiques et sociodémographiques. Ainsi, deux des départements sont gouvernés par des majorités socialistes, tandis que deux autres le sont par des majorités UMP. L'un des 4 départements est, au-delà de la configuration politique actuelle, un territoire historiquement acquis à la gauche, à la différence de l'autre département socialiste, dont la majorité à basculé à gauche en 2004. Au vu de cette diversité, il s'est agi d'interroger le poids de la variable politique sur les choix effectués en matière de politique du handicap : celle-ci a-t-elle un impact sur les budgets attribués à la MDPH ? sur les droits extra-légaux accordés aux personnes handicapées ?

En matière d'organisation institutionnelle, trois des quatre départements choisis ont organisé des accueils ou antennes décentralisés sur leur territoire départemental. En raison du nombre déjà très important d'entretiens et d'observations à mener sur les antennes principales des MDPH, nous n'avons pas pu, contrairement à ce que nous avions initialement prévu, réaliser des observations sur ces lieux d'accueil décentralisés. Nous avons toutefois rencontré des travailleuses sociales travaillant sur ces lieux et interrogé la spécificité de leurs pratiques de travail en tant qu'agentes à la fois internes et externes à la MDPH.
En ce qui concerne les caractéristiques sociales, économiques et démographiques, les départements présentent des profils contrastés. Tandis que deux sont (très) peuplés et (relativement) denses, les deux autres départements sont plus clairsemés, et les populations pour partie plus éloignées de la préfecture du département, et donc de la MDPH. Le département A est un territoire fortement rural, le département B se situe dans la moyenne nationale en la matière. Le département C alterne territoires industriels dans les centres urbains et territoires ruraux. En outre, alors que le département C possède une population jeune, immigrée et pauvre[13] au-dessus des moyennes nationales, les départements A et B sont au contraire des départements plutôt vieillissants, de même que le département D, dans une moindre mesure toutefois. Les taux de chômage sont également assez différents, allant de 10% dans le département D à 16,5% dans le C (données INSEE pour 2009). Les causes possibles de handicap non congénital (âge et accidents du travail) sont donc assez variables dans les différentes MDPH étudiées.
Finalement, le caractère similaire ou différent des cas que nous avons choisis varie selon les variables retenues : le B apparaît comme un département nettement plus riche que les trois autres cas, le A comme un département nettement plus âgé et le C très nettement plus jeune et nettement plus dense. La variable institutionnelle tend à isoler le C, et la variable politique à distinguer le C et D d'un côté, le A et B de l'autre.

L'ambition initiale dans le choix de ces quatre terrains, au-delà des considérations relatives à la faisabilité de ces études et à l'ouverture des

[12] Paul Blanc, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, 3 juillet 2007, rapport n°06-3591, p. 11.
[13] Avec seulement 50% des ménages imposables, et un revenu net par foyer fiscal inférieur à 20.000€ annuel.

terrains, était de mettre en relation, à partir des données objectives collectées, une comparaison « par paire » de situations relativement opposées, au-delà des variables démographiques et sociales considérées (structure en âge de la population, urbanisation différenciée du département, situation économique moyenne du département, % de la population du département en situation de handicap) :

- deux départements présidé par l'UMP, deux départements présidés par le PS
- des organisations centralisées / décentralisées de la MDPH (présence de guichets décentralisés de la MDPH)
- deux MDPH considérées comme « intégrées » au CG / deux MDPH considérées comme « autonomes » du CG

Toutefois, il est apparu assez vite dans l'enquête que ces questionnements forgés sur des catégories générales ne traduisaient pas réellement les situations locales. La typologie proposée par Paul Blanc se révèlent en effet totalement statiques et peu sensibles aux évolutions qui peuvent marquer ces différentes catégories. Les catégories de Paul Blanc sont également insensibles aux modalités d'appropriation différentes des mêmes propriétés systémiques du fait de jeux d'acteurs différents. Ces catégories objectives pouvaient finalement masquer des situations extrêmement différentes au niveau local. Deux départements utilisant par exemple des Maisons du département ou des antennes locales pour procéder à des évaluations de PCH pouvaient donner naissance à deux types de relations extrêmement différentes entre les équipes locales et l'équipe de la MDPH.

A partir de questionnements identiques, il s'agit de faire surgir des différences ou des ressemblances dans les façons de répondre à des situations précises. Les questionnements ont été forgés *a priori*, par une étude de la littérature grise (notamment les rapports d'évaluation parlementaire et de l'IGAS), mais aussi en cours de route, au fil du déroulement de l'étude, de département en département. L'étude de terrain qui s'est déroulée entre novembre 2011 et décembre 2012 s'est donc enrichie des questionnements que portaient chaque terrain, amenant à relire après coup chaque terrain au vu des questionnements nés sur les terrains suivants. Si la démarche est comparative à son origine, elle s'est en réalité enrichie sur la façon dont les institutions répondent en pratique à des questions identiques.

Les questions comparatives initiales portaient :

- sur la formation du jugement sur autrui en CDAPH,
- sur l'organisation de la MDPH en services enfants/adultes,
- sur les passerelles mises en place entre ces approches par âge des situations de handicap,
- sur le recours aux outils informatisés de gestion des dossiers individuels et sur les systèmes de remontées de données statistiques,
- sur la position de l'accueil dans l'ensemble organisationnel de la MDPH et sur le type d'interaction entre les usagers et les agents d'accueil

- sur les modalités différenciées de participation des associations au travail de l'organisation, en CDA, en COMEX mais aussi par le biais de permanences, d'expertise ou encore de relations plus informelles avec les agents administratifs,
- sur l'anticipation du risque de contentieux par l'organisation (émergence d'un service juridique, recrutement d'un agent dédié)
- sur le type de relations entretenues avec les partenaires du GIP (Etat local, CPAM, CAF, CG)
- sur les modalités de travail pluridisciplinaire : poids de l'évaluation médicale, modalités et instruments de travail collaboratif.

Au cours du déroulement de l'enquête, des questions plus précises sont apparues :

- recours au vote en commission
- le degré de multipositionnalité des acteurs associatifs
- type de participation des élus, des administratifs et des médecins en commission
- antériorité et familiarité des agents avec la question du handicap
- place de la position administrative au sein de la MDPH au sein de la carrière de l'agent
- rapport (résistance, détournement, appropriation…) des instruments de travail collectif
- niveau d'investissement des agents dans leur travail
- niveau d'expertise professionnelle
- rapport à l'identité professionnelle d'origine
- statut et corps d'appartenance du directeur/de la directrice de la MDPH
- relations de travail de la MDPH avec la DPAPH du département
- insertion des acteurs administratifs dans des réseaux de circulation d'information, participation effective à des sessions de la CNSA
- représentation du secteur du handicap, catégorisation des usagers

La méthode de comparaison basée sur une approche inductive permet d'éviter de réifier des catégories d'interprétation au profit d'une approche attentive à la restitution des sens dont ces catégories sont investies dans l'action. Ainsi, les catégories développées par Paul Blanc ont été utilisées par les directeurs de MDPH et les élus ou DG de CG pour positionner leur organisation à l'égard des autres. Ces catégories d'analyse sont devenues des outils de lutte. Mais, employée de façon trop descriptive, cette approche de comparaison inductive doit aurait tendance à opposer de façon trop évidente des jeux d'acteurs à des approches systématiques, faisant dépendre les adaptations locales des jeux d'acteurs locaux. Il manquerait alors à cette analyse une prise en considération de l'effet retour que les pratiques jouent sur les catégories, et que le local joue sur le national (voir le débat entre(Bourdieu, 1990 ; Lascoumes and Le Bourhis, 1996). Ceci est d'autant plus important que la politique du handicap est une politique impliquant depuis l'origine des niveaux locaux (municipaux et départementaux) et nationaux, étatiques, associatifs et partenariaux (Sécurité Sociale). L'approche multiniveaux est donc un préalable à toute recherche sur le fonctionnement d'une MDPH, dont le périmètre, les pratiques concrètes et le

sort ne se jouent pas que sur une seule scène. Une comparaison multiscalaire et multiniveaux permet justement « de rompre avec l'opposition entre variables systémiques et jeux d'acteurs » (Giraud, 2012, p. 165) : « L'analyse des formes d'insertion de mécanismes observés à l'échelle locale dans des ensembles nationaux est l'une des spécificités clés de l'approche relationnelle des cas contrastés. Des analyses portant sur le comportement d'acteurs, sur des notions ou des formes juridiques complexes (...) font l'objet d'études de cas microsociologiques qui relient ces objets aux contextes plus généraux dans lesquels ils sont encastrés, cela en liaison systématique avec des mécanismes sociaux qui construisent la comparaison entre les cas. Ici, à nouveau, la mise en ordre des relations entre les échelles n'est pas donnée d'avance, mais résulte de l'analyse empirique et réflexive des mécanismes sociaux à l'œuvre » (Giraud, 2012, p. 166). A la scène locale, s'est donc ajoutée la duplication de l'étude au niveau national.

Ce terrain national comprenait plusieurs volets, principalement un volet administratif et un volet politique, et dans une moindre mesure (enquête plus limitée), un volet associatif.

A partir de ces trois terrains, il s'est agi de s'interroger sur l'autonomie dont peut disposer chacun des deux niveaux dans la production des normes qui régissent leurs pratiques (En quoi l'action des acteurs politiques est-elle déterminée par les performances du dispositif au niveau local ? En quoi les acteurs locaux peuvent-ils s'abstraire des guides et référentiels nationaux dans l'application des critères ?). Plutôt que de poser la question de l'opposition entre ces deux niveaux, nous nous sommes intéressés à leur forte interdépendance, aux mécanismes circulatoires et aux multipositions d'acteurs qui permettent de densifier concrètement cette interdépendance. En ce sens, le mécanisme de décentralisation suppose nécessairement la dilution de ces liens centre/départements et entre départements et des changements d'orientation dans les connections qui unissent les acteurs de ce secteur.

Déroulement de l'étude

Cette enquête s'est déroulée entre novembre 2011 et décembre 2012[14]. Elle nous a amenés à visiter quatre MDPH pendant une semaine à chaque fois. Ces entretiens en MDPH ont été complétés par un terrain réalisé au niveau national au niveau des TCI, de la CNSA et des associations de personnes handicapées.

Nous avons rencontré 212 personnes au cours de cette période, dont 185 au niveau local : 55 personnes dans le département A, 42 personnes dans le département B, 38 personnes dans le département C, 50 personnes dans le département D.

Nous avons rencontré 27 personnes au niveau national (CNSA, Associations, Administration centrale, responsables politiques).

[14] Partie rédigée par l'ensemble de l'équipe de recherche.

L'étude comprenait 5 volets :

- Pierre-Yves Baudot travaille prioritairement sur l'inscription de la MDPH dans son environnement institutionnel local ;
- Nicolas Duvoux s'intéresse aux usagers des MDPH et aux relations de guichet ;
- Aude Lejeune travaille sur le TCI et les contentieux du handicap ;
- Gwenaëlle Perrier analyse le fonctionnement interne des MDPH ;
- Anne Revillard s'intéresse aux associations de personnes handicapées et à leurs relations avec la MDPH.

Cette étude s'est déroulée à deux niveaux.

Le niveau national

- **CNSA**

Nos investigations à la CNSA reposent sur deux méthodes d'enquête : les observations et les entretiens semi-directifs.

10 entretiens (entre 1h30 et 3h30) ont été réalisés à la CNSA avec la Direction de Compensation. Des archives et de la littérature doivent également être consultées d'ici à l'été 2012. Nous avons observé des journées de formation de différents professionnels des MDPH organisées par la CNSA :

- 22 novembre 2011 : à Lyon, rencontre entre la CNSA, la DGCS et les directeurs de MDPH pour présenter la réforme de l'AAH, le décret d'application et les outils de mise en œuvre de la réforme. Cette rencontre a été l'occasion de prendre contact avec de nombreux directeurs de MDPH ainsi qu'avec des interlocuteurs de la DGCS.
- Les 26 et 27 janvier 2012, 10ème rencontre des coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire de MDPH. Nous avons assisté aux ateliers « la dialogue entre l'Equipe Pluridisciplinaire et la CDA, quels outils ? », et la première demi-journée de l'atelier sur les relations entre les MDPH, le Secteur Médico-Social et les ARS.
- les 29 et 30 mars 2012, rencontre des référents insertion professionnelle (RIP) de MDPH (cette formation était organisée sur deux jours, mais nous n'avons pu assister à la première journée). Le 30 mars 2012, journée d'échange avec les MDPH ayant participé à des expérimentations locales sur l'employabilité, organisée par la DGCS et la CNSA. Nous avons observé les ateliers « employabilité », « maintien dans l'emploi », « orientation en ESAT » et « AAH ».
- les 12 et 13 juin 2012 : réunion des directeurs de MDPH à Paris à l'initiative de la CNSA
- 26 juin 1012 et 28 et 29 juin 2012 : deux réunions des coordinateurs d'équipes pluridisciplinaires par la CNSA

Ces journées, s'inscrivant dans un cycle de journée de formation, ont pour objectif de favoriser l'échange de pratiques entre les présents, de favoriser la diffusion d'expertise sur différents sujets (emploi et employabilité, règles de

fonctionnement de la CDA, etc.), mais aussi d'insuffler un encadrement des professionnels et d'infléchir les pratiques des professionnels locaux dans le sens d'une harmonisation, en vue d'assurer une égalité de traitement entre les usagers au niveau national. L'objectif vise également à positionner la CNSA dans un rôle d'expertise à destination des MDPH. La CNSA est ainsi un opérateur de professionnalisation des MDPH. La forme des formations atteste de cette volonté de se positionner comme un échangeur de pratiques et non comme un prescripteur. Pour assurer ces missions d'harmonisation et d'encadrement des pratiques, la CNSA a notamment mandaté des formateurs et formatrices relais, travaillant en MDPH et assurant un rôle de formateurs ou formatrices lors des journées organisées par la CNSA : sur la Restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) et sur les Tribunaux du Contentieux de l'Incapacité (TCI).

Dans un des ateliers organisé lors de la formation des RIP, les formatrices recrutées par la CNSA ont ainsi fait travailler les présents sur la restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi (RSDAE) à partir de cas pratiques que les formatrices ont traité en suivant l'arbre de décision élaboré par la DGCS en lien avec la CNSA. Ces études de cas pratiques visaient à harmoniser et encadrer les pratiques en jeu dans l'attribution de l'AAH.

- **Association des directeurs de MDPH**

Nous avons rencontré l'association des directeurs de MDPH au cours d'un entretien collectif avec les membres du bureau ainsi que l'ancienne présidente de l'association, Christine Dupré, ancienne directrice de la MDPH 77. Ces entretiens ont porté sur la nature des revendications portées par l'association, sur les modalités de sa création, sur les conditions de son développement et sur le travail à destination des directeurs de MDPH. Cela a aussi été l'occasion de faire le point sur les relations entre les MDPH et les conseils généraux, notamment l'Assemblée des Départements de France, après le vote de la loi Paul Blanc sur la réforme des MDPH qui inscrivait définitivement le statut de GIP des MDPH. Ce fut aussi l'occasion de recueillir la position de l'association sur les relations avec la CNSA. Enfin, ce fut aussi l'occasion de discuter du « métier » de directeur de MDPH, des qualités, compétences et qualifications nécessaires à l'exercice de ce poste.

- **Associations représentatives des personnes handicapées et gestionnaires d'établissement : le niveau national**

Nous avons réalisé trois entretiens au sein de trois structures associatives au niveau national (deux président-e-s ou ex-président-e d'associations et un-e salarié-e), relevant du handicap moteur, mental et sensoriel.

- **DGCS**

Nous avons rencontré à la DGCS 3 personnes qui travaillent au bureau des Minimas Sociaux et dans le bureau dédié aux politiques du handicap

- **DGESCO**

Malgré nos efforts et nos relances, la DGESCO n'a pas donné suite à notre demande d'entretien.

Le niveau local

- **Les MDPH**

82 personnes ont été interviewées dans les MDPH, parmi lesquelles on dénombre 75 femmes. Les MDPH n'échappent donc pas à la « loi du genre » des métiers du social, où les femmes sont très largement surreprésentées (Bessin, 2009). La palette des métiers occupés par ces personnes était essentiellement resserrée autour des instructrices, des évaluatrices[15], et des fonctions d'encadrement intermédiaire. Plus précisément, vingt-sept évaluatrices (parmi lesquelles dix assistantes sociales, cinq psychologues, cinq ergothérapeutes deux conseillères en économie sociale et familiale, deux infirmières, une éducatrice spécialisée, une conseillère en insertion professionnelle et neuf médecins (dont deux psychiatres), neuf instructrices (deux instructrices PCH, trois instructrices du secteur enfant, et quatre instructrices du secteur adultes) et 21 membres de l'encadrement intermédiaires (sept responsables ou responsables adjoints du secteur adultes, et sept responsables ou responsables adjoints du secteur enfants, trois responsables de l'évaluation, une responsable « Affaires Générales », deux responsables du pôle PCH et une responsable de l'accueil) ont été interviewées. Deux référentes insertion professionnelle ont aussi été rencontrées.

Nous avons rencontré les trois gestionnaires de systèmes d'information présents dans les MDPH.

Nous avons rencontré les quatre directeurs/directrices de MDPH ainsi que les trois directeurs adjoints (ou secrétaire général).

Nous avons également rencontrés deux présidentes de CDA.

Les entretiens se sont quasiment tous déroulés dans les locaux des MDPH (à l'exception de deux entretiens avec des évaluatrices appartenant aux équipes d'évaluation locales, que nous avons rencontrées au Conseil général une fois, et au sein d'un centre médico-social l'autre fois), soit dans le bureau de l'interviewé-e, soit dans une salle libre de la MDPH. Les instructrices ne disposant pas de bureau personnel, elles ont plus souvent été interviewées dans une autre pièce de la MDPH.

Nous nous sommes procurés les organigrammes des MDPH et avons, dans trois cas sur quatre, contacté nous même les enquêté-e-s (par mail), à partir de l'identification des différents personnels via l'organigramme. Dans l'une des MDPH, celui-ci a été commenté par une responsable (qui nous a fourni des indications sur l'origine professionnelle des salarié-e-s, sur leur statut et sur leur ancienneté dans la MDPH). Dans une des quatre MDPH, enfin, la directrice / le directeur a souhaité contacter elle-même / lui-même les salarié-e-s, après que nous lui avons indiqué le type de personnes que nous souhaitions rencontrer. Si ce mode de sélection des enquêté-e-s constitue un biais évident, nous avons tout de même pu constater lors des entretiens que dans les personnes contactées par la directrice / le directeur figuraient

[15] Le féminin grammatical s'impose au vu de la composition sexuée du panel d'enquêté-e-s.

également des personnes en opposition avec la directrice / le directeur de la MDPH. Quelques évaluatrices externes à la MDPH ont été contactées au cours de notre semaine de recherche sur le terrain.

Le taux de refus a été plutôt bas (mais dans toutes les MDPH, certain-e-s salarié-e-s n'ont pas répondu positivement à notre demande d'entretiens, davantage sur des postes occupés par des personnes non cadres), et la quasi-totalité des enquêté-e-s ont accepté que leur propos soient enregistrés (une exception, pour une situation de conflit important avec la hiérarchie de la MDPH).

Les grandes thématiques abordées dans les entretiens concernent :

- la trajectoire professionnelle des salarié-e-s et les raisons qui expliquent leur arrivée en MDPH,
- leur travail quotidien (en demandant le plus souvent des descriptions précises des activités d'instruction, d'évaluation et/ou d'encadrement, de supervision, de coordination et de pilotage) ; ici, l'accent a été mis le plus souvent possible sur les séquences de traitement des dossiers dans lesquelles était impliqué l'enquêté-e
- les outils de travail utilisés (logiciels informatiques, GEVA, outils professionnels autres que ceux conçus pour les salarié-e-s des MDPH),
- les aspects qui plaisent et déplaisent à l'enquêté-e dans son travail.
- Enfin, pour les personnes qui étaient déjà dans le secteur du handicap avant 2005, quelques questions portaient sur les changements perçus depuis l'introduction des MDPH.

Par ailleurs, nous avons réalisé plusieurs séances d'observation. L'un des départements renouvelait son schéma départemental du handicap au moment où nous avons commencé notre enquête, et nous avons pu assister à trois séances de travail rassemblant les partenaires extérieurs à la MDPH. Dans ce département, l'introduction de nouvelles règles de la CDAPH a occasionné l'organisation de plusieurs réunions des membres de la CDA, auxquelles nous avons pu assister.

Nous avons assisté également à cinq CDAPH : une CDA enfants dans le département B et une dans le département A, une CDA enfants et une CDA PCH dans le département C, une CDA (indifférenciée) dans le département D.

Nous avons observé le déroulement de huit réunions d'équipe pluridisciplinaire. L'une des MDPH nous a refusé l'accès à ces réunions d'équipe, au nom du secret médical. Les huit réunions étaient réparties comme suit : deux réunions d'EP PCH, cinq réunions d'EP enfants, une EP emploi.

Nous avons également pu assister à deux CODIR (comité de direction) associant les cadres intermédiaires, dans deux départements différents. Nous avons également, dans un troisième département, assisté à une réunion de l'ensemble de l'équipe (qui a lieu tous les mois).

- **Environnement institutionnel de la MDPH (niveau local)**

	A	B	C	D	Total
CG (VP)	✖✖	✖✖	✖	✖	6
CG (DPAPH)	✖✖		✖✖✖	✖✖✖	8
DIRRECTE			✖		1
DDCS	✖	✖✖	✖	✖✖	6
CAF	✖				1
CPAM			✖		1
IEN-ASH	✖	✖			2
Total	7	5	7	6	**25**

La grande diversité du taux de réponse en fonction des réponses nous a amené à limiter les comparaisons possibles. Nous avons été amenés ainsi à limiter nos analyses à une comparaison des cas de l'EN et de la DDCS (présenté dans le chapitre 2 de la 3e partie).

- **Le monde associatif au niveau local**

46 personnes ont été interviewées au sein du secteur associatif, dont 33 bénévoles (essentiellement présidents d'associations, mais aussi autres administrateurs et simples bénévoles) et 13 professionnels (directeurs d'établissements, directeurs généraux d'associations, responsables de SESSAD, d'internat et d'IMPro, techniciens d'insertion). Les entretiens se sont quasiment tous déroulés dans les locaux des associations, permettant d'apprécier les ressources matérielles variables à disposition des unes et des autres, l'agencement des lieux, ainsi que de croiser d'autres acteurs associatifs professionnels et bénévoles. En complément des entretiens, nous avons pu observer la réunion d'une coordination interassociative en cours de formation dans un des départements.

Nous avons rencontré en priorité les associations représentées en MDPH (CDAPH et Comex). Nous avons par ailleurs cherché à contacter d'autres associations du secteur du handicap au niveau local, identifiées à partir de différentes démarches : annuaire des associations fourni par les mairies, recherche dans les bases de données des délégations locales des grandes fédérations associatives nationales (accessibles en ligne), recherche à partir des noms des associations représentées au CNCPH et au Comité d'entente, pour tenter d'identifier leurs éventuelles déclinaisons locales. Certaines associations ont par ailleurs été identifiées par effet « boule de neige », à partir des rencontres avec d'autres acteurs associatifs sur place, dans le cadre des entretiens ou d'observations (MDPH, réunion d'une coordination interassociative). A partir du deuxième terrain effectué, nous avons diversifié les modalités de prise de contact afin de rejoindre plus de professionnels. Nous avons ainsi contacté directement les établissements (ESAT, IME), au

lieu de nous cantonner à une prise de contact avec les associations gestionnaires. Nous avons trouvé la liste des IME sur le site du rectorat, et les ESAT ont été identifiés à partir des sites des associations gestionnaires.

La comparaison entre départements permet d'identifier les associations les plus importantes, le plus souvent représentées en CDA et/ou gestionnaires d'un nombre conséquent de services ou d'établissements dans les deux départements : APF, APEI, APAJH, PEP, UNAFAM, AFM. Egalement représentées dans certains cas, les associations dédiées aux déficiences sensorielles et à l'autisme présentaient une plus grande variété d'un département à l'autre dans les départements visités. La plupart des associations rencontrées s'inscrivent dans une fédération nationale. Plus rares sont celles à caractère purement local, sans équivalent dans d'autres départements. Quelques-unes, parfois gestionnaires d'établissements de taille conséquente, ont toutefois été rencontrées au fil de l'enquête. Par ailleurs, des coordinations interassociatives autonomes, existant parfois de longue date (créées par exemple dans un département dans le contexte de la loi de 1975), se sont formées sur une base nettement locale, sans connexion, dans les quatre départements étudiés, avec le Comité d'entente existant au niveau national.

Les trois grandes thématiques abordées dans les entretiens concernent l'engagement/travail de l'interviewé-e dans l'association (motivations pour l'engagement, travail réalisé pour l'association), l'histoire et les actions de l'association (conditions de création, historique, modalités d'action, public visé, relations avec le niveau national et relations interassociatives au niveau local), et enfin les relations avec la MDPH et la politique du handicap (modalité de nomination des représentants d'associations en MDPH, débats et prise de position en CDAPH, évaluation de l'action de la MDPH).

- **L'enquête au guichet**

L'étude de la relation des usagers avec la MDPH ou, pour le dire autrement du traitement institutionnel du handicap saisi à partir de l'interaction entre les usagers et les institutions, a été réalisée à partir de sources différentes. Elle porte d'abord sur des observations réalisées au sein de trois MDPH, et notamment des relations qui se nouent au guichet entre les usagers et les personnes préposées à l'accueil dans la structure. Les bureaux de pré-accueil ont été particulièrement importants dans la mesure où ils permettent d'observer la circulation des usagers dans la MDPH ainsi que les bureaux d'accueil où les usagers sont reçus, individuellement, par des agents. Nous nous installions avec les agents et nous étions présenté comme des stagiaires, soit au guichet du pré-accueil, soit dans les bureaux d'accueil. Nous circulions également parmi les usagers et leur demandions leur avis sur l'accueil et la MDPH. Parfois, nous nous présentions à eux en tant que sociologues dès lors qu'il s'agissait de réaliser des entretiens compréhensifs. L'accueil téléphonique a également pu faire l'objet d'observations.

L'enquête aura été réalisée sur 4 journées d'observation et d'entretiens dans la MDPH A, 4 journées d'observation de l'accueil et de commissions d'évaluation des dossiers (enfant) dans la MDPH D et 4 demi-journées d'observation à l'accueil de la MDPH C. Ces séances d'observation duraient

entre 2 et 3h chacune. Elles se partageaient entre des discussions avec les agents d'accueil et des observations des interactions avec les usagers.

A la suite des observations réalisées, des entretiens ont été sollicités et réalisés avec des usagers (3 au sein de la MDPH A). Des entretiens ont également été réalisés avec des agents d'accueil (1 dans la MDPH A ; 3 dans la MDPH D ; 3 dans la MDPH C). Ces entretiens étaient réalisés entre ou après les suivis d'accompagnement pour recueillir les réactions «à chaud » des agents sur leurs relations avec les usagers. Ils portaient sur la « gestion » par les agents des situations observées. Des entretiens plus informatifs avec les responsables des pôles accueil ont également eu lieu ainsi qu'avec des agents en charge de la logistique (courrier, etc.)

Enfin, des visites à domicile en compagnie de travailleuses médico-sociales ou d'ergothérapeutes ont complété ces observations. Deux visites à domicile de deux heures chacune ont eu lieu dans la MDPH A, une autre a eu lieu dans la MDPH D. Pour ce qui concerne la partie de cette enquête qui s'appuie sur des observations d'évaluation et de suivi réalisés par des ergothérapeutes et travailleurs médico-sociaux à domicile, les observations ont porté sur des relations avec des parents d'enfants atteints de handicap. Celles-ci étaient prolongées par des entretiens avec les agents qui réalisaient les visites que nous avons pu observer. Nous étions, là aussi, présenté comme des stagiaires « apprenant le métier ».

Avec les usagers, les entretiens portaient sur leur parcours de vie et leur lien avec la MDPH et, plus largement, le handicap. Avec les professionnels, les entretiens portaient sur la nature de leur activité, la représentation qu'ils se font de leur activité, leur perception du handicap dans la société.

- **Les tribunaux du contentieux de l'incapacité**

Dans le cadre du volet relatif au contentieux en matière de handicap, nous nous sommes interrogés sur les processus de recours à l'encontre des décisions prises par la CDAPH. Nous avons rencontré des membres de tribunaux du contentieux de l'incapacité : Présidents de juridiction et/ou présidents de formation, greffiers, assesseurs représentant les salariés et les employeurs, secrétaires, médecins experts (N=12). Ces personnes ont été interrogées sur le fonctionnement du TCI, sur les dossiers handicap qu'ils sont amenés à traiter et sur la nature de leur travail dans les affaires de ce contentieux. Nous avons également rencontrés des avocats spécialisés dans ce type de contentieux (N=2) et des secrétaires juridiques d'associations qui accompagnent les personnes handicapées dans la procédure de recours (N=2). En outre, des séances d'observation des audiences en matière de contentieux du handicap ont été réalisées (N=4). Celles-ci visaient à comprendre le fonctionnement concret des audiences : la place accordée à chaque intervenant (la personne handicapée, le représentant de la MDPH, le médecin expert, les assesseurs), la présence ou l'absence de certains intervenants (les représentants de la MDPH, les avocats, les associations), le temps consacré à chaque dossier, les interactions entre les membres, les types d'expertise et de savoirs mobilisés pour évaluer et prendre une décision. Elles ont permis également de discuter de manière informelle avec les intervenants du TCI que nous n'avions pas interviewé dans le cadre

d'entretiens. Sur les 26 tribunaux du contentieux de l'incapacité de France, notre étude a porté sur trois juridictions, compétentes en matière de contentieux du handicap dans trois des quatre départements de notre étude. Sachant que le ressort des TCI couvre plusieurs départements français , nous avons pu observer deux TCI dont le siège était localisé sur le territoire départemental et deux en dehors de celui-ci. Un autre aspect de cette partie de la recherche portait sur les autres modalités de contestation des décisions de la CDAPH en matière d'attribution des droits. Des entretiens approfondis ont été conduits avec des conciliateurs (N=3) et les agents de la MDPH en charge des recours gracieux (N=5). Ces derniers nous ont permis également de nous interroger sur la manière dont les MDPH s'organisent pour répondre et/ou anticiper le contentieux porté devant les TCI, car les personnes qui ont la charge des recours gracieux sont également responsables, dans les MDPH de notre enquête, du suivi des recours contentieux et de la rédaction d'un mémoire précisant les décisions prises par la CDAPH, à l'attention du TCI.

Anonymisation

Nous avons codés nos quatre départements A, B, C, D. Nos entretiens sont mentionnés EXX-A, B, C, D. Nos observations sont mentionnées OXX. Le numéro d'entretien qui suit E ou O est attribué de manière aléatoire.

Cette enquête a été rendue possible par la confiance que nos enquêtés nous ont témoigné. Cette confiance est liée à la promesse d'anonymisation complète des entretiens faite à nos enquêtés, à deux exceptions près justifiées par les positions occupées dans le champ.

En rédigeant ce rapport, nous avons donc fait primer l'anonymat de nos enquêtés sur la précision des informations qui auraient pu permettre de restituer leur position (et donc potentiellement leur nom). De fait, un certain nombre d'éléments relatifs au sexe, à l'âge, à la carrière antérieure, aux fonctions précises occupée ne sont souvent pas mentionnées pour protéger l'anonymat de nos enquêté.e.s. Nous supprimons parfois la lettre du département pour ne pas rendre identifiables certaines personnes que la position unique dans le département rendrait reconnaissable immédiatement.

Nous avons été amené à modifier à deux reprises le codage anonymant nos départements pour éviter que des traits caractéristiques d'un seul département puisse permettre l'identification du département dans l'ensemble du rapport.

Plan du rapport

Ce rapport est construit en trois temps.

Dans la première partie, nous analysons **les genèses des MDPH**. Genèses, au pluriel, car les MDPH sont la conjonction de trois logiques étrangères l'une à l'autre, la première renvoyant à la transformation des modes de définition du handicap, la seconde renvoyant aux modalités de réforme de l'Etat, la troisième à des pressions décentralisatrices. Au croisement d'un changement de paradigme dans la définition du handicap, de la « mode » du recours à la technique du guichet unique, et de l'accroissement du poids des pouvoirs locaux, les MDPH se voient chargées d'être les organisations qui doivent définir et attribuer des droits aux personnes handicapées. Définies comme des institutions multiniveaux, ces institutions voient se superposer différents niveaux d'action et sont constituées à partir de différentes logiques d'action. Le second temps de cette deuxième partie est consacrée à l'analyse des circulations, d'un niveau à l'autre, qui permettent de faire tenir ces différents niveaux comme un secteur cohérent.

La seconde partie de ce rapport est consacrée à **l'action concrète des MDPH**. Nous identifions trois actions essentielles. Les MDPH permettent l'implication des associations dans le gouvernement de ce secteur ; elles produisent une nouvelle culture d'organisation forgée autour de la notion de pluridisciplinarité et, enfin, elles produisent les droits des usagers. Cette partie est consacrée à la production concrète de ces trois dimensions.

Enfin, la troisième s'interroge sur **les capacités d'action des MDPH**. Cette dernière partie s'emploie à expliquer combien l'institutionnalisation des MDPH dans le secteur du handicap s'est fait en délimitant des frontières de compétences, en se différenciant de la DDCS et du travail des TCI. Dans le même temps l'établissement de cette réputation s'est fait en développant de nombreux liens avec son environnement. Ces liens, qui portent sur la capacité même de la MDPH à produire une évaluation propre sur les situations de handicap qui lui sont soumises, menacent la réputation d'expertise des MDPH. Elles sont toutefois nécessaires pour rendre effectives les décisions prises par la MDPH, contribuant ainsi à la production de sa légitimité.

1ère partie

MDPH : Quel est le problème ?

Les MDPH font débat. Leur suppression annoncée – mais mise en sursis pour l'instant – a soulevé la mobilisation du monde associatif. 19 questions au gouvernement ont été posées en mi-janvier et fin mars 2013 à l'Assemblée Nationale. Si la question n'a pas fait la une des journaux, elle a animé les controverses entre les acteurs de ce secteur. L'objectif de cette première partie est de décrire l'origine de ce débat et les prises de position qui se dessinent dans cet espace. Il s'agit pour nous de comprendre comment les termes du débat public traduisent la cristallisation dans ses institutions d'histoires partiellement autonomes les unes des autres, d'un processus de décentralisation, d'une volonté de réforme de l'administration par la mise en place d'administration transversale, d'une volonté d'amélioration du service aux usagers. Décrire ces différents éléments demande également de comprendre comment ils s'agencent. A partir du problème public, il s'agit de définir le problème de science politique que posent les MDPH. Ces institutions juxtaposent les différents processus dont elles organisent la rencontre.

A la fois institutions de rupture avec une gestion administrative du handicap et continuation de techniques d'évaluation, de référentiels et de personnels issue de l'approche ancienne aujourd'hui critiquée, à la fois institutions de proximité dont le sort se joue au niveau national, mais aussi auxquelles est revenu le soin de promouvoir les droits des personnes handicapées et soumises aux transformations de l'État Providence sous l'effet de l'austérité (Pierson, 2001) : les MDPH sont un cas d'étude intéressant pour analyser les modalités de changement de l'action publique, l'effectivité des revendications en termes de droits, les transformations affectant sous l'effet de l'austérité et de la décentralisation, la régulation néocorporatiste de cette politique sociale et, enfin, l'émergence de nouvelles régulations dans le secteur social du fait de l'introduction de la nouvelle gestion publique, ici en l'occurrence le *Joined Up Gouvernement*.

Chapitre 1 **Genèses des MDPH**

Au sein du secteur du handicap, les MDPH occupent une position double : elles sont un « guichet unique » pour l'usager, c'est-à-dire le point d'entrée dans l'espace administratif de régulation du secteur. Les MDPH sont également positionnées au sein de l'espace administratif, médical, social, politique et associatif comme un point de convergence des actions et intérêts de ces différentes parties prenantes. Elles sont à ce titre un point d'expression des tensions qui unissent les différents acteurs et institutions qui peuplent ce secteur. L'ambition présidant à leur création pouvait d'ailleurs être moins celle de générer un guichet physique d'accueil pour les personnes handicapées que de faire des MDPH des points de régulation de ces tensions :

> *Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux personnes handicapées* : À cet égard, le projet de loi prévoit un guichet unique, la maison départementale des personnes handicapées, qui regroupera l'ensemble des fonctions d'information, de conseil, d'orientation, mais aussi les instances indépendantes de l'évaluation du handicap, les décideurs, les commissions de recours, sortes d'instances de médiation interne au système. Ne nous trompons pas sur le sens des mots. Cette maison départementale sera moins une institution qu'un dispositif de coordination de différentes fonctions et instances. Elle ne sera pas un lieu unique mais une coordination de lieux délocalisés au plus près des personnes concernées[16].

La distinction de cette double position des MDPH permet de mettre en évidence deux logiques différentes qui ont présidé à la mise en place de ces institutions : la première renvoie aux **logiques de modernisation des services publics « au nom de l'usager »** (Warin, 1997 ; Weller, 1998, 1999). La seconde renvoie à des dynamiques spécifiquement politico-administratives, c'est-à-dire renvoyant pour l'essentiel à un **problème de gouvernement**. La distinction de ces deux logiques n'est pas si évidente, tant les discours des acteurs peuvent emprunter alternativement à l'une ou l'autre. C'est également la rencontre entre ces différentes logiques qui rend possible l'émergence de ces MDPH. C'est alors sur les conditions de cette rencontre qu'il convient de se pencher.

---

[16] Deuxième séance du mardi 1er juin 2004. Débats Parlementaires. Assemblée Nationale. http://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2003-2004/20040236.asp.

« L'usager au cœur des dispositifs »

La loi du 11 février 2005 qui donne naissance aux MDPH affirme vouloir placer « l'individu au cœur du dispositif ». Il s'agit d'un mot d'ordre récurrent de la réforme des bureaucraties de l'État-providence. La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale faisait de ce principe l'un des mots d'ordre de la rénovation des politiques sociales, puisqu'elle procédait à la réforme de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales votée en 1975. Ce principe inclut notamment la notion de droit à la participation des usagers dans les institutions sociales et médico-sociales (Humbert, 2001 ; Lascoumes, 2007). Il propose également d'orienter le travail des organisations administratives de l'État social en fonction des besoins des usagers. Cette rénovation de l'action sociale répond à une nouvelle problématisation de l'action sociale.

Cette reformulation de la question sociale a émergé depuis le milieu des années 1980 autour de la question de l'exclusion et de la désaffiliation (Paugam, 1991 ; Rosanvallon, 1995). Elle s'est traduite par une nouvelle façon – transversale - de traiter la question de la pauvreté. Ceci a conduit à l'émergence de nouvelles instances d'attribution des droits, fonctionnant sur le mode de « magistratures morales ». Ce redéploiement des institutions du social s'est effectué dans différents domaines : RMI, FSL, DALO (Astier and Duvoux, 2006 ; Astier, 2001a, 2001b ; Bertrand, 2012 ; Bourgeois, 1998 ; Weill, 2012). Au cœur de cette dynamique d'individualisation des politiques sociales, se trouve la formalisation par le bénéficiaire des droits d'un « projet de vie » grâce auquel les institutions peuvent allouer des prestations sensées répondre aux aspirations des requérants, gage également d'efficience des prestations à soutenir des démarches de réinsertion (Duvoux, 2009). Ces « projets de vie » ont fait l'objet – dans les domaines du handicap ou du vieillissement – de recherches approfondies ces dernières années (Bertrand, 2010 ; Bertrand *et al., 2012 ; Jaeger, 2009 ; Tavier, 2003 ; Vidal-Naquet, 2009)*. Dans la lignée des travaux s'efforçant de montrer comment les politiques publiques impactent les trajectoires individuelles, entre activation de l'identité personnelle et reconfiguration des possibles, ces travaux sur les projets de vie ont pour principal intérêt de montrer **comment les individus peuvent répondre de façon différenciées aux injonctions d'autonomie qui peuvent être lancées par les institutions du social**. Certains travaux ont pu également montrer que, au-delà de l'activation des parcours d'emploi des personnes vulnérables (Barbier, 2002, 2003 ; Roy-Hatala, 2009), cette individualisation s'appuyait sur la responsabilisation des individus, actant en cela une transformation profonde des politiques sociales initialement fondée sur la notion de responsabilité collective (Hache, 2007). C'est alors, depuis la disqualification initiale des mécanismes d'assistance, un réajustement des apports respectifs de l'assistance et de l'assurance qui sont ici reconsidérés. Ce qui nous intéresse ici tout particulièrement, c'est le fait

que cette individualisation des politiques sociales pouvait trouver deux types de soutiens dans le secteur du handicap.

Tout d'abord, cette revendication rencontrait celle des personnes handicapées elles-mêmes, notamment puisqu'elle renforçait la critique forte de l'assistance – apportée par les travailleurs sociaux – formulée par *l'Independant Living Movement*. Des expériences françaises ont pu s'appuyer sur ce type de démarche (Velpry, 2009). Ce type de revendications n'a pas été sans questionner les travailleurs sociaux sur la place occupée dans ce nouveau type de dispositifs (Astier, 2009). Cette démarche conduit à remettre en cause le processus d'institutionnalisation de la vie des personnes handicapées, au profit d'un processus inverse, de désinstitutionalisation, comparable à celui mis en œuvre par exemple en Italie (Goussot and Canevaro, 2010), et s'appuyant sur la solidarité familiale plutôt que sur la solidarité nationale dispensée par des acteurs professionnalisés. Les associations ont pu avoir des positions divergentes à cet égard[17], en fonction du type de handicap considéré et du fait qu'elles étaient ou non gestionnaires d'établissements, les deux facteurs étant partiellement liés (Pontvert-Delucq, 2005). Le Conseil Français des Personnes Handicapées pour les Questions Européennes (CFHE) a pris position en faveur de ce mouvement de désinstitutionalisation en avril 2008[18]. Une recommandation adoptée le 3 février 2010 par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe préconise la désintitutionnalisation des enfants handicapés[19]. L'autre type de soutien s'appuyait sur la volonté d'inclusion formulée, depuis le monde associatif, au niveau international (Heyer, 2002, 2007 ; Karpowitz *et al., 2012 ; Oliver, 1990)*, à partir d'une transformation des paradigmes de définition du handicap. Les associations françaises ont toutefois été plutôt réticentes à s'adapter à ces nouvelles normes internationales, et le débat parlementaire français s'est finalement déroulé en occultant ce que les propositions contenues dans la loi du 11 février 2005 devaient aux normes européennes et internationales (à l'exception de la référence à la classification de l'OMS) (Hvinden, 2003 ; Mohanu and Hassenteufel, 2010 ; Van Oorschot and Hvinden, 2000 ; Pontvert-Delucq, 2005).

En ce sens, les politiques du handicap pourraient finalement s'ajustent à un certain nombre de réquisits des nouvelles politiques sociales (Astier, 2007). Apparemment à la limite de la conception libérale de la protection sociale fondée sur la notion de « responsabilité », la prise en compte du risque handicap vient à l'inverse montrer, aux yeux de ses promoteurs, combien celui-ci la transformation du monde de la protection sociale est bien une

---

[17] Voir par exemple les prises de position des associations dans *L'Union Sociale*, n°238, juin-juillet 2010, p. 30-32.

(http://www.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2010/G_juillet_2010/US238_en_debat.pdf)

[18] http://www.cfhe.org/upload/Publications/2008/041108-Version%20Imprimeur-INSTITUTIONS-DESINSTITUTIONNALISATION.pdf

[19] Voir la réponse à cette préconisation, jugée « militante » par Mme Montchamp le 23/11/2011 : http://www.senat.fr/questions/base/2011/qSEQ11101432S.html

prise en compte de « l'égalité ontologique des êtres humains »[20]. Ceci pourrait expliquer que le handicap ne puisse relever des mêmes mécanismes d'assurance que la vieillesse (par la solidarité nationale, et non en complément de cotisations personnelles), risque dont le handicap a été rapproché dans l'hypothèse de la création du 5e risque de protection sociale (Henrard, 2007). L'argument ne porte pas uniquement sur le fait que le handicap est un risque auquel n'importe qui peut être confronté. C'est la définition de l'être humain qui apparaitrait à travers le handicap, à en croire la psychanalyste Julia Kristeva, chargée de mission auprès de Jacques Chirac en 2003 pour les citoyens en situation de handicap, ancienne présidente du Conseil National du Handicap :

> Si tout être parlant se construit autour d'une défaillance centrale, le handicap inflige une épreuve toute différente : c'est à *l'irrémédiable* que le sujet handicapé est confronté, à des manques ou à des déficits qui n'évoluent que dans certaines limites, qui risquent même de stagner, voire de s'aggraver. (Kristeva, 2003, 2005, p. 629)

Cette justification morale s'inscrit dans – et est perpétuée par – l'inscription durable des personnes handicapées dans la gestion des dispositifs les concernant. Elle redouble les questions liées – à l'origine et aujourd'hui encore – à la situation du marché du travail et au poids (notamment électoral) des organisations représentatives de ces populations (hier : d'anciens combattants ; aujourd'hui : de personnes handicapées). Apparemment placée parmi les populations couvertes les plus tardivement par l'extension de l'État providence (par la loi de 1975), et considérée parmi les vulnérables les plus sensibles au retrait de l'État Providence, la population concernée par le risque « handicap » pourrait à l'inverse être pensé comme le lieu de l'expérimentation des transformations à venir des logiques de la protection sociale.

C'est ici l'une des premières origines des MDPH.

Un problème de gouvernement

Dans le même temps, deux processus historiques, partiellement autonomes de ceux mentionnés ci-dessus, ont contribué à forger la définition du périmètre des MDPH.

Le premier processus relève des **programmes visant à la fusion de services administratifs** sous la forme d'un « guichet unique ». Ces programmes relevant du *Joined Up Governement* suscitent un certain nombre de tensions que nous voudrions prendre le temps d'exposer ci-dessous.

Le deuxième processus, partiellement dépendant du premier en ce qu'il renforce la nécessité d'une coordination verticale, est le **processus de décentralisation**, engagé depuis 1982 et renforcé par l'Acte II de la décentralisation en 2003. La préparation de l'Acte III, alors cette recherche

[20] Selon la formule employée par Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale lors du débat sur la loi Handicap, le 1er juin 2004 à l'A.N. Compte-rendu intégral, J.O.R.F, 2 juin 2004, p. 4298.

sur les MDPH s'achevait, a montré la possible disparition des MDPH sous leur forme actuelle – celle d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP), traduction juridique de l'impératif de *Joined-Up Government* – et leur intégration comme un service des conseils généraux.

Joined-Up Government

Le premier processus renvoie à une modalité particulière de réforme de l'État : celle d'organiser des « guichets uniques ». Le rassemblement de différents bureaux administratifs dans une même institution est en effet un mot d'ordre appliqué à de nombreux domaines (comme celui de l'emploi : la fusion de l'ASSEDIC et de l'ANPE relève de ce type de réforme). Cette modalité de réforme est à l'œuvre dans de nombreux pays (USA, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Australie…). Ces tentatives de *joined up government* (Bogdanor ed., 2005) ne sont pas nouvelles. La France avait expérimenté avec la DATAR ou la Délégation à l'Informatique (Baudot, 2011) ce type d'administration de mission. Toutefois, ces efforts de coordination gouvernementale semblent davantage marqués de nos jours, dans la mesure où cette coordination apparaît comme une volonté de lutter contre l'effet des réformes d'organisation engagées dans le cadre du *New Public Management,* réformes qui avaient initialement conduit à spécialiser les services (Ling, 2002)[21].

La notion de *Joined-Up Government* inclut également des perspectives de gouvernance conjointe d'un secteur associant des partenaires privés mais aussi les citoyens eux-mêmes. Si la participation du secteur privé n'est pas essentielle dans le cas des MDPH (même des associations gestionnaires d'établissements parapubliques peuvent siéger avec voix consultatives en CDAPH), la question de la présence des associations et des usagers est l'un des éléments les plus valorisés dans le *design* des MDPH. La notion de *joined-up government* désigne en fait l'ensemble des formules institutionnelles qui permettent d'associer les différents niveaux et les différentes catégories d'acteurs et d'institutions à la production des biens publics.

Les programmes de *joined-up government* visent essentiellement quatre objectifs (Pollitt, 2003, p. 35) :

- Éliminer les contradictions et les tensions entre différents types de politiques poursuivant l'idée générale d'une amélioration de l'efficience générale de l'action publique ;
- Faire un meilleur usage des ressources devenues rares en éliminant les doublons ou les contradictions ;

[21] Cet effet inverse serait donc fonction du degré d'engagement de chaque État dans ce processus de réformes managériales (Christensen and Laegreid, 2006). De nombreuses formes de *joined-up governement* sont envisageables, des « arrangements informels aux budgets groupés (*pooled*) et aux fusions organisationnelles » (Davies, 2009, p. 82). Ces différentes formes peuvent être envisagées de façon statique ou de façon séquentielle, comme une progression dans le rapprochement débouchant ou non sur la forme achevée de la fusion ou de l'intégration de différents services dans un même ensemble institutionnel (Dunleavy, 2010 ; Frost, 2008)

- Produire de la synergie entre les différents acteurs en facilitant les circulations d'informations ;
- Offrir au public des services plus intégrés.

Ces objectifs managériaux sont en réalité ceux qui se fixent les autorités gouvernementales. Une approche en terme de sociologie de l'action publique doit considérer ces objectifs moins comme des mots d'ordre traduits en pratique mais davantage comme **des prétentions à la légitimation et comme des injonctions dont il s'agit de retracer l'impact sur les conduites réelles des différents échelons de mise en œuvre de l'action publique**. C'est ainsi que nous allons analyser dans cette étude l'injonction au *Joined Up Government* : moins pour les effets produits que pour les logiques qui en rendent raison. Deux objectifs peuvent être définis pour notre étude :

- chercher à retracer l'origine de ces modalités de gouvernement de l'administration et des populations
- évaluer la façon dont ces objectifs modifient les pratiques des agents.

Pour ce faire, il convient tout d'abord de distinguer clairement **les dimensions constitutives** et, ensuite, **les scènes de cette entreprise** de coordination de l'action publique.

Dans le cas du handicap, comme pour d'autres secteurs, la question du *joined up government* doit être prise à deux niveaux, tant au niveau du service à la personne, sous la forme d'un « guichet unique », que de la conduite des politiques publiques. Pollitt invite à séparer le niveau du *policymaking* et celui de l'implémentation : « There is a distinction between joined-up policymaking (such as a coordinated policy for the elderly or youth or transport) and joined up implementation (such as the delivery of multiple services through *one-stop shops* » (Pollitt, 2003, p. 37). Ces deux niveaux renvoient à deux types de difficultés.

Joined Up Policymaking

Le premier niveau est donc celui du *policymaking* en considérant la séquence de préfiguration des institutions mises en place. La loi du 11 février 2005 qui crée les MDPH a été signé par une vingtaine de ministres. Les négociations ont donc été un exercice de coordination gouvernementale. De même, les acteurs de l'époque racontent les tentatives d'instaurer un pilotage au niveau du Premier Ministre de la coordination intragouvernementale des politiques du handicap. Patrick Gohet, délégué interministériel au handicap de 2002 à 2009 a alerté sur la nécessaire revalorisation de ce pilotage interministériel : la DIPH a donc été remplacée par un Comité Interministériel du Handicap à compter de 2009[22], le personnel de la DIPH intégrant la nouvelle DGCS (qui venait de remplacer la DGAS)[23]. Patrick Gohet évoque toutefois la faiblesse de ces institutions

[22] Décret n° 2009-1367 du 6 novembre 2009 portant création du comité interministériel du handicap. JORF n°0261 du 10 novembre 2009 p. 19439

[23] http://informations.handicap.fr/art-infos-handicap-2009-699-2992.php (consulté le 12 février 2013)

intergouvernementales : le CIH n'a été réuni qu'une seule fois, pour son installation, en 2010. Le décret porte création d'un secrétariat du CIH, qui ne dispose que de peu de moyens pour mener sa mission : cette structure se résume à la personne de la secrétaire générale (actuellement : Agnès Marie-Egyptienne et une assistante). L'un de nos interviewés, qui a été membre de plusieurs instances de concertation nationale, indique :

> E107 – Associatif national
>
> Ça avait été même un peu plus précis à un moment, on disait: « il faut un secrétariat général, indépendamment de ministre ceci, secrétaire d'état cela » il faut qu'il y ait une veille, avec une organisation bien définie, pour que la question du handicap soit prise en charge de façon transversale. La délégation interministérielle au handicap, elle avait réussi – après, c'est parti au gouvernement suivant. L'idée, c'était de faire désigner un représentant, un correspondant handicap dans chaque cabinet. A un moment, la logique interministérielle était là. Sauf qu'elle était… le délégué interministériel, c'était son talent qui a sauvé la mise, sa personnalité, sa connaissance du jeu. Voilà. Faut pas se laisser démonter, à chaque fois, faut monter au créneau. Mais il était placé sous le ministre en charge du handicap ; c'est pas quelqu'un qui a accès aux arbitrages. Donc, là, de dire : secrétariat général rattaché au Premier Ministre, on a la main dans la préparation du travail législatif du gouvernement, et dans les assemblées – faire en sorte que dans les commissions, on ait aussi cette veille handicap, ça peut déboucher sur une autre thématique. Sinon, c'est la course aux propositions d'amendements complètement farfelues.

Dans le cadre de l'application de « l'engagement 32 »[24] de la campagne de François Hollande, ce secrétariat est chargé de vérifier l'application de la circulaire du 4 septembre 2012 prévoyant la prise en compte du handicap dans l'ensemble des projets de loi (mais pas dans les propositions de loi, ni dans les décrets, les circulaires et arrêtés)[25]. Autre élément renvoyant aux enjeux de la coordination au niveau du gouvernement : l'hypothèse envisagée durant la campagne électorale de François Hollande de la création d'une structure rattachée directement au Premier Ministre et dotée de prérogatives étendues et de moyens d'actions conséquents pour permettre la prise en compte du handicap dans l'ensemble des domaines d'action publique, afin de donner une forme institutionnelle à la volonté politique affirmée d'assurer l'inclusion des personnes handicapées. La création de ce poste transversal n'a toutefois pas été actée, et les personnes handicapées ont bénéficié d'un ministère délégué aux personnes handicapées, placé sous la tutelle de Mme la ministre des Affaires Sociales.

« One stop shop » : implémenter le « joined up government »

Au niveau de *l'implémentation*, ce mot d'ordre de la réforme des services publics peut prendre la forme de la réunion dans un même espace de différents guichets administratifs, sans coordination entre eux ou, après définition d'une population cible et à partir de besoins spécifiques, de

---

[24] http://www.parti-socialiste.fr/articles/engagement-32

[25] Circulaire du 4 septembre 2012 relative à la prise en compte du handicap dans les projets de loi. JORF n°0206 du 5 septembre 2012 p. 14345. A noter, la proposition de loi déposée par Damien Abad, député UMP de l'Ain, visant à inscrire dans la loi cet impératif d'inclusion, déposée le 12.12.2012 : http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion0516.asp

services coordonnés entre eux. Les MDPH s'inscrivent dans cette dernière possibilité. Toutefois, la réunion des services sous un même toit n'est pas explicitement prévue par le Législateur. Si l'étude conduite ne nous permet pas de répondre à la question de savoir pourquoi l'implémentation est allée au-delà des obligations légales, nous pourrons noter que ces déménagements ont été des opportunités dont se sont saisis les managers de la MDPH pour imposer de nouvelles formes d'organisation.

La réunion des services sous un même toit

La possibilité de la réunion sous un même toit n'était pas initialement prévue par le Législateur. L'intervention précitée de Marie-Anne Montchamp au Parlement s'appuyait sur la formulation proposée dans le rapport Briet-Jamet rendu en mai 2004 :

> La mission reprend à son compte l'idée de la « maison départementale des personnes handicapées » qui a été développée dans différents documents, reprise fréquemment dans les interventions sur le sujet et inscrite dans le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais tient à souligner d'emblée que, dans son esprit, il faut entendre cette maison départementale non pas comme un bâtiment dédié aux personnes en situation de handicap, mais comme un dispositif liant réactivité, responsabilité et proximité, une fonction à assumer qui n'a pas vocation à s'incarner dans une « maison » au sens physique du terme.[26]

Les parlementaires prennent soin de préciser qu'il ne faudrait pas décevoir les personnes handicapées :

> *Mme Muriel Marland-Militello (UMP, Alpes-Maritimes).* Par ailleurs, il faudra expliquer à toutes les personnes concernées que ces maisons peuvent être virtuelles. C'est important car beaucoup imaginent déjà - à tort - une vraie maison avec un toit rouge.
>
> *M. Daniel Paul (PCF, Seine-Maritime)* Et surtout avec des ardoises ! *(Sourires.)*[27]

Quant bien même l'objectif de réunion des MDPH sur un lieu unique n'était pas l'intention initiale du législateur, on peut remarquer que dans les faits, la quasi-totalité des MDPH sont effectivement regroupées – et complètement regroupées – sur un lieu unique comme le montre la synthèse des rapports d'activités 2009 des MDPH réalisée par la CNSA en 2010[28] :

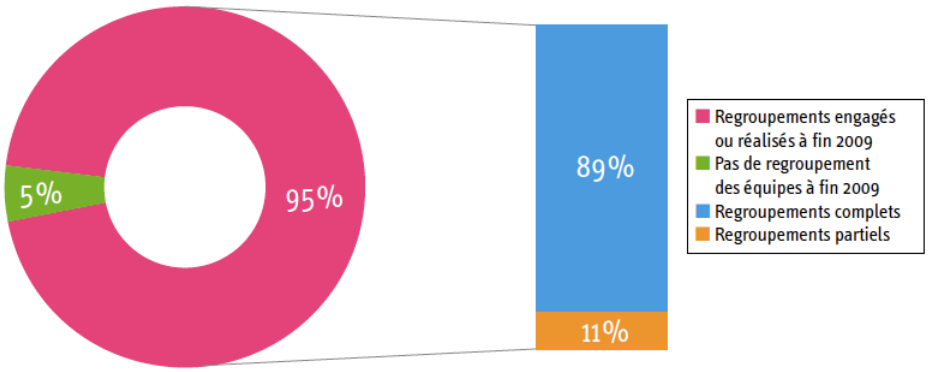
---

[26] Rapport de Raoul Briet et Pierre Jamet au Premier Ministre, « Mission de préfiguration de la CNSA. Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie », mai 2004, p. 24. Disponible en ligne : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000298/index.shtml#lettre_mission

[27] Assemblée Nationale, 2e lecture, 2e séance, 22 décembre 2004 : http://www.assemblee-nationale.fr/12/cri/2004-2005/20050112.asp#P630_120769.

[28] Source : CNSA, *MDPH : Un nouveau service public reconnu. Synthèse des rapport d'activités 2009 des MDPH,* 2010, p. 36 (disponible : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_MDPH2011_Complet_Index.pdf)

Regroupement des équipes – État des lieux à la fin de l'année 2009 (échantillon : 100 MDPH)



Observations :
En 2008, 86 % des MDPH avaient regroupé partiellement ou totalement leurs équipes.
En 2009, 95 % d'entre elles ont engagé on réalisé un regroupement. Il reste peu de MDPH avec des équipes totalement éclatées (5 %).
Les regroupements opérés sont complets dans leur quasi-totalité.

Au moment d'écrire ce rapport (mars 2013), certaines MDPH viennent seulement d'être rassemblées sur un même lieu. Dans le Val D'Oise, le bâtiment qui accueillera la MDPH est en train de sortir de terre[29]. Le 18 mars 2013, la Vendée a inauguré les locaux regroupant les différents services de la MDPH[30]. Les élus et les directeurs de MDPH rencontrés définissent la dispersion des services en différents endroits comme un frein notable à la réalisation de cette *Maison.* Ils disent également que la mise en place de cette *Maison* comme lieu unique était une façon de jouer le jeu de la mise en œuvre de ces politiques, en affichant les moyens mis à disposition de la politique départementale en faveur des personnes handicapées. La CNSA ne manque pas de souligner l'effort réalisé par les conseils généraux et la dimension symbolique que représente la réalisation de ces maisons uniques :

> Bien qu'autonome dans son organisation, l'accueil est souvent considéré comme une des vitrines des services départementaux ; les publications des conseils généraux présentent souvent l'image de l'accueil de la MDPH comme illustration de leurs missions de solidarité et d'action sociale au sens large.[31]

Questionnés sur l'investissement du CG dans les MDPH, les présidents de COMEX représentant le CG que nous avons rencontré indiquent effectivement que la production de locaux veut symboliser l'engagement fort du département sur la question des politiques du handicap :

> E148-D VP CG, président de COMEX
>
> Il y a eu, sur le plan politique, un engagement extrêmement fort au bénéfice de populations souffrant de handicap et dont il y a eu cette volonté de mieux

---

29 http://www.valdoise.fr/10017-une-nouvelle-etape-pour-la-mdph.htm (page consultée le 5/03/3012)

30 http://www.vendee.fr/Solidarite-et-education/Handicap/16012-Un-site-unique-pour-la-Maison-Departementale-des-Personnes-Handicapees (page consultée le 22/03/2013)

31 « Même si peu de rapports en parlent de façon détaillée, on sait qu'aujourd'hui la majorité des maisons départementales sont installées dans des locaux de qualité correspondant à ce qui est attendu de leurs nouvelles missions. On peut à cet égard saluer les efforts faits par les assemblées départementales dans ce but, alors que les questions immobilières ne sont pas des dossiers simples ». CNSA, *5 ans déjà : synthèse des rapports d'activités 2010 des MDPH,* 2011, p. 57. (Disponible : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_MDPH2011-2.pdf)

> prendre en charge cette problématique – très bel, et très important, et très juste élan de solidarité. Le [département D], je pense, est allé très loin dans cette envie de s'impliquer, de faire réussir le concept de maison départementale avec cette idée d'un guichet unique.
>
> E57-A VP CG, président de la COMEX
>
> Alors, maintenant, vous m'interrogez plutôt comme membre du Conseil général pour savoir comment on voit la MDPH. Alors, déjà, la MDPH, elle a été créée sous cette forme et dans ce bâtiment par la volonté du Conseil général, clairement. Loi de 2005, 11 février 2005 : il est créé une MDPH dans chaque département. Première question, à l'époque, que l'on s'est posé : est-ce une maison départementale virtuelle, ou réellement un immeuble dédié au handicap. On s'est posé la question pendant près de deux ans quand même – tout simplement parce qu'avant y'avait la COTOREP, puis y'avait, vous connaissez tout ça, toutes les commissions qui se réunissaient chacune dans leur coin, d'ailleurs, géographiquement, dans différents coins de l'agglomération de la ville [A] ou de la ville [A]. Et donc, la première question – puisque la loi ne précisait pas exactement « qu'est-ce qu'on fait ». Et c'est vraiment la volonté du président du Conseil général et de l'assemblée départementale que de dire : on va créer un lieu unique dédié au handicap et donc, réellement, une maison départementale des personnes handicapées, avec un lieu physique.

La mise en œuvre de cette approche en termes de « guichet unique » dépasse donc les intentions du Législateur qui ne pouvait s'engager à financer les constructions de 100 MDPH, laissant donc le soin aux départements de s'organiser librement. La question est donc de savoir comment ils se sont « librement conformés » (Epstein, 2012). A défaut de pouvoir étayer une explication de façon solide, deux éléments peuvent déjà être isolés :

- Si l'argument de la libre administration des collectivités territoriales peut expliquer la volonté du législateur de ne pas formaliser davantage l'unification des guichets, il reste toutefois à expliquer **pourquoi les acteurs locaux ont interprété de façon maximale le flou des préconisations législatives**. L'analyse des politiques publiques montre tendanciellement et classiquement que les programmes législatifs peuvent ne pas être totalement implantés (Pressman and Wildavsky, 1973) ou que la mise en œuvre peut diverger des intentions initiales des législateurs, du fait des priorités politiques des niveaux territoriaux d'action publique (Lascoumes and Le Bourhis, 1996 ; Lascoumes, 1990 ; Selznick, 1949). L'analyse des politiques publiques explique également classiquement – ce que nous retrouvons ici – que les marges de manœuvres locales peuvent provenir des compromis que les parlementaires doivent passer pour faire adopter les textes (Lascoumes, 2009 ; Lipsky, 2010) et que ces compromis se font en général autour de notions floues ou imprécises qui deviennent donc non pas la marque d'un dysfonctionnement des échelons politiques, mais au contraire, la marque de fabrique de l'action politique (Damamme and Jobert, 1995 ; Guienne, 2010 ; Verdier, 2008). En revanche, la littérature disponible sur l'implémentation ne permet pas d'expliquer une convergence surprenante des modes d'organisation territoriale (la réunification des bureaux sous un même toit comme norme) au point qu'aujourd'hui presque toutes les MDPH présentent le même visage extérieur (une maison unique) sur tout le territoire, en l'absence de pilotage explicite en ce sens de la part du

Législateur. La littérature ne permet pas non plus d'expliquer pourquoi, malgré le coût représenté par ces opérations immobilières, les conseils généraux ont fait ce choix de rassembler des services déconcentrés au sein d'une même maison, dépassant en cela les consignes de la loi. La diffusion de cette politique immobilière doit donc être rapportée à **des mécanismes de circulation de « bonnes pratiques »** qui existent au niveau national, prouvant donc que la politique du handicap n'est pas pleinement décentralisée et que des normes nationales – qui n'ont pas à voir avec l'égal traitement des individus sur l'ensemble du territoire – sont diffusées. Cela peut aussi renvoyer **aux jeux des acteurs locaux,** qui en fonction des discours nationaux, peuvent multiplier les initiatives locales pour faire émerger ce projet de réalisation d'une « maison » unique. En ce sens, cette convergence peut être moins le produit de l'imposition d'une norme nationale que le résultat similaire de processus divergents – à tout le moins multiple – qui aboutisse finalement à la production d'une forme de mimétisme entre départements. Notre étude ne nous permet malheureusement pas de revenir en arrière sur les débats relatifs aux modalités de mise en place de ces maisons sous la forme d'un « toit unique ». Nous ne pouvons que soumettre ces hypothèses que la connaissance approfondie des contextes locaux et nationaux nous permet de formuler au terme de cette étude. Il convient d'ajouter une autre condition : l'émergence d'une fenêtre d'opportunité dans le parc immobilier local ou dans la transformation de la liste d'attente des projets immobiliers du CG.

- C'est **la réunion des services déconcentrés qui fait émerger une fonction « accueil »,** définie comme une mission des MDPH par le texte de loi, mais qui peut aussi paradoxalement se présenter comme **une fonction « surajoutée »** (pour reprendre le vocabulaire de la CNSA) au fonctionnement des autres services rassemblés par la MDPH. Si la fonction « accueil » constitue la « façade » (Codaccioni *et al., 2012)* de l'institution – tant matériellement que symboliquement – rien n'indique que cette fonction accueil ait diffusé ses priorités aux autres services de la MDPH. **La place accordée à cette mission d'accueil peut donc permettre de distinguer différents types de MDPH**. La place du guichet dans l'organisation continue à porter la trace de cette histoire, d'être à la fois la « façade » de l'institution et un dispositif « surajouté » au fonctionnement administratif des services. La place que joue l'accueil des personnes handicapées dans les MDPH peut être comprise en fonction de deux variables : son rapport aux services de la MDPH et son rapport aux usagers de la MDPH. En fonction de ces deux critères, on pourra distinguer différents types de MDPH. Retenons deux idées. Premièrement, la présence d'un seul guichet ne signifie pas l'annulation des différences entre MDPH. Les relations entre le guichet et les autres services de la MDPH peuvent alors être **l'indice du fonctionnement concret de l'institution.** Deuxièmement, le guichet n'est – matériellement et symboliquement – **qu'un point d'entrée possible** dans le fonctionnement de la MDPH : c'est le point d'entrée des usagers, qui ne sont pas les seuls usagers de la MDPH.

Des opérations immobilières et des finalités réorganisatrices

Cette optique – une réunion de service autour d'une population-cible et autour d'un ensemble de besoin, présentement sous la forme d'une « Maison » unique - (ce que P. Dunleavy appelle le « needs based holism » (Dunleavy, 2010, p. 26) suppose un travail de l'administration « orienté vers l'usager » et exige la mise en forme du travail de l'organisation administrative en fonction des temporalités propres de l'usager, des différentes demandes qu'une même personne peut effectivement formuler et un travail d'ajustement en aval de la demande pour que l'ensemble des réponses proposées par les différentes institutions soient cohérentes entre elles. En ce sens, les déménagements et les opérations immobilières jalonnant les histoires de chaque MDPH[32] ne sont pas simplement des mises en forme d'une intention, mais aussi l'une des formes possible de réalisation des intentions contenues dans la loi. En ce sens, il s'agit d'un programme de réforme des pratiques des agents.

> E-159 C (Directeur MDPH)
>
> Oui, c'était un achat de ce bâtiment par le département qui nous a permis de rentrer dans des locaux communs puisqu'effectivement, au-delà de l'organisation, c'est vrai qu'on était quand même sur quatre bâtiments différents – même s'ils n'étaient pas éloignés, ça restait des bâtiments différents. Et puis, la visibilité du quotidien n'existait pas : chacun travaillait avec un fonctionnement différent.

Toutefois, il convient de comprendre que c'est le processus de déménagement qui – en soi – constitue une opération de mobilisation des personnels (Langumier *et al. eds., 2012).* Ainsi, les programmes de déménagement s'accompagnent de transformations des organigrammes. Ces transformations se présentent comme une opportunité de déplacer des rapports de force dans l'organisation qui avait été créés par l'histoire de l'organisation et par la création de « zones d'incertitudes » (Crozier and Friedberg, 1977) (par exemple : poids prépondérant des médecins évaluateurs, responsables de sites locaux sans hiérarchie officielle sur les personnels mais avec une position informelle dans l'organisation qui en fait les points de passage obligés de la chaine hiérarchique). Ainsi le rapport d'activité d'une MDPH visitée par notre enquête évoque le déménagement au cours de l'année 2009 comme un temps de formation des personnels (pendant la fermeture au public des services le temps du déménagement) et la coïncidence du déménagement avec l'apparition d'une nouvelle organisation :

> La volonté de doter la Maison Départementale des Personnes Handicapées de locaux identifiables par la population et de remédier à l'éclatement des équipes sur cinq lieux distincts inappropriés aux nouvelles missions confiées

[32] La question immobilière se traduit par l'emménagement sur un seul site, plus ou moins bien configuré pour l'accueil de personnes handicapées, de l'ensemble (ou de la quasi-totalité de l'ensemble) des services relatifs à l'orientation de la personne handicapée. Toutefois ce résultat – que la CNSA peut présenter comme l'aboutissement d'un processus [« *Dans la plupart des départements, le regroupement des différentes équipes est achevé* », synthèse des rapports 2009, p. 36] – n'est pas linéaire et dépend de la (non-)réalisation d'opérations immobilières par le conseil général. Ainsi dans certains départements visités, le rassemblement sous un même toit des services a pu être précédé de plusieurs déménagements successifs (qui maintenaient les services éclatés dans différents bâtiments) et d'opérations avortées.

> par la loi de février 2005 est un projet structurant qui a animé l'équipe de la MDPH depuis son origine. (...) Le regroupement de tous les pôles et la centralisation des accueils sur un seul lieu, nécessitaient une évolution de l'organigramme antérieur, adapté à un mode de fonctionnement en sites éclatés. (...) Durant cette période, outre le déménagement du mobilier, ont été réalisés le transfert et le classement dans la nouvelle classothèque de [XX] 000 dossiers ainsi que la formation des agents du pôle Adultes à l'utilisation de [progiciel de gestion informatique] et leur accompagnement lors du démarrage de l'application.[33]

Les changements d'organigramme et les opérations immobilières sont des outils qui soulignent, en creux, l'objectif de management de ces nouvelles organisations. Comment faire émerger un fonctionnement homogène et cohérent de ces nouvelles organisations, fusions de dispositifs préexistants, d'histoires spécifiques, de référentiels de pratiques différenciés et de routines bureaucratiques solidement ancré dans la longévité des carrières réalisées au sein des CDES ou des COTOREP ? Dans un entretien informel, un directeur de MDPH souligne que le départ des anciens cadres des administrations déconcentrées a été en réalité une opportunité pour réaliser l'institution de ces nouveaux guichets dans la mesure où il a pu permettre, en dépit de la perte d'expertise subie[34], de modifier les pratiques et de ne pas hériter des routines établies dans les COTOREP et les CDES. En affirmant cela, ce directeur prend à contrepied l'idée répétée depuis 2006 par les départements, l'ADF et les directeurs de MDPH et ayant conduit à l'adoption de la loi Blanc le 28 juillet 2011 : les incertitudes liées au personnel – l'utilisation du droit d'option ou le retour dans l'administration d'origine des personnels État – aurait fragilisé les MDPH. Cet argument est repris dans plusieurs rapports d'évaluation (par le Parlement[35] ou par l'IGAS[36]). Cette opinion exprimée de façon informelle ne doit pas être entendue au pied de la lettre, mais pour l'expression d'une tension qu'il nous intéresse de mettre en évidence : le déploiement de l'action publique ne peut se réaliser que par la confrontation de tensions contradictoires et qui ne peuvent pas s'équilibrer. En l'occurrence ici, est mise en lumière la tension entre la stabilisation des personnels comme voie de pérennisation administrative de l'institution et la transformation des pratiques au sein d'une nouvelle institution comme voie de transformation des rapports à l'usager. La question du rapport à l'usager entre donc en tension avec une approche administrative de l'institution.

Nous faisons ici l'hypothèse que les MDPH font coexister deux types d'impératifs contradictoires et que la dynamique de leur fonctionnement provient de l'affrontement entre ces deux impératifs contradictoires.

---

[33] Rapport d'activité, MDPH, 2009. [Anonymisé]

[34] Un point de vue qui n'est même pas partagé par l'ADF : (E-205) « Q : Je joue un peu l'avocat du diable, mais est-ce que [le retrait des personnels État envisageable suite à l'acte III de la décentralisation] ça ne risque pas d'être une perte de compétences pour les services… ? R : Et si on ne joue pas la langue de bois, souvent, ces services-là nous mettaient tous leurs bras cassés »

[35] Rapport Paul Blanc au Sénat visant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap, 9 juillet 2010, p. 10

[36] Rapport IGAS (C. Branchu, M. Thierry, A. Besson), « Bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH », RM 2010-159P

Nous reviendrons dans le rapport sur les tensions émergentes du fait de la tension entre une « orientation-usager » et une « orientation-administrative » du travail de l'institution. Précisons simplement ici les questions qui ont guidé l'analyse de terrain.

Pluridisciplinarité et institution des MDPH

Il y a donc plusieurs enjeux relatifs à la formalisation d'un guichet unique, et plusieurs questions sur lesquelles ce projet s'est concentré :

- *la réalité de la pluridisciplinarité* : les équipes pluridisciplinaires d'évaluation sont l'un des éléments majeurs créés par la loi du 11 février 2005. Celle-ci ne stipulait pas l'existence d'un bâtiment unique (cf. supra) et n'imposait pas d'organisation interne spécifique. En revanche, elle portait création au sein des MDPH d'une « équipe pluridisciplinaire d'évaluation ». L'évaluation a été définie comme le « cœur de métier » des MDPH. Un ouvrage rédigé par une professeur en management et un directeur de MDPH synthétisait cette volonté de faire de l'évaluation l'élément de définition des MDPH : « Si cette notion d'équipe pluridisciplinaire n'est pas spécifique aux MDPH (elle existe dans les établissements et services, dans les équipes de suivi de scolarisation, dans les commissions du logement social…), elle interroge dans le cadre qui nous occupe en liaison avec la notion de culture commune » (Grenier and Laborel, 2011, p. 57). Cette évaluation pluridisciplinaire devient le résultat du fonctionnement optimal de l'institution.

A travers cette évaluation pluridisciplinaire que l'usager peut prétendre à une prise en considération globale de son handicap. Cette évaluation pluridisciplinaire permettait donc aux MDPH de prétendre disposer d'une **compétence institutionnelle**, qui permettait de faire des MDPH des institutions qui avaient pour mission et pour résultat de **traduire dans les normes administratives le changement de paradigme dans la définition du handicap**. Précisons simplement que ce *paradigm shift* n'est pas aussi évident qu'il n'y paraît. Comme indiqué plus haut, les préconisations législatives sont souvent, en politiques publiques, moins précises que confuses, plus ambigües que cohérentes. Si la rupture avec les pratiques antérieures a été affichée, il n'en reste pas moins que celles-ci laisse la place à une superposition avec les pratiques antérieures : le maintien en poste de certains personnels états, le développement sur les années qui suivent la mise en place des nouveaux référentiels des actions de formations à leur emploi, le maintien de prestations mises en place en 1975 (l'AAH, l'AEEH) et le maintien de grilles d'évaluation issues des anciennes classifications internationales du handicap.

Cette expertise que les MDPH prétendait détenir en propre – contre l'évidence des pratiques des agents de terrain et de guichet – est ainsi l'arme de la résistance des MDPH aux tentatives d'imposition de normes et de formes d'évaluation venues d'espaces contingents ou sécants (médical, politique, gestionnaire, éducatif…) au périmètre que les MDPH ont essayé de se définir. Ce fut notamment le cas lors de la séquence au cours de laquelle la DGCS essaya d'assurer la mission de pilotage de l'AAH dont elle avait été

chargée par la Ministre de la Cohésion Sociale, Roselyne Bachelot[37]. Nous y reviendrons plus en détail [*3e partie, chapitre 1 : Comment l'État (im)plante son arbre (de décision*)]. Les débats qui ont été soulevés dans le cadre des négociations à l'occasion de la disparation des MDPH dans la discussion sur l'acte III de la décentralisation entre le mois de septembre 2012 et le mois de février 2013 – avant que les dispositions relatives à la décentralisation ne disparaissent de l'avant-projet de loi présenté par le gouvernement[38] – sur la possible disparation de la notion « d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation » au profit d'une « évaluation pluridisciplinaire » indiquent que ces équipes sont le cœur même du fonctionnement des MDPH :

> E203 – Directeur MDPH – entretien réalisé le 8 janvier 2013
>
> L'identification de la problématique du handicap disparaît. Ça devient possible si on ne parle plus d'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, c'est possible. Je fais une convention avec x, je fais une convention avec y, les personnels du service social du coin là-bas, un peu de personnels de l'APA, et je fais un truc. La notion d'équipe pluridisciplinaire qui a été constituée, elle disparaît. (…) Le fait de faire disparaître cette notion d'équipe pluridisciplinaire, c'est une volonté très forte des conseils généraux de dire : « si on se prend les MDPH, on veut pouvoir s'affranchir des organisations mises en place et organiser ça comme on veut pour reprendre la main sur l'évaluation, etc. ».

- *l'autonomie de la nouvelle institution* à l'égard des pratiques anciennes et des réseaux à partir desquels elle émerge : la traduction concrète dans les pratiques d'évaluation et d'instruction des dossiers de ce *paradigm shift.*

Deux questions doivent être posées.

La première interrogation porte sur la capacité de l'institution à **promouvoir et à imposer de nouvelles pratiques** à ses agents. En ce sens, nous cherchons à savoir si le *paradigm shift* dont les MDPH prétendent être (et sont définies comme la traduction institutionnelle) se matérialise dans la façon dont travaillent les agents et dans la façon dont est organisée l'institution. Il faut ici tenir compte du fait que, comme nous l'avons précisé, ce glissement de pratique ne renvoie pas à une injonction homogène. Elle ne peut donc se retrouver de façon automatique, pleine et entière, dans le comportement des agents de terrain. De fait, l'appropriation des nouveaux référentiels d'évaluation des prestations et, plus largement, des référentiels de définition des situations de handicap, ne peut être que l'appropriation différenciée d'une ou plusieurs facettes des injonctions plurivoques lancées par le texte de loi. Il conviendra ainsi de distinguer des *formes* d'appropriation et des *intensités* d'appropriation. Et, de fait, sans surprise, l'enquête réalisée laisse apercevoir à de nombreuses reprises la persistance à des références à des sigles anachroniques, à des référentiels désuets et la faible pénétration – tant dans les discours que dans les pratiques – des nouvelles « bonnes pratiques », malgré les efforts des « entrepreneurs de

---

[37] Instruction du Gouvernement N° DGCS/MASSP/4C/2011/328 du 5 août 2011 relative au déploiement de l'expérimentation pour l'amélioration de l'attribution de l'allocation adulte handicapé.

[38] http://www.lagazettedescommunes.com/142362/exclusif-les-points-cles-du-texte-de-l%E2%80%99avant-projet-de-loi-de-decentralisation-2711/ (pour l'avant projet de loi qui a fuité fin novembre 2012) et http://informations.handicap.fr/art-gestion-mdph-departement-853-5795.php (pour la nouvelle version rendue publique mi mars 2013) (consulté le 23 mars 2013).

réforme » (Mahoney and Thelen, 2009) que peuvent constituer la CNSA, les directeurs de MDPH (au moins pour la partie la plus mobilisée d'entre eux, dans l'AD-MDPH) et, dans une moindre mesure, l'encadrement intermédiaire des MDPH. Pour construire son autonomie, la MDPH devait donc affirmer sa différence à l'égard des fonctionnements passés. L'importance des indicateurs de délais qui constituent l'un des éléments principaux d'évaluation du travail des MDPH (nous y reviendrons – *cf. infra : A quoi tiennent les interactions entre les niveaux ?*) peut aussi se comprendre à la lueur des critiques adressées aux anciennes COTOREP, coupables d'avoir accumulé trop de retard[39].

Seconde interrogation : **L'autonomie de l'institution doit également s'apprécier à l'égard des marges de manœuvre dont elle dispose par rapport à son environnement.** Les MDPH peuvent se comprendre comme une forme administrative relativement nouvelle dans le paysage administratif français. Cette nouveauté est en partie revendiquée par les promoteurs de cette institution (Grenier and Laborel, 2011). Parce qu'elles traduisent un objectif de *joined up government*, parce qu'elles agissent non plus sur un référentiel administratif catégoriel mais sur le répertoire des droits, les MDPH correspondent peu au design administratif français classique davantage fondé sur la notion de différenciation de l'institution à l'égard de son environnement, et tout particulièrement de son environnement social. La notion d'autonomie peut être définie de façon très différente : l'autonomie peut se penser comme la capacité à ne se voir imposer par personne sa propre conduite. Elle peut aussi se penser comme le résultat d'une multiplication d'interdépendances. La première définition est essentiellement celle qui a été produite en France. La « culture administrative » (en partie consolidée par la sociologie française de l'État en France) envisage l'autonomie de l'État par sa capacité à s'extraire de la société civile et de contraindre l'espace social. C'est le modèle français de « l'État fort » (Birnbaum, 2011). Cette « culture administrative » doit être entendue comme le résultat des oppositions et des collaborations entre des réseaux plus ou moins autonomes. La « culture administrative » est le produit d'une « configuration d'intermédiation des intérêts : il s'agit de la structure des liens complexes qui unissent les organisations, les agences gouvernementales et d'autres institutions dont on ne peut pas comprendre la dynamique si l'on isole des éléments ou des relations spécifiques » (Lehmbruch, 1995, p. 72).

C'est en suivant cette ligne problématique que nous avons défini le programme de recherche dont ce rapport est le résultat : en analysant les MDPH dans la configuration d'échange dont elle est le résultat. La structuration de l'espace administratif français autour de filières de sélection très instituées et de carrières bien définies (mais soumises à de fortes mutations) explique la différenciation forte de ces deux réseaux, l'un lié à la « symbolique de l'État » (Leca, 2012), l'autre lié aux réseaux de la « société

[39] Voir par exemple le rapport d'information parlementaire sur le fonctionnement des COTOREP déposé par Pierre Forgues le 12 juillet 2000 : http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i2542.asp. Voir aussi les rapports du Médiateur de la République, par exemple en 1997 : p. 81. http://www.juripole.fr/Mediateur/1997/index.html#A0

civile ». Ainsi, la notion d'autonomie, appliquée aux institutions politiques, s'entend comme la conséquence de leur différenciation. Issu d'une toute autre histoire, l'État américain a défini l'autonomie des institutions dont il est composé d'une autre façon, insistant davantage sur la capacité de ces institutions à **structurer des réseaux qu'il ne contrôle pas totalement**. Cette définition a longtemps été perçue depuis la France comme la marque d'un « État faible ». Les travaux d'une autre sociologie de l'État – qui se pense par opposition au modèle de l'État fort et au modèle de la différenciation – ont été amenés à penser simultanément une faible différenciation de l'État de son environnement *et* la détention de capacités d'action importantes. Ce modèle (*dit de l'American Political Developpement* (Balogh, 2003 ; Carpenter, 2003a ; Zelizer, 2003)), discuté et complété par les travaux sur les « institutions faibles » (Pedriana and Stryker, 2004) a permis de penser l'autonomie non plus comme la **capacité à imposer ses propres normes mais comme la capacité à coordonner des tensions contraires et des réseaux d'acteurs multiples.**

Ce qui rend l'institution autonome, c'est qu'elle soit incontournable et irremplaçable aux yeux d'un grand nombre d'acteurs. Chef de file de cette forme d'analyse, Daniel Carpenter a défini donc deux critères pour définir l'autonomie des institutions : la **multiplicité** et l'unicité. La multiplicité désigne l'étendue des réseaux dans lesquels intervient l'institution. **L'unicité** désigne le fait que l'institution soit reconnue comme la seule à pouvoir régler un problème social (Carpenter, 2000). En important dans le droit français un répertoire d'action fondé sur les droits plutôt que sur les catégories administratives [pour une critique de cette perspective (Bec, 2007)] à travers la traduction des normes européennes[40] et à travers les références à l'ADA américain, le législateur français a aussi importé un nouveau format institutionnel (Bezes *et al., 2005)*. Comme nous l'avions déjà constaté à propos de l'introduction de l'Ombudsman dans le droit français (Baudot and Revillard, 2011), ce **processus d'importation** suppose une acclimatation locale (Mény ed., 1993). En l'occurrence, ce type de format institutionnel paraît relativement inédit et le design institutionnel de la MDPH semble en rupture avec les définitions de ce que pourrait être les critères de son efficacité. Les acteurs de cet espace du handicap ont conscience de la nouveauté du processus. Christine Dupré, ancienne président de l'AD-MDPH, définit ainsi en des termes proches l'enjeu de l'installation des MDPH :

> E50 – Christine Dupré
>
> Vous pouvez avoir un directeur de l'Autonomie qui peut admettre que la MDPH joue un rôle spécifique, qu'elle a une structure de gouvernance spécifique et qui pourtant va jouer son rôle d'animateur, et qui ne se sentira

[40] Même si finalement la référence à l'Europe apparaît peu dans les débats parlementaires en 2005, tout se passant comme si la loi de 2005 était le résultat d'une prise de conscience franco-française (Mohanu and Hassenteufel, 2010). Le rôle de l'UE dans la production de la loi française – qui apparaît pourtant comme une traduction en droit français de la directive « Discrimination » de 2000 est pourtant établi (Burke, 2004). Le rôle de l'UE dans le changement de perspective sur le handicap se matérialise également dans la transformation des espaces chargés de dire le droit en matière de protection sociale. La création des TCI sous l'influence des juridictions européennes en est un exemple (Roman, 2001).

> pas menacé dans ses attributions parce qu'il aura l'intelligence de comprendre que l'on peut animer ce réseau sans être seul maître à bord, c'est cette intelligence là qui est rare. Ceux qui comprennent qu'ils peuvent avoir le pouvoir mais sans afficher : « je suis le chef », ceux-là jouent effectvivement bien un rôle d'animateur, mais sans être les vrais patrons, ceux-là finalement ils acceptent la forme d'autonomie de la MDPH. Mais vous avez le modèle très classique qui l'emporte, si ce n'est pas chez moi, si je n'ai pas la main dessus, alors c'est contre moi. C'est ça le véritable enjeu, c'est ça qui est difficile.

Les liens de la MDPH avec les différents secteurs adjacents, avec les différents réseaux qui structurent le « secteur » du handicap, avec les différents de politiques publiques qui interviennent dans la conduite du pilotage de la MDPH font que **la quête de l'autonomie par différenciation semble contre-productive.** Dans un contexte français marqué par la définition de périmètres institutionnels clairs, le fonctionnement de la MDPH est essentiellement défini par des acteurs qui envisagent l'autonomie comme une différenciation. De fait, comme nous le montrerons, la stratégie des différents acteurs luttant pour la pérennisation de ce format institutionnel a été de préciser aux différents niveaux et réseaux irriguant la MDPH un périmètre de compétences. A l'inverse, nous nous efforcerons de montrer que la capacité de la MDPH à structurer les réseaux d'acteurs peut être envisagée comme un critère plus pertinent pour évaluer la nature du travail réalisé. Nous pourrons opposer ainsi **deux styles de management des relations extérieures** de la MDPH, en distinguant un répertoire davantage orienté vers la *conquête de frontières solidement* établies et un répertoire davantage orienté vers la *multiplication des ancrages territoriaux et sociaux* de la MDPH. Reprenant les catégories de Carpenter, nous montrerons que la MDPH a effectivement réussi à s'implanter dans une multiplicité de réseaux. Mais là où Carpenter voyait cette multiplicité comme le débordement de l'institution hors de ses limites administratives, hors de ses murs, nous montrerons que cette multiplicité est ici essentiellement interne à la MDPH. **Cette multiplicité internalisée garantit l'effectivité des décisions prises, produisant ainsi une forme de légitimation de l'institution. Mais cette multiplicité internalisée porte atteinte – non pas tant à l'autonomie – mais à la production d'une expertise unique qui rendrait la MDPH incontournable et indépassable**. (cf. *3e partie : L'autonomie, entre efficacité et légitimité*).

Après avoir analysé le processus de *Joined Up Government* qui explique pour partie la façon dont les MDPH ont été pensées, et après avoir montré comme la mise en œuvre de ce programme sous forme de « guichet unique », il convient de mettre en évidence un second processus qui explique la façon dont les missions et les périmètres des MDPH sont définis. Ce faisant, nous aurons précisé le problème que les MDPH pose, c'est-à-dire à la fois pourquoi cette institution répond peu aux catégories classiques d'appréhension des administrations en France, et nous aurons ainsi défini les questions de recherche que le format institutionnel des MDPH permet de poser, c'est-à-dire ce en quoi une recherche sur les MDPH nous permet de réinterroger à la fois les processus de réforme administrative et le fonctionnement de l'État.

Les politiques du handicap prises dans le processus de décentralisation

La loi du 11 février 2005 s'inscrit plus généralement dans un processus de départementalisation de l'action sociale (Lafore, 2004), consacré par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Mais ici, comme pour d'autres politiques sociales (vieillesse (Frinault, 2009), exclusion (Duvoux, 2009)), cette départementalisation s'effectue sous tension. Dans cette recherche, nous avons considéré la départementalisation comme un axe de tension autour duquel s'agencent des configurations d'acteurs. La description des oppositions qui traversent ce processus permet de mettre en lumière l'agencement des rapports de pouvoir sur cette question.

Affirmer que la loi du 11 février 2005 est un acte décentralisateur n'a rien d'une évidence. L'intention initiale du Législateur n'allait d'ailleurs pas dans ce sens : la proposition de loi initiale déposée au Sénat par Paul Blanc[41] visait à la création « d'agences départementales du handicap » « constituées en GIP placés *sous la tutelle du préfet* »[42]. La notion de « Maisons départementales » ne sera avancée que dans le projet de loi gouvernemental[43]. Dans la mise en œuvre, « de nombreuses compétences transférées demeurent régies par des règles nationales, en particulier en terme de conditions d'attribution des droits aux bénéficiaires ou d'accès aux services (ASE, RMI, APA, ACTP), les collectivités locales étant dès lors avant tout en charge de *la gestion des dispositifs et de leur financement*, et sur la base parfois de *financements mixtes* (APA par exemple). Dans un tel cadre, les marges de manœuvre dont disposent les acteurs locaux se situent à la fois dans *la mise en œuvre concrète des aides légales* et surtout dans la mise en place *d'actions sociales extra-légales ou facultatives*, dans la limite des ressources dont ils disposent » (Julienne, 2004, p. 37). Enfin, de nouvelles formes de contrôle étatique, « à distance » sont mises en place (Epstein, 2005). Les référentiels d'évaluation (GEVA dans le cas du handicap, AGGIR dans le cas des prestations d'autonomie vieillesse) sont justifiés par le maintien d'une égalité de traitement au niveau national et « par le fait qu'une partie des ressources des collectivités locales, constituée par les dotations globales de l'État, ne provient pas des impôts locaux mais des impôts prélevés à l'échelle nationale » (Viet, 2004). Cette tendance est alors convergente avec le développement de nouveaux « instruments d'action publique » (Lascoumes and Le Galès, 2004) à travers lesquels s'effectue la

---

[41] Paul Blanc : ancien sénateur UMP des Pyrénées-Orientales, ancien Vice-Président de la Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque ; Membre de la Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, Membre du Conseil de surveillance de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, ex-Membre du Conseil national consultatif des personnes handicapées, Membre du Conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés

[42] Sénat, *Proposition de loi rénovant la politique de compensation du handicap (n°287)*, Annexe au procès-verbal de la séance du 13 mai 2003. Nous soulignons.

[43] Sénat, *Projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (n° 183),* Annexe au procès-verbal de la séance du 28 janvier 2004. Nous soulignons.

recomposition de la puissance publique en un « État régulateur » (Caillosse, 2009).

La décentralisation : une nouvelle équation de gouvernement

Un processus de décentralisation effectif

Ce processus de départementalisation est pourtant effectif. Outre la tutelle exercée sur les GIP, le Conseil général dispose de la majorité dans les deux instances décisionnelles de la MDPH : il détient 50% des sièges de la commission exécutive du GIP[44] et, par le jeu d'une règle de majorité spécifique pour l'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap [PCH], est également assuré de la majorité en CDAPH[45]. De plus, cette départementalisation prive les acteurs étatiques de leur capacité d'intervention, du fait de leur absence d'expertise sur ces questions (Le Lidec, 2008, p. 277). L'attestent les difficultés rencontrées par la CNSA dans la mise en œuvre tardive des outils d'informations, en ce qui concerne tant la programmation des dépenses des établissements médicaux et médico-sociaux que la remontée des données pourtant nécessaires à la coordination par le centre de ces politiques (Julienne, 2004, p. 58)[46].

Une décentralisation incomplète et asymétrique

La mise en œuvre des dispositifs prévus par la loi de 2005 s'effectue dans **une relative asymétrie de contrôle sur l'attribution des prestations par les financeurs**. Nous entendons par « asymétrie » une situation dans laquelle le transfert d'une responsabilité ne s'est pas accompagné du transfert des ressources équivalentes. Ceci désigne explicitement deux choses :

- d'une part, le fait que les ressources allouées par l'État à la politique du handicap ait fait l'objet d'une lutte assez forte pour chiffrer le coût de la non compensation des postes et du forfait auquel sont compensés les postes non pourvus (un rapport IGAS évoque la somme de 19 millions d'euros[47]).

- d'autre part, le fait que le transfert de responsabilité dans l'attribution d'une prestation aurait pu s'accompagner de la charge du financement de cette prestation. Or, ce n'est pas ce qui s'est passé. L'AAH financée par l'État est attribuée par des fonctionnaires qui sont en majorité des fonctionnaires territoriaux, et dans tous les cas, des agents publics sur lesquels l'État n'a plus de lien fonctionnel. De même, le CG dénonce le « droit de tirage » sur les finances départementales dont disposeraient les agents du GIP :

---

[44] Article L 146-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles [CASF] modifié par le décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif à la maison départementale des personnes handicapées

[45] Article R 241-26 du CASF modifié par l'article 1er du décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée

[46] Voir le décret 2008-833 du 22 août 2008 portant création du système national d'information, art. D247-1. Cf. le rapport présenté à l'Assemblée Nationale par Bérengère Poletti, « en conclusion des travaux de la mission sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », 30 juin 2010, n°2687, p. 69-71 et 93.

[47] Rapport IGAS RM 2010-159P, *Bilan du fonctionnement des MDPH,* 2010, p. 3

E148-D – VP CG, président de COMEX

Il y a une espèce de droit de tirage, pour dire les choses plus simplement, du GIP sur les finances du budget départemental. Ce droit de tirage va devenir progressivement insupportable financièrement, et donc insupportable en terme de gouvernance.

C'est cette asymétrie qui permet de conclure à une forme de décentralisation inaboutie des politiques du handicap. Ainsi, alors que les CG conservent la majorité sur l'attribution de la PCH dont ils financent le surcoût par rapport aux dotations étatiques, l'État ne contrôle pas le versement de l'AAH qu'il finance pourtant. De fait, cette situation asymétrique alimente les conflits entre l'État central et les départements, les seconds étant accusés de reverser au bénéfice de l'AAH des populations relevant du RSA :

E15-B – (Chef de pôle handicap / DDCS)

La crainte de nos politiques et de nos ministères, c'est que l'AAH pallie le RSA qui est de la compétence du conseil général.

De fait, l'État a essayé de reprendre le contrôle en modifiant par décret les conditions d'attribution de l'AAH. Le décret sur l'AAH prévoyait initialement que l'État, à l'instar du Conseil Général sur les PCH, puisse disposer d'une majorité garantie sur l'attribution des AAH[48]. Toutefois, cet article a été supprimé, suite à une mobilisation associative d'après les entretiens que nous avons conduits sur le sujet. L'annonce de la suppression de cet article a été faite par le Président de la République, Nicolas Sarkozy, lors des Assises Nationales du Handicap au mois de juin 2011[49]. En l'absence de guichet à même de traiter ces demandes (à l'exception des guichets des préfectures), l'État ne peut donc piloter réellement la distribution de cette prestation et s'est donc efforcé, privé d'instruments contraignants, d'assurer le pilotage de l'AAH via la production d'outils de pilotages à distance (un « arbre de décision ») et une formation commune – mais disjointe – des DDCS et des CDPAH à compter de l'automne 2011. Nous reviendrons sur cette entreprise puisqu'elle a été menée dans le temps même où nous avons conduit notre enquête de terrain (*voir : 3e partie, chapitre 1-2 : Comment l'État (im)plante son arbre (de décision) ?*). Il nous importe ici de montrer que la question de la mise en place des commissions ne relève pas seulement d'une logique visant à traiter d'une nouvelle façon la question sociale (Rosanvallon, 1995), mais de la réponse pragmatique à un processus affectant les équilibres au sein des configurations de gouvernement des politiques sociales. En effet, la décentralisation partielle des dispositifs (maintenant la présence des intérêts de l'État, de la sécurité sociale, des régions, des communes via les CCAS et des départements). L'un de nos enquêtés affirme ainsi que la mise en place de ces commissions vaut au moins autant par rapport aux droits reconnus à l'individu que par rapport au problème de

[48] Décret n°2011-974 du 16 aout 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés

[49] Discours de Nicolas Sarkozy, président de la République à la Conférence Nationale du Handicap, 8 juin 2011. Source : http://www.vivrefm.com/podcast/2011/06/08/1700-le-discours-de-nicolas-sarkozy-a-la-cnh-2011/

gouvernement posé par la superposition de niveau d'intervention (décision et financement) des politiques sociales :

> E3 – CNSA
>
> R : Ça a été envisagé un moment, ce qui est : qui paye, décide. Mais tant que vous avez une CDA, si chacun, dans la commission décide ce qu'il paye, au bout d'un moment, vous n'avez plus de commission. Donc on peut faire ce choix-là, mais dans ce cas-là, il faut dire : « on casse la CDA ». Alors, là où ça va être compliqué, c'est qu'on peut dire que l'État décide pour l'AAH, on peut dire que le conseil général décide pour la PCH, ça, ça va à peu près. Mais, après, c'est beaucoup plus compliqué : la RQTH ? Qui décide ? Qui paye ? Les orientations en établissements : alors, si c'est le conseil général, c'est le conseil général ; si c'est la sécu, c'est l'État ; mais si c'est mixte, comment on fait pour les aménagements mixtes ?
>
> Q : C'est en terminé du guichet unique…
>
> R : Vous êtes perdu complètement. Il y a des séparations qui ne sont pas faciles à faire. Vous prenez une décision d'orientation scolaire, OK, c'est l'État, mais les transports qui vont avec, c'est le conseil général : vous allez passer une deuxième décision ? L'idée de départ de la maison départementale c'était quand même : une personne a un seul dossier qu'elle dépose à un seul endroit pour lequel elle a une réponse globale. Bon. Si vous cassez tout, ça, ça ne posera pas de problème. C'est pour ça qu'on garde la CDA. Elle a sa logique la CDA. En plus, l'idée c'est la réponse globale à l'ensemble des besoins de la personne en même temps.
>
> Q : La CDA associe des partenaires qui interviennent de façon entremêlée dans le financement…
>
> R : Et qui sont interdépendants dans leur politique. L'idée de la CDA, c'est ça.

Le processus de décentralisation contraint ainsi les acteurs à adopter de nouveaux formats décisionnels du fait de l'interdépendance nouvelle que créent les transferts de compétence. La décentralisation ne génère donc pas de nouveaux acteurs, mais modifie les ressources que ceux-ci disposent dans l'action publique (Massardier, 2003).

Le processus de décentralisation en perspective historique

Il est donc nécessaire de replacer le processus de création de ces guichets uniques dans le cadre historique plus large qui a vu émerger ces différents guichets, qui les a vu se différencier puis qui a produit leur « réunification », sous la forme d'un « guichet unique ». L'élargissement du cadre historique peut se faire à l'aide de plusieurs focales.

XIXe – XXe siècle : une mise en administration différenciée du « handicap »

La première porte sur la période longue, et commence au milieu du XIXe siècle. Les travaux de François Buton et ceux de Henri-Jacques Stiker (Buton, 2009 ; Stiker, 1999) montrent la progressive formalisation d'un champ du « handicap », c'est-à-dire le regroupement sous une même appellation, comme relevant d'un même « problème » (Gusfield, 2009). L'histoire des formes de dénomination nous intéresse ici moins pour ce qu'elle dit des représentations divergentes du handicap aux différentes époques historiques que pour ce que ces dénominations signalent de la progressive commensurabilité (Buton, 2003) des différents types de handicap. Cette histoire nous intéresse également dans la mesure où elle

raconte également la progressive formation d'un champ du handicap qui est fondé sur une double logique de spécialisation par type de handicap et de prise en compte de l'unicité des unités administratives chargées de leur « prise en charge ». On voit ainsi au fil de cette histoire émerger une tension entre la structuration du monde du handicap, lié pour l'essentiel à des types de pathologies et aux origines différentes de ces types de pathologie et la formation d'un espace associatif qui vise simultanément à proposer des modalités de prise en charge des personnes handicapées et à porter la cause des personnes handicapées dans l'espace public, et la mise en administration du monde du handicap. Ainsi ce champ se développe sur le long terme à l'ombre de l'État, c'est-à-dire pour pallier à des défauts de considération par l'État social pour ce type de situation sociale. Mais l'ombre de l'État est plus ou moins prégnante. La recherche de François Buton sur les sourds et les aveugles montre bien que certaines pathologies sont davantage soumis au contrôle administratif que d'autres, et qu'à l'intérieur des « déficiences sensorielles », certaines populations sont davantage objet du souci de l'État que d'autres, en l'occurrence les « enfants nés sourds ». Le travail de François Buton montre alors que l'unification de ces handicaps sous l'appellation uniforme de « déficits sensoriels » n'est pas sans poser d'importants problèmes, tant en terme d'action publique à l'action d'un public en réalité extrêmement varié (ne serait-ce que si l'on tient compte de la différence entre sourds verbalisants et sourds communicant en LSF) que pour les personnes handicapées elles-mêmes, dont le rapprochement dans une même entité plus ou moins institutionnalisée peut les amener à être représentée simultanément dans les instances consultatives créées (à compter de 1975) par l'État pour permettre la représentation des intérêts du secteur.

Avant de revenir sur cette période, notons que cette histoire faite de la tension entre *le pluralisme des causes à défendre (et leur possible incommensurabilité)* et *l'unification des acteurs dans un même espace consultatif* institué par l'État continue, pour la période que nous avons étudiée. Ainsi, les décrets d'application de la loi du 11 février 2005 prévoient que la CDAPH soit composée de 7 représentants associatifs[50]. Dans le cas de la CDA, mais aussi pour le CDCPH, les DDCS reconnaissent l'importance de ce critère de représentation des différents types de handicap[51] (ici à propos des nominations en CDCPH) :

---

[50] Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la composition et à l'organisation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire), J.O. n°295 du 20 décembre 2005, p. 19594 : « Sept membres proposés par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales [*devenu DDCS*] parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leurs familles ».

[51] La loi du 11 février 2005 ne traite que de la représentativité qu'en tant qu'elle porte sur le fait que l'association est gestionnaire ou non d'un établissement de soin (art. 1 de la loi du 11 février 2005). La rédaction de cet article n'a été définitive qu'après passage devant la commission mixte paritaire. Au cours de celle-ci, Paul Blanc, rapporteur pour le Sénat, a indiqué : « A l'article 1er A (*représentation paritaire* des associations gestionnaires de services sociaux et médico-sociaux et des associations non gestionnaires dans les instances consultatives ou décisionnaires), M. Paul Blanc, rapporteur pour le Sénat, a présenté un amendement visant à préciser que l'un des critères à prendre en compte pour désigner les représentants des personnes handicapées est la *présence simultanée* d'associations gestionnaires et non gestionnaires d'établissements pour personnes handicapées ». (http://www.senat.fr/commission/cmp/cmp050128.html - 25/01/2005, nous soulignons. Voir les

E15-B (Chef de pôle Handicap / DDCS)

Q : Est-ce que dans le choix de ces associations, vous avez tenu compte d'un critère de représentativité des handicaps, des différentes formes de handicaps ?

R : Oui. D'avoir, par exemple, le handicap visuel, le handicap moteur… Oui. Absolument.

Tenant compte dans les faits de la pluralité des situations de handicap, le fonctionnement d'instances comme le CNCPH ou le Conseil de la CNSA peut encore être soumis aux luttes entre associations regroupées sous un même label de « handicap » et qui devrait se partager un même siège. Ainsi, l'un de nos enquêtés qui a longtemps été président d'une association d'un des types de handicapées dits « sensoriels » et représentant de celle-ci au sein de l'AGEFIPH, du conseil de la CNSA et du CNCPH dit avoir refusé de jouer le jeu de l'alternance sourds/aveugles et de la représentativité de chaque type de handicap :

E-107

J'ai représenté [l'association] dans une instance comme l'AGEFIPH, la CNSA et après c'était pareil pour le FIPHFP. On avait pris l'habitude dans ces milieux, que les sourds et les aveugles, ça faisait un handicap. Ils peuvent habiter ensemble, tantôt à l'AGEFIPH il y a une règle non écrite, d'alterner, une fois les sourds, une fois les aveugles, ils peuvent travailler ensemble. Moi j'ai toujours trouvé que handicap sensoriel, ça veut rien dire, ça correspond à aucune réalité (…) Et puis, les appareils auditifs ou les chiens, ça renvoie aussi à d'autres problématiques de l'accessibilité. Y'a absolument rien de comparable. (…) Alors quand est venu mon tour de céder ma place à une association [d'un autre type de handicap sensoriel], j'ai dit non, qu'après tout pourquoi [mon type de handicap] cesserait d'être représenté ?

On peut également retrouver la tension entre, d'une part, des services et une expertise portés par des associations et, d'autre part, les déficits de reconnaissance de l'État, dont les manquements sur la question du handicap ont justifié le développement de l'action associative (Paterson *et al., 2000 ; Romien, 2005)*[52]. Ainsi, l'UNAPEI revendique – par la voix de sa

---

débats en deuxième lecture au Sénat, en octobre 2004, pour saisir les enjeux de ces approches différentes : une représentation paritaire désavantage les associations gestionnaires, favorisant les associations les plus fragiles, une représentation *simultanée* avantage les grandes associations : http://www.senat.fr/seances/s200410/s20041019/s20041019003.html#SUS2). Le décret relatif à la composition des CDAPH n'indique aucun critère de « représentativité » : « Sept membres proposés par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leurs familles » (Décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la composition et à l'organisation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles - partie réglementaire). J.O.n° 295 du 20 décembre 2005 page 19594, texte n°53. En ce qui concerne le CDCPH, le décret n°2002-1388 du 27 novembre 2002 relatif aux conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées évoque simplement une composition pour un tiers « des représentants dans le département des associations de personnes handicapées et de leurs familles, nommés par le préfet sur proposition des associations concernées ».

[52] A la différence de ce que proposent Michaël Lipsky, et Steven Ratgebh Smith, il semble ici que la contractualisation avec le secteur associatif ne soit pas une conséquence de la réforme de l'État, mais bien le résultat d'un positionnement antérieur des associations sur un domaine délaissé et occupé uniquement par la philanthropie. L'action associative peut en partie se concevoir comme une mobilisation des personnes handicapées pour sortir de la dépendance charitable et philanthropique pour devenir les acteurs de leurs propres représentations (Drake, 2002). Toutefois, par un processus de convergence inattendu, provenant de processus divers, la contractualisation est aujourd'hui l'un des enjeux de la régulation du secteur, en secteur non lucratif et secteur privé lucratif. Une mission

présidente, notamment lors du forum sur l'accessibilité organisé à Sciences Po Paris le 11 février 2013 -, d'avoir développé un ensemble d'établissements et d'avoir professionnalisé un secteur, ce qui justifierait que l'État reconnaisse leur expertise en en permettant le développement[53].

1945-2005 : Institution et évolutions d'une régulation néocorporatiste

La seconde porte sur la période plus large qui va de 1945 à 2005. Au cours de cette période, le champ du handicap est progressivement centralisé et placé sous « l'aide protectrice de l'État » (Swaan, 1995). Les lois de 1975 peuvent ainsi être lues de façon développementaliste comme une extension de l'État Providence au-delà des logiques assurantielles, les dispositifs d'assistance venant compléter la qualité du dispositif (Join-Lambert, 1994). Toutefois cette extension de l'État Providence ne correspond, comme sous l'angle développementaliste, à une arrivée à maturité du système de protection par assurance et de la découverte des zones de non-couverture par assurance. En effet, comme l'ont montré les travaux de Michel Chauvière sur l'enfance inadaptée, l'étatisation de la prise en charge du handicap a été « inventée » sous le régime de Vichy. Les travaux de Michel Chauvière montrent que la notion d'inadaptation couvrait un champ beaucoup plus large que celui du handicap et que la définition plus restrictive de la notion de handicap (excluant notamment les paramètres sociaux) finit par laisser hors de toute protection des catégories de population qui sont simultanément désignés par les vocables de la « nouvelle pauvreté » (Paugam, 1991). Dans ce processus qui conduit de la fin de la seconde guerre mondiale aux lois de 1975, se joue également la reprise en main par l'administration sociale d'associations qui avaient été créées pour pallier l'absence de l'action étatique. Le fait que la loi de 1975 laisse l'administration définir le handicap par l'attribution ou non d'une prestation (AAH) montre de façon significative le poids que l'administration centrale a acquis sur la définition des frontières du champ. Dans le même temps, conformément à un processus qui a été mis en évidence sur la généralisation des entreprises sociales municipales, l'État procède à l'universalisation d'expérimentations locales (Paquy, 2003)

Pour ce qui nous concerne, ce processus qui nous conduit de 1945 à 2005 en passant par les lois de 2005 préserve en réalité les positions des différents acteurs qui ont bâti ce secteur (les associations, les collectivités locales) tout en affirmant l'émergence d'un contrôle administratif. Cette période est donc importante en ce qu'**elle cristallise les positions de ces différents acteurs, sans réduire à néant aucune des ressources détenues par les uns ou par les autres**. Dès cette époque, le secteur du handicap est donc administré en tenant compte des différents niveaux d'action publique. Le fonctionnement des CDES et des COTOREP correspond à cette situation, en ce qu'il affirme déjà une position que nous retrouvons dans les MDPH, notamment en ce qui concerne les relations entre les commissions

---

parlementaire sur la fiscalité de ces secteurs vient d'être mise en place : http://www.acteurspublics.com/2013/05/02/couac-autour-d-une-mission-parlementaire.

[53] Compte-rendu d'observation au Colloque « Engagés pour l'accessibilité » organisé à Sciences Po Paris le 11 février 2013.

d'orientation et les établissements qui assurent l'effectivité des orientations décidées. L'absence de moyens de contrainte de l'administration (ou plus largement des commissions) sur les établissements tient en partie à la constitution historiquement décalée de ces différentes institutions, qui a permis la construction des solutions d'orientation (qui détenaient historiquement le choix d'accueillir les personnes handicapées, enfants et adultes, en fonction de leurs priorités) avant la construction des lieux de décisions d'orientation, qui viennent en réalité se surimposer sur un monde autorégulé. Cette étatisation tendancielle (mais non parfaitement aboutie) donne ainsi naissance à une régulation néocorporatiste sectorielle (Muller, 1984) ou « méso-corporatiste » (Schmitter, 1989). Cette régulation néocorporatiste dans le monde du handicap présente toutefois plusieurs traits caractéristiques. L'attention portée aux régulations corporatistes sectorielles s'explique en partie par une **transformation historique, qui tend à priver les « associations d'intérêts » de leur rôle central dans la production des politiques au niveau national**, c'est-à-dire au niveau global. De ce fait, les associations d'intérêts n'auraient plus d'influence que dans la limite de leur secteur (niveau méso) (Lehmbruch, 1995).

De ce point de vue, le secteur du handicap présente deux caractéristiques qui pourraient bien lui être spécifique (et qui pourrait n'être comparable qu'aux politiques relatives à l'égalité homme-femme).

1- Tout d'abord, dans une perspective empruntant aux politiques de *gender mainstreaming*, **une vision transversale de l'inclusion des personnes handicapées tend à se développer dans le monde associatif**. L'engagement 32 du programme présidentiel de François Hollande – qui ne s'est donc pas traduit par l'émergence d'une administration de mission gouvernementale rattachée au niveau du Premier Ministre – en était la matérialisation la plus visible. De fait, les associations de personnes s'efforcent donc de peser sur des politiques transversales. Les difficultés rencontrées dans le cas de l'accessibilité montrent à la fois la complexité d'une prise en considération de leurs revendications en même temps qu'elles attestent de leurs efforts pour peser sur le niveau global de prise de décision.

2- Dans le cas de la régulation néocorporatiste du secteur du handicap, et en rupture avec la définition qu'en donne Schmitter, **les associations sont fondées sur un principe « volontaire »** (c'est-à-dire en l'absence d'injonction étatique). Leur nombre élevé introduit une lutte concurrentielle pour l'accès aux positions représentatives. Toutefois, nos observations de terrains sur le fonctionnement des CDA, sur l'emploi du temps des personnes handicapées ou encore sur les modalités de constitution des associations nous renseignent sur la réalité des pratiques de gestion néocorporatiste au concret.

> E15-B (Personnel DDCS)
>
> Q : Comment sont sollicitées les candidatures [pour composer le CDCPH] ?
>
> R : On a fait un appel à projets. Alors, on avait mis un délai de réponse, ça n'a pas trop été respecté par les associations. Mais ça peut s'expliquer, aussi bien pour les institutions, parce qu'il fallait réunir les conseils d'administration pour qu'ils nomment quelqu'un. On ne réunit pas un CA, que ce soit une CAF, par exemple, ou une association, tous les quatre matins.

> Et puis, aussi, les associations ont été très sollicitées sur le champ de l'ARS, et ils ont de multiples commissions, que se soit au niveau siège, ou au niveau délégation territoriale, dans lesquelles les associations doivent s'impliquer.
>
> E101-A[54]
>
> Q : Ça vous prend combien de temps, à peu près, toutes ces activités, enfin, tout votre travail, vos fonctions à [l'association] ?
>
> R : On va dire, c'est variable pour moi. On va dire, c'est un peu, des fois, je me dis : « on pourrait presque dire que c'est du temps plein » (sourire). On va dire : en temps plein, une dizaine de jours. C'est variable. Mais si on prend juste la semaine dernière - juste un emploi du temps comme ça : lundi dernier, j'étais à côté de [chef lieu de région], j'étais parti la journée. Mardi, réunion ici. Mercredi, j'ai fait les vœux du conseil. Là, je suis venu aux vœux du Conseil général, quand même. Jeudi, j'étais toute la journée pris. Et vendredi, on était à [chef lieu de Région]. Je veux dire, c'était quand même exceptionnel. Cette semaine, par exemple : pour [l'association], mardi après-midi en réunion. (...) Je vais aller à la MDPH, tout à l'heure pour un autre truc, et puis demain, je suis à [ville dans une autre région à 200km] toute la journée avec notre président général. Donc, je veux dire ça fait... Là, c'est chargé. Ce n'est quand même pas tout le temps, tout le temps... Et on délègue quand même sur l'accessibilité, tout ça, à d'autres personnes parce que sinon...

En effet, les textes législatifs instituent des espaces de concertation. L'article 1er de la loi du 11 février 2005 prévoit ainsi d'inscrire dans le CASF un article ainsi rédigé :

> « Art. L. 146-1 A. - Dans toutes les instances nationales ou territoriales qui émettent un avis ou adoptent des décisions concernant la politique en faveur des personnes handicapées, les représentants des personnes handicapées sont nommés sur proposition de leurs associations représentatives en veillant à la présence simultanée d'associations participant à la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 et d'associations n'y participant pas. »

Les représentants des associations d'intérêts sont donc invités à participer à la production des politiques les concernant. Ces espaces de concertation sont présents à tous les niveaux de politiques publiques (local : municipal (CLC) et départemental (CDCPH, CDAPH, COMEX), régional (ARS), national (CNCPH, AGEFIPH, CNSA) et à toutes les séquences de l'action publique (mise sur agenda, formulation, prise de décision, mise en œuvre, évaluation). La puissance publique intervient sur la structuration de ces associations puisque leur financement est pour partie (ou totalement) assuré par le financement des établissements par l'État, par la Sécurité Sociale ou par les collectivités locales. L'État intervient également dans la désignation des représentants associatifs dans les espaces de concertation (CDAPH, CDCPH...) Ces différents éléments affirment formellement un mode de régulation néocorporatiste. Lors des débats parlementaires de la loi de 2005, les parlementaires se sont interrogés sur la possibilité pour l'État d'organiser une seule association représentative de toutes les personnes handicapées, hypothèse proposée par voie d'amendement qui a été rejeté. L'Union Centriste dépose au Sénat un amendement qui vise à créer une association des associations représentatives de personnes handicapées :

[54] Entretien réalisé par Anne Revillard.

> *Mme Anne-Marie Payet.* Cet amendement devrait compléter utilement l'amendement n° 327 présenté par notre collègue Nicolas About. Il vise à créer un conseil national de l'égalité des personnes handicapées, composé d'un représentant élu dans chaque département par les personnes en situation de handicap et leurs représentants. Ce conseil serait associé aux politiques publiques, assurerait la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des lois, serait consulté et donnerait un avis sur tout texte de loi. Cet amendement a en outre pour objet de créer une association nationale représentative des personnes handicapées et des associations départementales représentatives élues aussi par les personnes handicapées ou leur représentant. Ces associations représentatives auraient pour mission de donner un avis sur la politique relative aux personnes handicapées, de représenter les personnes handicapées dans les instances qui les concernent, de défendre les droits des personnes handicapées, au besoin en agissant devant la justice. Il s'agit d'assurer une meilleure représentation des personnes handicapées dans le dispositif institutionnel de la politique du handicap, de représenter ceux que l'on n'entend pas, parce que leur voix ne peut parvenir jusqu'aux organes décisionnaires. Afin que la notion de citoyenneté des personnes handicapées ait pleinement un sens, les personnes concernées doivent pouvoir se faire entendre là où la politique du handicap se fait. C'est autant une question d'équité qu'une question de cohérence.
>
> *M. le président.* Quel est l'avis de la commission ?
>
> *M. Paul Blanc, rapporteur.* Cet amendement me paraît soulever un nombre important d'objections. La plus importante d'entre elles est qu'il est tout à fait contestable d'accorder aux personnes handicapées, et à elles seules, la possibilité d'être représentées par des élus auprès des pouvoirs publics. Leurs représentants élus, ce sont les parlementaires. Toute solution contraire ouvre, selon moi, une brèche au communautarisme. C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.[55]

Mais la question essentielle – et qui fut l'occasion d'un vif débat, placé sous le contrôle des associations de personnes handicapées qui étaient présentes dans les enceintes parlementaires pendant les discussions – a porté sur la définition de ce qu'est une « association représentative ». Ainsi, Nicolas About, président de la Commission des Affaires Sociales, voulut faire introduire un amendement assurant la parité de la représentation des associations gestionnaires et non gestionnaires dans les CDAPH, ce qui avait pour conséquence de favoriser les associations non gestionnaires d'établissement, au détriment des plus grandes fédérations associatives ou associations nationales (UNAPEI et APF) qui auraient ainsi perdu des positions garanties dans la gestion du dispositif. Dans l'entretien qu'elle nous a accordé, Marie-Anne Montchamp qui s'est opposée au nom du gouvernement à cet amendement (pourtant issu d'un sénateur UMP) reconnaît qu'il « n'était pas question de trahir » les associations avec lesquelles la loi avait été rédigée.

> *M. Nicolas About.* Il est important que, dans toutes les instances mises en place par l'État ou les collectivités territoriales qui décident de l'orientation ou des politiques publiques en faveur des personnes handicapées, toutes les associations - je dis bien « toutes » - soient représentées à part égale : je pense non seulement à celles à qui l'on doit la prise en charge du handicap depuis tant d'années, à savoir les associations gestionnaires d'établissements, mais

[55] *Journal Officiel, débats parlementaires* – Sénat – Séance plénière, 19 octobre 2004, p. 6853.

aussi - et c'est ce que demandent les personnes handicapées - aux associations non gestionnaires.

Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État. Je comprends votre volonté, que vous avez déjà exprimée, de distinguer les associations gestionnaires et les associations non gestionnaires. Toutefois, il n'est pas certain que le nombre d'associations strictement gestionnaires soit équivalent au nombre d'associations non gestionnaires et au nombre d'associations représentant les divers types de handicap - c'est un souci extrêmement présent dans les textes que nous étudions - , et qu'une parité soit ainsi possible. Je vous rejoins sur votre volonté d'élargir la représentativité des associations, mais il me paraît difficile, en l'état, de garantir la parité entre associations gestionnaires et associations non gestionnaires. C'est la raison pour laquelle, sous réserve des travaux qu'il nous faudra conduire pour améliorer la compréhension de la notion de représentativité - c'est un phénomène encore nouveau -, je préférerais que vous retiriez votre amendement. (...)

M. Gérard Delfau. Je comprends son souci que l'ensemble des associations, et, pour dire les choses sans tourner autour du pot, non seulement les grandes associations, mais aussi les petites qui n'ont pas forcément en charge un établissement, participent activement à l'élaboration des décisions. Je ne veux pas interpréter sa pensée, mais j'imagine que M. About considère que ces petites associations pourraient être une sorte de ferment, alors que les structures institutionnelles, solides, dont nous avons besoin mais qui sont plus anciennes, cultiveraient une forme d'identité les rendant moins réceptives. (M. Nicolas About acquiesce.) (...)

M. Bernard Cazeau. Cet amendement revient un peu sur l'histoire du monde du handicap. Il faut se souvenir que ce sont les grandes associations de parents d'enfants handicapés qui ont permis, pendant des années, la constitution de grands établissements, alors que l'État était souvent très en retard. C'est grâce à ces parents que, aujourd'hui, 80 % des personnes handicapées - certains disent 90 % - sont actuellement accueillis dans des établissements gérés par ces grandes associations. Nous ne sommes pas du tout opposés à la représentation d'associations qui ne soient pas gestionnaires d'établissements, rejoignant en cela Mme Demessine ; mais l'expression « stricte parité » nous gêne énormément : elle nous paraît excessive et agressive envers ces grandes associations. Peut-être M. About pourrait-il revoir son amendement ?[56]

La simple mise en évidence des prérogatives affirmées par les textes juridiques ne peut suffire à décrire le fonctionnement concret de ce mode de régulation. Notre étude permet justement d'apporter deux éléments inédits dans la compréhension du mode de fonctionnement de cette régulation néocorporatiste :

A partir d'une étude du fonctionnement des CDA (qui vient en compléter d'autres (Bertrand *et al., 2012 ; Bureau and Rist, 2012)*), nous pouvons décrire la façon dont cette régulation néocorporatiste s'inscrit dans les comportements des acteurs, comment elle préserve et menace tout à la fois les ressources et les intérêts des associations. En somme, nous proposons **d'étudier, au concret, dans la formalisation des pratiques des acteurs, l'institution d'une régulation néocorporatiste des rapports de pouvoirs.**

A partir de l'étude des techniques mises en œuvre pour faire travailler ces commissions, à partir de l'explicitation des luttes visant à leur maintien, à

[56] *Journal Officiel, débats parlementaires* – Sénat – Séance plénière, 19 octobre 2004, p. 6853

partir d'une analyse des positions respectives des différents acteurs face à la création de nouvelles structures (ARS) ou à l'extinction (*exhaustion*) de certaines autres (CDCPH), nous apportons des éclairages **sur les changements affectant, sur le temps court, ces différentes institutions de la régulation néocorporatiste** (Schmitter, 1974).

2005-2013 : Un processus de décentralisation tendancielle et sous tension

La troisième porte sur la période la plus récente, qui fut celle de l'enquête : 2010-2013

Ce processus de départementalisation est au centre des tensions sur toute la période de l'étude. Notre étude s'est en effet déroulée sur la période qui a précédé immédiatement le vote de la loi Blanc de juillet 2011, dans un contexte de mise en place puis de retrait (à l'automne 2012) des CPOM, puis de l'été 2012 jusqu'au mois de février 2013 d'annonce de la suppression des GIP et donc de disparition des MDPH sous la forme de GIP. Les annonces présidentielles du 5 octobre 2012 d'une départementalisation des politiques du handicap ont ainsi marqué un tournant dans l'approche de notre terrain. Nous reviendrons sur les problèmes de méthodes posés par cette transformation des objectifs formels de politiques publiques sur la réalisation de l'étude. Notons pour l'instant que **le *design institutionnel* même a fait l'objet tout au long de notre étude d'une profonde incertitude**. Nous désignons comme une *fragilité institutionnelle* l'absence de perspective à long terme pour ces institutions. Il ne s'agit pas de dire qu'aucune institution ne connaît d'incertitudes sur ce point : à l'inverse, toutes ont pour point commun de lutter pour leur survie. Il s'agit de définir la *fragilité institutionnelle* comme l'ensemble des calculs qui, se basant sur une anticipation d'une disparition du format GIP, tendent à ne pas intégrer dans le présent la possible existence à long terme de l'institution dans sa forme actuelle. En ce sens, et outre la stabilisation juridique des participations des différents acteurs, le vote d'un dispositif législatif comme celui évoqué dans la loi Paul Blanc du 28 juillet 2011 qui définit le statut de GIP comme étant « à durée indéterminée » constitue une façon de modifier les comportements des acteurs, en affirmant, plutôt que la possible disparition, la pérennité possible du dispositif en sa forme actuelle.

Trois épisodes marquent ce conflit de longue durée au cours de notre étude : le conflit sur la dette non acquittée de l'État (de mars 2010 à décembre 2011), le débat préalable à l'adoption de la loi Paul Blanc (de janvier à juillet 2011) et enfin la séquence relative à l'acte III de la décentralisation (de septembre 2012 à mars 2013). Il ne s'agit pas ici de déployer un récit circonstancié et analytique de ces trois épisodes. Il s'agit ici de montrer que ces trois épisodes relèvent – parmi d'autres dynamiques (politisation, judiciarisation) – d'un conflit portant sur la décentralisation du dispositif. Le conflit sur la dette de l'État à l'égard des MDPH a notamment de faire émerger la question du fonctionnement concret des GIP, notamment sur les règles de mise à disposition du personnel. De nombreux rapports (notamment les rapports parlementaires) ont mis en évidence le retrait des personnels État du fonctionnement des GIP, et leur remplacement par des postes financés par les CG. Par le biais de parlementaires, les MDPH ont

aussi fait connaître les problèmes de financement rencontrés du fait de la non-compensation par l'État, dans certains cas spécifiques, de certains postes non pourvus[57]. L'Association des Départements de France (ADF) a fait part au gouvernement des « difficultés financières » des départements[58]. Le problème est ensuite devenu politique, notamment après la décision du Conseil Général de Seine-Saint-Denis présidé par Claude Bartolone (PS) de voter un budget en déficit[59]. Un certain nombre de contentieux ont été intentés par les départements, contentieux qui ont longtemps pesé à l'intérieur du gouvernement des MDPH – notamment en COMEX – sur les relations entre les différents membres du GIP. La séquence au cours de laquelle s'est déroulée notre étude a été marquée par le remboursement de la dette de l'État aux GIP, par le changement de majorité présidentielle qui limite les possibilités d'action des départements contre l'État. En effet, l'ADF – dirigée par un PCG PS – et les départements qui s'étaient portés au contentieux étaient des CG de gauche (PS). Le changement de majorité présidentielle peut ainsi expliquer la transformation des rapports entre les CG et l'État central (comme la mise en place d'un groupe de travail sur les finances départementales, le versement d'une enveloppe exceptionnelle de 170 millions d'euros aux CG)[60]. Mais elle ne solde pas complètement la question des finances locales.

Outre la question des personnels, le financement des dépenses sociales par l'État a été au cœur des conflits entre État et département. Cette controverse porte sur la péréquation et la dotation des collectivités locales. Ce conflit se traduit par le renforcement des oppositions entre partenaires dans la gouvernance des institutions de la protection sociale, et donc notamment dans le domaine du handicap. En 2009, le budget de la CNSA n'a été voté

---

[57] Deux questions posées au Parlement en 2009 témoignent de l'ampleur de ce problème. Voir la question orale sans débat n°493 de la députée UMP des Ardennes (ancienne VP du Conseil Régional Champagne-Ardenne ; ancienne conseillère municipale de Charleville-Mézières), Bérangère Poletti, au sujet de la compensation par l'État des postes non pourvus par des fonctionnaires de l'État ayant refusés leur mise à disposition, à partir du problème rencontré par la MPH de son département d'élection (question publiée au JO, le 13/01/2009, p. 151, réponse publiée au JO le 14/01/2009, p. 239) et la question orale sans débat n°652 de Mme Maryvonne Blondin (PS, Finistère, conseillère générale) adressée au Sénat à M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville au sujet du statut des personnels des MDPH (3/11/2009). Dans le débat au Sénat sur la proposition de loi déposée par Paul Blanc, Mme Annie Jarraud-Vergnolle (PS, Pyrénées-Atlantiques, VP de la commission des affaires sociales, auteure avec Paul Blanc d'un rapport sur les dysfonctionnements des MDPH, selon elle, « à la demande des associations de personnes handicapées ») estime, en se fondant sur une enquête menée fin 2009 par l'Association des Directeurs de MDPH, que « la dette de l'État sur les postes vacants depuis la création des MDPH (…) à 19,3 millions d'euros. Or il faut ajouter à cette somme la dette cumulée résiduelle au titre de la fongibilité asymétrique, de l'ordre de 15 millions d'euros. Ainsi, c'est un budget de 34,3 millions d'euros que l'État se doit d'affecter le plus tôt possible aux MDPH ». (Sénat, Compte-rendu intégral des débats, 24 juin 2010 (http://www.senat.fr/seances/ s201006/s20100624/s20100624004.html)

[58] *La Gazette des Communes,* « Pour l'ADF, l'État doit prendre en charge les allocations de solidarité », 08/06/2010

[59] *Le Monde,* « La Seine-Saint-Denis refuse de réduire ses aides », 25/06/2010

[60]http://www.claudy-lebreton.fr/2012/10/un-pacte-de-confiance-entre-lÉtat-et-les-departements.html

que par les représentants de l'État contre lesquels s'étaient alliés les autres membres du Conseil d'Administration[61].

Les revendications qui se sont fait jour au moment des débats sur l'acte III de la décentralisation ont mis en évidence à la fois le fait que les CG assuraient dans les faits le fonctionnement de ce dispositif. Notre enquête montre sur ce point que, dans certains départements, les CG assurent déjà en pratique l'évaluation des prestations de compensation du handicap. En conséquence, deux options s'offrent à eux : soit voir reconnaître juridiquement le rôle qu'ils jouaient pratiquement, soit finalement rester dans un *statu quo* qui ne les rend pas uniques responsables en façade d'une politique dont ils assurent le fonctionnement au quotidien. Le premier argument est celui développé par l'ADF :

> E20
>
> Q : Mais, en fait, finalement, vu que la situation c'est déjà que les conseils généraux contrôlent pour l'essentiel le fonctionnement des MDPH, qu'est-ce qu'elles ont à gagner à une transformation ? Est-ce que c'est pas des arguments qui ont été mobilisés que les départements se retrouvent un peu isolés finalement dans la gestion de ces politiques ?
>
> R : Non, je ne vois pas en quoi… Les CDAPH vont être maintenues telles qu'elles. Vaut mieux gérer un service intégré, y compris en termes d'économies d'échelle, de passation de personnels, etc. C'est-à-dire que c'est plus facile de gérer un service intégré que dans le cadre d'un GIP ou d'un établissement public autonome.

Le second est celui défendu par l'AD-MDPH, notamment lors de son audition devant le CNCPH

> Une proposition motivée par …
>
> Une simplification administrative et une rationalisation des organisations. *Or, les Conseils généraux sont déjà les pilotes des MDPH…*
>
> - Le Président du Conseil général préside le GIP, nomme le directeur de la MDPH et assure la tutelle administrative et financière du GIP
>
> - Le Conseil général dispose de la majorité des voix en commission exécutive et finance majoritairement le fonctionnement de la MDPH
>
> - La mutualisation avec les services des Conseils généraux est déjà réalisée librement chaque fois que les Départements l'ont souhaité ainsi qu'en témoignent les différents niveaux d'intégration des GIP aux services départementaux, de l'intégration la plus complète à l'autonomie de gestion la plus complète [62]

La judiciarisation du processus et la victoire finale des départements a pu également amener les acteurs de l'administration centrale (notamment le ministère des Finances) a vouloir se décharger d'un dispositif qui se révélait source de conflits avec les départements. La stabilisation du dispositif proposé par la loi Blanc de juillet 2011 qui, après avoir envisagé le scénario de la décentralisation, a proposé d'entériner le statut GIP en réglant le conflit sur les personnels – en utilisant l'instrument du « droit d'option définitif ».

---

[61] Conseil d'Administration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie du 31 mars 2009, http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=623.

[62] Audition de l'AD-MDPH devant le CNCPH, 14 janvier 2013

Ces questions relatives au fonctionnement et au financement du dispositif handicap étaient au cœur du projet de réforme proposé par Paul Blanc. L'un des quatre points qui ont motivé la réforme est celui du personnel des MDPH. « Pour résoudre ces difficultés [en matière de personnel], le Gouvernement avait envisagé de transformer le GIP en établissement public administratif départemental et de transférer les personnels d'État au département. Or, cette solution aurait eu pour inconvénient de procéder à une sorte de décentralisation de la politique du handicap. Considérant au contraire qu'elle relève de la solidarité nationale, les auteurs de la présente proposition de loi ont privilégié la solution d'une consolidation du GIP, en l'aménageant pour garantir une plus grande stabilité des personnels et une meilleure vision à moyen terme de ses capacités de financement »[63].

La loi Blanc de 2011 n'a toutefois pas permis – en raison de la persistance de mobilisations plurielles et de longues durées et de l'ouverture possible d'une fenêtre d'opportunité (Keeler, 1994) liée à l'agenda électoral – de revenir sur plusieurs compromis initiaux et fragiles, qui avaient produits la loi de 2005. Ces compromis passés entre les différents acteurs clés de ce secteur – ministère des Affaires Sociales, Assemblée des Départements de France, Ministère des Finances et Associations – avaient abouti d'extrême justesse à la définition des GIP. Depuis que ce compromis avait été passé, les stratégies des acteurs avaient pu être modifiées – au moins en façade – comme le montre la présentation lors des journées des directeurs de MDPH par la CNSA de l'acte III de la décentralisation (qui prévoyait alors, en décembre 2012) la suppression des GIP par le président de la commission des affaires sociales de l'ADF.

> Lors des débats de 2005, l'ADF était favorable à la constitution des MDPH sous forme d'un établissement public départemental. La formule du groupement d'intérêt public (GIP) ayant été finalement retenue, les départements ont loyalement mis en place les MDPH dans ce cadre juridique. Ils ont aussi contribué à améliorer le dispositif en 2011 dans le cadre de la proposition de loi du Sénateur Paul Blanc.[64]

L'ADF l'affirme également en entretien :

> E205 - ADF
>
> L'ADF était contre les GIP, elle en avait fait son deuil.

Toutefois le répertoire d'action (la départementalisation) reste structurant au sein de cette association, ainsi que dans d'autres ministères :

> E205 - ADF
>
> Q : Est-ce que la proposition de décentralisation vient de l'État, qui a raisonné avec des choses que l'ADF attendait ?

---

[63] Sénat, « Proposition de loi tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap. », n°191, 22 décembre 2009

[64] Discours d'Yves Daudigny lors de la réunion ADF-CNSA des directeurs de MDPH, 12 décembre 2012.
http://www.yvesdaudigny.com/actualites/intervention_d_yves_daudigny_a_la_journee_adf_cnsa_des_directeurs_des_mdph_le_12_decembre_2012

> R : L'ADF prenait acte que l'État ne respectait pas ces conventions collectives, qu'il y avait des dizaines de contentieux pour non-remplacement des personnels ou non-paiement des remplacements, qu'on allait vers de gros contentieux avec la PPL Blanc, et que, de fait, le plus simple, clair et net, c'était de décentraliser.
>
> Q : À quel moment la volonté de l'État de décentraliser – on sait qu'il y a la déclaration de François Hollande qui date du 5 octobre – à partir de quel moment a été travaillé cette question de la décentralisation et cette hypothèse de décentralisation totale ?
>
> R : Je pense qu'elle est dans la tête du budget depuis l'origine. Depuis 2005. Et que l'expérience du GIP a montré que c'était lourd, coûteux, et que l'État n'y arrivait pas.

La victoire de François Hollande à la présidentielle 2012 s'est accompagnée très rapidement d'une remise en cause du statut de GIP. Dès la fin du mois de juin 2012, puis officiellement à compter de septembre 2012, la question de la décentralisation complète aux départements des politiques du handicap a été remise à l'agenda politique. L'annonce de François Hollande le 5 octobre 2012 d'une départementalisation complète est la traduction de consultations s'étant déroulée antérieurement. L'écriture du projet de loi (qui comporte des éléments sur la décentralisation intéressant bien d'autres domaines que le handicap) a toutefois été perturbée par la « fuite » d'un avant-projet de loi annonçant la transformation des MDPH en service du conseil général. La version finale de ce projet de loi publiée au mois de février 2013 ne contient plus d'éléments relatifs à la décentralisation des MDPH, mais uniquement à la départementalisation des ESAT. Cette volte-face est expliquée par la mobilisation des acteurs associatifs.

> Dans le droit fil des orientations fixées par le Président de la République, plusieurs voies ont été explorées pour clarifier le partage des rôles entre l'État et les conseils généraux dans le domaine du handicap. Parmi ces sujets, figuraient effectivement les MDPH, dont la responsabilité pleine et entière devait être confiée au département, ce changement de statut étant accompagné des garanties nécessaires à la participation des personnes handicapées au fonctionnement des MDPH et au maintien des équipes pluridisciplinaires ; les commissions départementales des droits et de l'autonomie auraient naturellement été maintenues. Toutefois, ce projet a suscité l'inquiétude des associations de personnes handicapées, avec lesquelles le ministère et Mme Carlotti ont donc engagé de nombreux échanges. Suite à cette concertation, le Gouvernement a décidé de maintenir le statut du groupement d'intérêt public des MDPH. C'est dans ce cadre qu'il nous faut maintenant réfléchir à une amélioration de leur fonctionnement, ainsi qu'à l'équité territoriale.[65]

Toutefois, là encore, **la dynamique affectant l'ensemble du secteur, autour d'une régulation corporatiste qui place les acteurs tour à tour en position d'arbitrer le conflit opposant les deux autres partenaires au sein de la configuration (associations – collectivités locales – État)** ne semble pas close. Proche de l'ADF, Jérôme Guedj, député et président du Conseil général de l'Essonne, ancien conseiller Handicap pendant la

[65] Réponse de M. Frédéric Cuvillier, ministre délégué chargé des transports, de la mer et de la pêche, au nom de Mme Carlotti, ministre déléguée aux personnes handicapées, à la question de Mme Françoise Guégot (UMP – Seine-Maritime), question n°230, 12/03/2010, réponse le 20/03/2010. http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-210QOSD.htm

primaire socialiste de Martine Aubry, a ainsi publié une tribune affirmant la nécessité de départementaliser ce dispositif[66].

Le cas de la politique du handicap pourrait être un cas d'étude particulièrement saillant pour saisir les transformations du néocorporatisme. En effet, la théorie néocorporatiste envisage essentiellement ce schéma de régulation comme un face-à-face entre deux catégories d'acteurs : la puissance publique et les organisations d'intérêts. Le néocorporatisme peut être vu comme une forme de décentralisation administrative (l'État délègue la gestion d'un secteur à des acteurs intéressés), mais aussi au sens géographique du terme (le néocorporatisme pouvant venir compenser le déplacement des tâches de gouvernement à des unités de gouvernement basées géographiquement (Maier, 1983, p. 49)). Dans le cas français, il est ainsi rappelé que corporatisme et régionalisme peuvent fonctionner de concert (Bodiguel, 1972, p. 581). Mais il apparaît également que la régulation néocorporatiste peut être mise à mal par la décentralisation (administrative) des négociations (Giraud and Lallement, 2001). De même, dans le cas de la politique familiale française, la décentralisation (politique et géographique) a pu être vue comme une forme de remise en cause de la régulation néocorporatiste (Minonzio and Vallat, 2006) au profit d'une forme de régulation pluraliste ou territoriale. Le cas ici présenté est intéressant dans la mesure où, relevant d'une décentralisation inaboutie, il ne maintient pas le face-à-face de deux entités (puissance publique/groupe d'intérêt), dont le titulaire de la puissance publique aurait changé (de l'État aux collectivités territoriales). S'introduit en réalité une scission dans le monopole de la puissance publique : acteurs locaux et nationaux n'ont plus les mêmes intérêts. Ceci peut conduire les associations d'intérêts à s'adapter à la configuration et à développer des répertoires revendicatifs et gestionnaires différents pour chaque niveau (central et local). Mais surtout, en lieu et place d'un face-à-face, se déroule désormais un jeu à trois joueurs, dotés de ressources, d'instruments et d'intérêts différents, qui peuvent s'allier et se défaire au gré des enjeux soulevés. Au lieu d'une remise en cause du modèle néocorporatiste, ou d'une territorialisation de cette régulation par simple substitution du département à l'État, nous verrons que le jeu néocorporatiste s'adapte à cette configuration multiniveaux. Des tentatives sont effectuées de part et d'autre pour transformer en profondeur ce mode de régulation, mais n'aboutissent pas. Le compromis historique est solidement ancré et résiste ainsi à tout changement brutal. Jusqu'à maintenant.

---

[66] Jérôme Guedj, « Faudrait-il craindre la décentralisation des MDPH ? », *ASH*, 1er mars 2013, n°2799, p. 34-35.

Chapitre 2 **Fabriquer des institutions multiniveaux**

Les MDPH sont des institutions multiniveaux

Les MDPH sont la rencontre de deux logiques aux origines différenciées : une logique de service à l'usager et une logique de transformation du gouvernement. Le fonctionnement de ces institutions traduit cette tension entre ces deux logiques. Nous voudrions maintenant nous arrêter sur une deuxième tension structurant le travail et le fonctionnement des MDPH, deuxième tension qui ne recouvre pas la première opposant « gouvernement » et « usagers ».

Deux niveaux + deux tensions

Les MDPH dépendent des relations entre un niveau local (État : DDCS, DIRRECTE…, département, associations) et un niveau national (État central : DGCS, CNSA), départements (ADF, Parlement), Associations (Fédérations). Cette deuxième tension ne recoupe pas la tension précédente.

L'existence des MDPH résulte de l'agencement de deux objectifs (usager/administration) et des relations centre-périphérie construites autour de quatre liens possible :

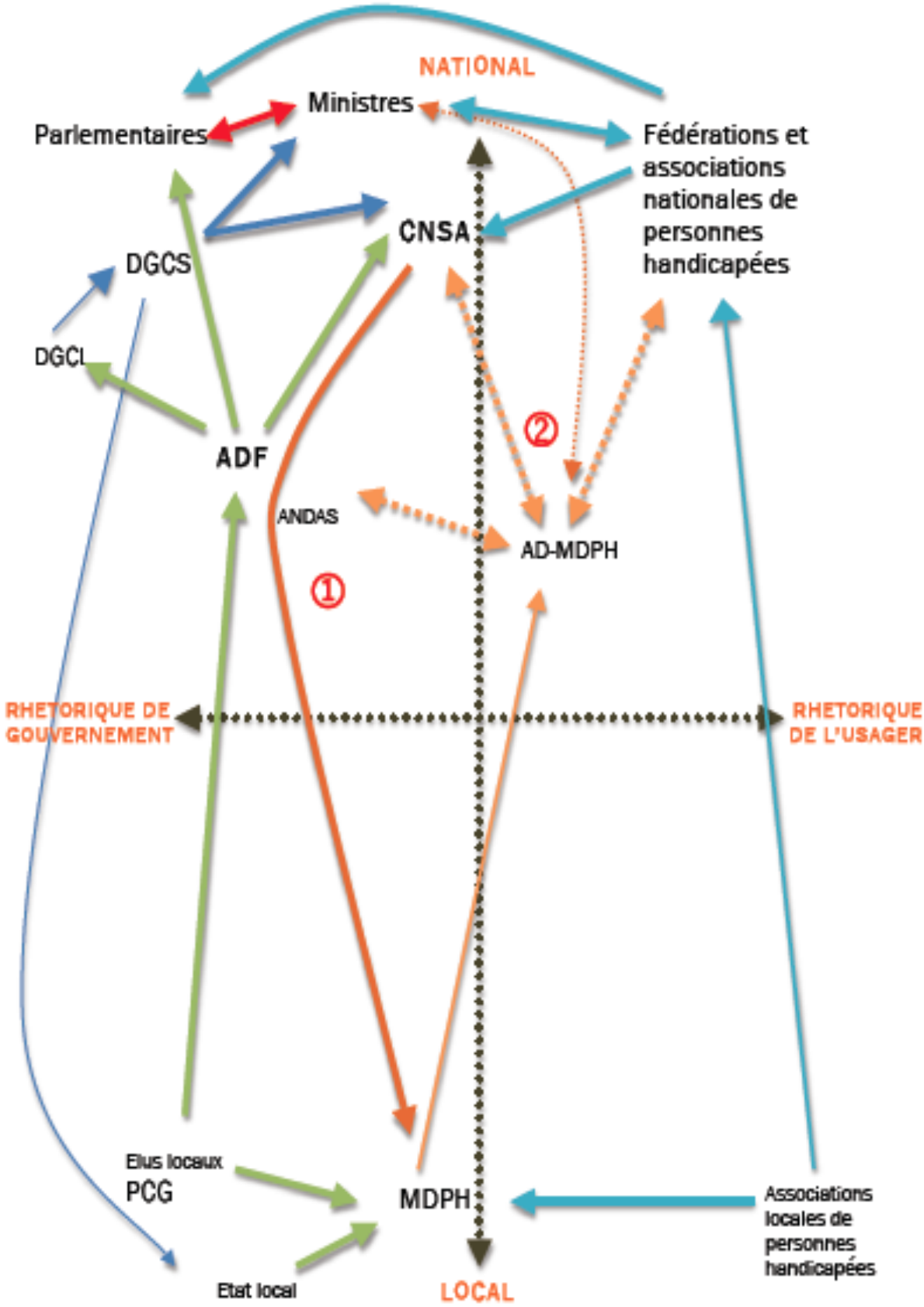
- *Des liens administratif :* État local / État central,
- *Des liens institutionnel :* collectivités locales / État central,
- *Des liens politiques :* élus locaux / parti – élus locaux / élus nationaux[67],
- *Des liens partisans :* droite/gauche.

Dans ces espaces possibles de circulation, des points de passage obligés dessinent **des voies d'accès au centre**, comme les sessions de formation de la CNSA ou les prises de position de l'Assemblée des Départements de France. D'autres essayent de s'imposer (l'AD-MDPH). Le schéma suivant (*Les voies de circulations dans l'espace multiniveaux du handicap*) essaie de rendre compte de l'existence, en fonction de ces points de passages obligés, de trois voies de circulations local/national partiellement indépendantes les unes des autres :

---

[67] Du fait de la possibilité de cumul des mandats en France, les élus locaux ont aussi souvent des mandats nationaux. De fait, des élus locaux peuvent se servir de ces mandats pour préserver les finances du niveau de collectivité dont ils sont aussi responsables. Cette tension entre mandats local et national laisse toutefois paraître différents profils de carrière. Certains élus sont davantage des « notables professionnalisés », attentifs à la préservation de leur capital local. D'autres élus sont davantage des « professionnels de partis », attentifs à la valorisation de leur capital sur la scène nationale. D'autres espaces que le Parlement peuvent aussi servir à assurer la circulation des revendications de l'espace local à l'espace national, comme le Comité des Finances locales (Le Lidec, 2007).

- **Les voies de circulation dans l'espace du handicap**



- le ***circuit associatif***,
- le ***circuit « handicap »*** (MDPH/CNSA)
- le **circuit politico-administratif** (qui réunit les agences, les directions d'administration centrale, les élus locaux et nationaux (qui peuvent être des personnes identiques).

Ces trois circuits distinguent donc des capitaux et des positions différentes. Mais **leur existence même est l'objet d'une vive lutte**.

Le **circuit politico-administratif** (bleu foncé/vert clair) s'efforce de contester la légitimité de l'existence du circuit handicap (CNSA/MDPH) et surtout l'existence de l'AD-MDPH. Ce circuit politico-administratif conteste également la légitimité des fédérations nationales de personnes handicapées. Ces fédérations nationales de personnes handicapées trouvent surtout des appuis auprès des élus nationaux et des ministères, davantage qu'auprès des élus locaux et de leur association (ADF). A l'inverse, l'ADF et les élus locaux cherchent à diviser le mouvement associatif, en opposant d'un côté les fédérations nationales, jugées non représentatives (« le lobby des handicapés » nous dit E207 de l'ADF) et, de l'autre, les associations locales qui dépendent des financements du CG (la « tarification établissement ») pour leurs établissements et qui passent pour être moins revendicatives au niveau local.

A l'inverse, le « **circuit handicap** » a pu jouer de ressources nationales (un accès aux ministères) pour essayer de concurrencer les réseaux politico-administratifs montants (PCG-ADF / DPAPH-ANDAS). La question même de la reconnaissance de l'AD-MDPH a fait l'objet d'une hésitation de la part des ministères. Ceux-ci ont longtemps traité uniquement avec l'ANDAS (jugée plus représentative, car autorisée par les présidents des CG et l'ADF à porter leur parole). La seule reconnaissance de l'AD-MDPH impliquait déjà la reconnaissance d'une forme d'autonomie des MDPH. Les relations de l'AD-MPDH avec les instances nationales politiques et administratives sont ainsi marquées en pointillés dans la mesure où, longtemps contestées, elles ne sont stabilisées que depuis peu et loin d'être encore formalisées. La relation avec les fédérations de personnes handicapées est également en pointillées car elle est récente (audition de l'AD-MDPH devant le CNCPH en janvier 2013) et n'est absolument pas formalisée.

Cette perspective permet de montrer que l'action publique se situe à deux niveaux (local/national) mais aussi en fonction de deux objectifs (usager/administration). Ces deux éléments ne se recoupent pas et peuvent s'associer de façon différente, donnant ainsi naissance à des **registres de justification de l'action qui nous intéressent moins pour la légitimité qu'ils peuvent revendiquer que pour la hiérarchisation dont ils sont l'objet en fonction de la position occupée** (géographique et politique). Le tableau ci-dessous essaie de rendre compte des modes de présentation de ces institutions en fonction des positions occupées (pour des acteurs administratifs et politiques) :

▪ Action multiniveaux et logiques d'action publique

	Logique de l'usager	Logique de gouvernement
Local	Participation des associations Proximité	Contrôle des finances publiques
National	Participation des associations Égalité de traitement	Respect des procédures

Ainsi, un acteur positionné nationalement, plutôt du côté des dépenses publiques, aura tendance à insister sur la nécessité de défendre les procédures établies par la loi, quand bien même l'application stricte de la loi peut générer des différences de traitement compte tenu des spécificités territoriales. A l'inverse, un acteur local s'efforçant de tenir compte de la rhétorique de l'usager définira la MDPH comme un espace de proximité. Un acteur local davantage positionné du côté de l'administration insistera sur la nécessité de contrôler les dépenses publiques : la décentralisation en ce cas peut amener à réaliser des économies (intégrées comme un service du CG, les MDPH ne demanderaient plus aux CG de verser plusieurs taxes de personnel). C'est ainsi un discours financier que tient spontanément un VP de CG, président de COMEX dans le département D, interrogé sur le point de savoir ce que représentent (sans davantage de précision) les politiques du handicap dans son département :

> E148-D VP CG, Président COMEX
>
> Q : J'aurais voulu savoir ce que représentaient les politiques du handicap dans les politiques sociales du conseil général. Quelle importance ça a le handicap pour le conseil général ? Parce qu'en 2005, l'État vous a confié, pas complètement, la gestion de cette politique, comment vous l'avez vu arriver ? Quelle a été votre réaction par rapport à cette décentralisation partielle de cette politique ?
>
> R : Je n'étais pas vice-président chargé des solidarités à l'époque et je ne le suis que depuis le dernier exercice électoral, donc ça fait un an que je suis vice-président avec une délégation sur l'ensemble du secteur des solidarités. Donc un peu difficile d'évoquer les choses rétrospectivement. Alors, je n'ai pas en tête les volumes financiers.

Toutefois, ces registres de justification ne sont pas monopolistiques et évidents. **Ils sont l'objet de luttes de classement**. Ainsi, nous l'avons dit, les départements contestent à l'État le fait qu'il puisse être le seul ou le mieux placé pour assurer l'égalité de traitement.

E205 - ADF

Tous les rapports montrent depuis trente ans que la décentralisation n'a pas accentué les disparités, et les a plutôt réduites. Et que les départements mettent plus que ne mettait l'État.

Je veux aussi rassurer les associations qui craignent que les inégalités territoriales soient accrues. La gestion par l'État ne garantit pas plus l'égalité. Ne nous voilons pas la face. Il suffit de regarder les écarts dans la répartition du nombre de policiers au sein d'une même région comme l'Île-de-France. Et du temps des COTOREP, l'égalité n'était pas non plus garantit. Je crois au contraire que la gestion des MDPH par les conseils généraux avec les règles de gouvernance que je propose permettra le meilleur service aux personnes en situation de handicap, en toute transparence et avec tous les acteurs concernés.[68]

De même, le qualificatif de « proximité » (qui est un mot d'ordre et un registre valorisant des fonctions territoriales) peut être une assignation de rôle. Ce sont ainsi les acteurs nationaux qui valorisent le fait de confier cette mission aux acteurs territoriaux, mission qui revient en réalité à effectuer ce qui est perçu comme le *dirty work* de l'administration : le travail de gestion quotidienne des usagers.

Mme Marie-Anne Montchamp : La création d'un tel guichet constitue un point central du projet de loi, qui confie au département cette lourde responsabilité de la proximité.[69]

Une perspective multiniveaux permet de mettre en évidence la circulation des acteurs, des idées, des savoirs, des expertises et des financements d'un niveau à l'autre, mais également de s'interroger sur la possible autonomisation de ces différents niveaux. **Au moins autant qu'un statut juridique, la décentralisation est également la mise en place de nouveaux réseaux de circulation, internes au département, et non plus centre/départements ou départements/départements**. Elle peut ainsi correspondre à **l'autonomisation de chaque scène locale** par rapport à ses équivalents locaux et surtout par rapport au centre. Cette autonomisation peut se donner à voir dans les circulations des acteurs. Cette autonomisation des différents niveaux d'action peut également se révéler dans l'autonomisation des différents objectifs dont les MDPH sont le produit. Les débats autour de l'Acte III de la décentralisation se sont focalisés sur la question de la forme de gouvernement, indépendamment des performances des institutions : les arguments étaient financiers, de simplification et de gestion. C'est la mise en évidence de l'autre logique (la logique usager – sous l'angle de la participation des associations) qui a remis en cause le projet de décentralisation.

De par l'existence de ces circulations, **les MDPH sont des institutions multiniveaux.** De ce fait, **leur devenir des MDPH ne dépend pas uniquement de leurs performances** sur la première tension évoquée, c'est-

[68] Jérôme GUEDJ, *art. cité*, p. 35.

[69] Sénat, compte-rendu intégral des débats, 2e lecture, 19 octobre 2004 : http://www.senat.fr/seances/s200410/s20041019/s20041019003.html#SOM13

à-dire du fait qu'elles sauront résoudre l'équation du *joined up government* ou qu'elles seront efficaces dans le service à l'usager (et ce, d'autant plus que ces impératifs sont doubles : contrôle des dépenses / respect de l'esprit de la loi ; rapidité de traitement / égalité de traitement). **Le sort des MDPH dépend également des évolutions affectant la configuration des rapports centre/périphérie**, configurations qui se joue sur des objectifs également différents : maîtrise des finances publiques / respect des procédures.

La question est de savoir si ces deux axes de tension sont entrecroisés et interdépendants, ou s'ils sont indépendants. Le fait que la suppression des MDPH sous forme de GIP ait pu être envisagée au seul titre de la maîtrise des dépenses publiques (un GIP oblige les départements à payer les taxes sur salaires) permet de penser que l'interdépendance entre ces deux niveaux n'est pas naturelle, mais qu'elle est le résultat d'un travail politique, mené par des entrepreneurs intéressés par la construction de cette interdépendance. A l'inverse, la destruction des liens ascendants ou descendants entre les niveaux locaux et nationaux est tout autant le travail d'entrepreneurs qui veulent limiter le nombre de circuits contrariant leur emprise sur le dispositif GIP-MDPH.

Les MDPH ne peuvent se saisir que dans une perspective multiniveaux. Il ne s'agit pas ici d'une précaution de recherche visant à différencier les focales sur un même objet (Belorgey, 2012), mais de saisir un seul objet qui se déploie et est déterminé par l'enchevêtrement de différentes scènes. La structure multiniveaux contraint à opter pour une perspective se déployant tant dans les arènes nationales qu'au guichet d'accueil.

L'apport d'une perspective multiniveaux est de nous donner un modèle nous permettant de comprendre et de décrire trois phénomènes majeurs qui affectent ce type de configurations. Selon Leibfreid et Pierson (1998, p. 28–30), ce type de configuration génère des institutions caractérisées par trois traits essentiels :

- « **Des compromis passés au plus petit dénominateur commun** » : Les accords qui structurent les échanges et les légitimités entre les différents acteurs sont volontairement passés sur des bases floues pour rendre possible la coopération entre des acteurs soutenant des logiques fortement différenciées, voire incompatibles (Verdier, 2008)
- « **La constitution de protections institutionnelles** » : Les institutions qui participent de cette configuration disposent de ressources qui leur permettent d'ériger d'importantes protections contre toute remise en cause de leur participation au dispositif (en mobilisant une logique qui est incommensurable – car incompatible – à celle défendue par les autres institutions avec lesquelles l'espace multiniveaux est construit : par exemple : les droits d'un enfant polyhandicapé face à l'impératif de réduction des dépenses publiques)
- « **La recherche d'itinéraires de secours** » **:** stabilisé par les compromis originaux, difficilement modifiables (sauf de façon « graduée »), ces institutions ne peuvent pas être modifiées par les procédures prévues à cet effet qui nécessiteraient de soulever un grand nombre de points de veto et de résistances possibles. En ce

sens, ces modifications ont lieu en ayant recours à des itinéraires raccourcis, dans des fenêtres d'opportunité spécifiques, permettant à des circuits courts et décisifs (leadership présidentiel, configuration électorale) de donner pendant un temps bref une prévalence forte à certains types de ressources (ressource politique, accès au centre politique national).

Nous aurons l'occasion de revenir dans la troisième partie sur ces propriétés reconnues aux institutions multiniveaux. Nous voudrions pour l'instant montrer comment ce type de structure a pu émerger, alors même qu'elle correspond peu au type de relations centre-périphéries que la France avait pu initier par le passé. C'est pourtant en partie le passé et la stabilité des protections conquises de longue date par les parties prenantes de cet espace qui explique l'émergence de cette construction à plusieurs étages. Nous voudrions ici nous pencher sur les entrepreneurs et les instruments qui permettent à ces différents niveaux de communiquer.

Deux points doivent être notés : ces niveaux parviennent à interagir de par l'action d'entrepreneurs intéressés à/par la construction de ces interactions. Ces interactions reposent des échanges de savoirs (savoir faire et informations statistiques).

Faire circuler les acteurs

Il ne s'agit donc pas de considérer que ces différents niveaux se juxtaposent, mais qu'ils sont en interaction. Notre étude nous a permis d'observer certaines de ces interactions, essentiellement à travers les prises de positions de l'ADF, de l'AD-MDPH, à travers l'existence de forums de discussions plus ou moins officialisés (des listes mails), des relations personnelles, mais aussi au sein de « groupes utilisateurs » de progiciels de gestion (dans ce cas les rencontres ont lieu en fonction du fournisseur de logiciel), des espaces institutionnels (comme les réunions de directeurs de MDPH organisés par la CNSA deux fois par an, avec la participation de l'ADF) ou encore des formations de personnels organisés par la DGCS et la CNSA (à propos de la mise en place de « l'arbre de décision » à l'automne 2011).

Nous allons privilégier une analyse des conditions qui rendent possibles ces circulations et la fabrication de ces forums plus ou moins institutionnalisés. Ces interactions n'ont rien d'évidentes. Elles sont le produit d'une activité spécifiquement politique qui vise **à fabriquer ces réseaux, à obtenir l'autorisation d'y circuler et à construire l'autorité des savoirs qui y sont prodigués**.

Fabriquer les réseaux

Le travail de la direction de la compensation de la CNSA que nous avons étudié dans le cadre de ce rapport vise spécifiquement à **fabriquer ces réseaux** [élément noté ① sur le schéma des *voies de circulation*]. Caisse de financement, la CNSA remplit également une mission d'appui technique aux MDPH. Sa position d'agence lui interdit l'usage d'outils contraignants. Elle

peut donc essentiellement s'imposer comme un centre d'expertise qui deviendrait incontournable parce qu'il disposerait d'un savoir-faire unique. L'usage des savoirs est bien étudié dans les agences (Buton and Pierru, 2012 ; Schrefler, 2010). La production d'expertise et le recours à des savoirs techniques dépolitisés permet à ces agences d'éviter de sortir du périmètre restreint qui leur est confié, qu'elles doivent conquérir et qui suppose de renoncer à la formulation explicite de préférences sur des options (formule du GIP, choix du système d'informatisation).

> EXXX-CNSA[70]
>
> Q : Mais [le texte sur la décentralisation] été quand même, pour la CNSA, un objet de négociation avec les départements ?
>
> R : C'est pas nous qui négocions, c'est le cabinet. Donc les négociations se font au niveau politique sur un sujet comme celui-là. On n'est pas des négociateurs directs. Les vrais négociateurs, là, c'est le politique, donc c'est le cabinet et c'est le ministre. C'est logique. Donc, nous, on fournit des informations, on répond aux questions… Vous voyez ? On est plus dans cette logique d'appui. Mais on n'est pas négociateur.
>
> Q : Donc vous êtes invités à la table en tant que…
>
> R : Éventuellement, aux cas échéants, quand il faut, pour répondre aux questions, quand il faut des informations. Mais on n'est pas en position de négociation directe. Souvenez-vous qu'on a un positionnement par rapport à l'État qui est : nous ne sommes pas une administration centrale, ni un cabinet ministériel, donc nous ne sommes pas un organe politique. Nous sommes moitié opérateur, moitié caisse, moitié agence – on est un peu tout ça à la fois –, mais on est donc intermédiaire entre les acteurs nationaux (parlement, gouvernement, ainsi de suite) et puis les acteurs locaux. Donc c'est notre position d'intermédiaire qui est intéressante, à la limite, dans notre fonctionnement original, mais, du coup, on n'est pas des négociateurs sur des changements de loi. Donc on peut venir en appui, on peut répondre à des questions – fournisseur d'informations, fournisseur d'éclairages –, mais on n'est pas négociateur direct.
>
> Q : Est-ce que la CNSA a défendu une position particulière, sans négocier ?
>
> R : Non. La CNSA n'a pas de position sur le sujet. À la limite, elle n'a pas en avoir, c'est-à-dire qu'il faudrait que ce soit une position de son conseil et, ça, c'est très compliqué – compte tenu de ce qu'est le conseil…
>
> Q : De ce qui le compose.
>
> R : Voilà. S'il fallait une position unanime du conseil sur le sujet – enfin « unanime », majoritaire – ce serait compliqué. On n'a pas fait voter notre conseil sur ce sujet-là, et d'ailleurs, il n'a pas à voter là-dessus. Vous voyez ce que je veux dire. Donc chacun des acteurs va avoir son rôle à jouer. Les associations, là où elles en ont envie, quand elles sont à l'intérieur du CNCPH, quand elles sont réunies en comité d'entente, ça, c'est à ces endroits-là que les choses vont pouvoir se dire et s'exprimer (chacun peut y aller de son communiqué de presse. Mais, en fait, c'est pas nous-mêmes qui pouvons conduire ce débat. Il ne faut pas se tromper sur notre positionnement. On n'est pas un organe politique.

Cette mission d'appui technique (la diffusion de « bonnes pratiques ») est dépendante d'autorisation de circulation. Ainsi, aux réunions de coordination qui sont organisées plusieurs fois par an, ce sont souvent les mêmes MDPH qui ne participent pas :

[70] Entretien réalisé début janvier 2013.

E157-CNSA

Q : Celles qui ne viennent pas c'est pour des raisons de déplacement ?

R : Alors, c'est pas toujours les mêmes. Faut quand même savoir qu'en vrai on en touche un peu plus. On en a sur des raisons de déplacement – la personne en [département lointain] me l'a dit clairement, les DOM pareil (les DOM viennent quand même, on en voit quand même assez souvent). Après, on a des questions de temps et puis, après, il peut y avoir un directeur qui est moins favorable à cette démarche-là.

Q : Parce que y'a des appuis CG comparables ?

R : Pas nécessairement. On n'a jamais creusé vraiment pourquoi les gens ne venaient pas. On sait qu'on a des MDPH qu'on a perdues et retrouvées en fonction de qui était le directeur, qui était le DGA au CG, parce qu'on avait un interlocuteur, on l'a un peu perdu, le directeur de la MDPH met un peu de temps à être remplacé, donc voilà, on peut aussi perdre ça. Et puis, on a des MDPH qu'on ne voit que sur des points précis. Je pense à [département Y], pendant longtemps, on a un peu perdu de vue le directeur, on avait du mal à obtenir les remontées d'informations, les rapports d'activités, par contre, ma collègue ergothérapeute est en contacts très fréquents avec l'ergothérapeute de la MDPH de [Y], donc on ne les a pas complètement perdus de vue, mais sur des questions très techniques, très précises.

Cette animation de réseau occupe un poste entier au sein de la direction de la compensation de la CNSA, et est aussi partagée ensuite par métier entre les différents cadres qui composent cette direction. Cette animation de réseau entend également permettre les échanges horizontaux, sans passage par la CNSA, en communiquant des listes mails :

E151-CNSA

Q : C'est compliqué, pour vous, d'animer un réseau sans avoir qui est dedans, qui en sort ?

R : Non, à la rigueur. Je ne dirais pas « compliqué ». C'est vivant. C'est du sang neuf aussi. À un moment, ça évite de tourner en rond. Mais c'est comme dans toute animation de groupe, voilà. C'est aussi pour ça que je pense qu'il y a une amélioration à avoir sur cette partie accueil des nouveaux. On a essayé de constituer un annuaire des coordo, y'a eu peu de retour. On avait fait une espèce de fiche en disant : « on vous la remet à tous, après, et puis ça vous permet de vous contacter, et tout »…

Ces formations visent à permettre des échanges et à favoriser l'émergence de « bonnes pratiques ». La méthode des « post-it » utilisée lors de ces réunions est caractéristique de ce type de formation par implication qui permet à partir d'échanges « libres » de montrer l'existence d'une structure de questionnement commune auquel des réponses différenciées peuvent être apportées :

E155-CNSA

R : Qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre ? Je ne sais pas, y'a rien d'autre qui a marché jusqu'à maintenant. Les circulaires, ça ne marche pas ; des lois, on en fait des tonnes, elles ne sont jamais appliquées ; on fait des réformes toutes les cinq minutes et plus personne ne sait où il va et où il avance. Donc voilà, installons les choses, installons les pratiques, donc c'est les pratiques. C'est le travail sur l'échange de pratiques. Les gens ne ressentent le sens de leur action qu'à ce prix-là. C'est ma conviction.

R : D'où les post-it.

Q : Alors, les post-it, c'est une méthode bête et méchante, je veux dire, c'est un truc qu'on apprend en com. C'est une façon de faire s'exprimer les gens et de structurer ce qu'ils expriment pour leur montrer qu'en fait, voilà, leurs axes sont là, ils s'articulent comme ça et qu'est-ce qu'on peut faire à partir de ça ? Du coup, cette méthode-là, pour moi, elle a le grand mérite d'éclairer pour eux ce qu'ils ont sous le nez et que, donc, ils ne voient plus. Quand on met des post-it sur un tableau avec ceux des autres, ils se rendent compte que la problématique qui est abordée par plein de gens, ils se rendent compte qu'elle n'est pas abordée sous le même angle et que, donc, les accroches sont différentes et puis ça les met en tension par rapport à toutes les autres problématiques auxquelles ils n'avaient pas pensé.

R : Cette méthode-là suppose quand même que, vous, vous ayez en tête au moment où vous allez développer…

Q : Faut avoir un peu de métier quand même.

Q : Non, mais il faut aussi que vous arriviez à grouper les problématiques. C'est aussi vous qui groupez les problématiques.

R : On les groupe ensemble.

Q : Mais vous avez une grille de questionnements qui est la vôtre ?

R : Globalement, mais pas que. On découvre. Justement, nous, ici, on a une grille de lecture macro qui ne couvre peut-être pas tout – de temps en temps, on découvre des axes auxquels on n'avait pas pensé et, en plus, cette grille macro s'enrichit au fur et à mesure que eux nous donnent les choses concrètes. Parce que je parle des trucs comme ça, mais si ça ne s'appuie pas sur des choses concrètes que les gens m'ont données, je n'ai rien, je ne suis pas sur le terrain.

La direction de la compensation de la CNSA s'est efforcée de construire des réseaux par poste occupé au sein de la MDPH, et non par profession « d'origine », comme des réunions de RIP (Référents Insertion Professionnelle), des réunions de responsables d'Équipes Pluridisciplinaires (qui peuvent être médecin, psychiatres, administratifs de formation) ou des sessions de réunions pour les directeurs de MDPH (qui peuvent relever de différents statuts, de différents grades et de différents types de contrat). Des tentatives ont également été entreprises pour structurer un réseau de « référents juridiques », mais sans succès. A la différence des trois postes mentionnés précédemment, le poste de « référent juridique » ne fait pas partie de ceux qui sont mentionnés de façon expresse par la loi de 2005. Ceci explique peut-être que ce réseau fut plus difficile à monter car les MDPH n'ont pas toutes mis en place ce type de fonction :

EXXX-CNSA

On avait essayé d'identifier spécifiquement sur le contentieux les personnes qui en étaient chargées dans les MDPH, on s'est construit un petit annuaire pour que les gens puissent échanger entre eux, mais on a du mal à le faire vivre parce que c'est des positionnements qui changent et on s'est rendu compte que c'était des personnes très variées qui étaient chargées du contentieux au sein de la MDPH : minoritairement des juristes, plutôt un chef de service, parfois le directeur adjoint. C'est un p'tit peu ce qu'on a eu. Ou la responsable du pôle adulte parce que cette dame-là, par ailleurs, elle a fait du droit dans une vie antérieure (sourire) et donc ils se sont dit que ça peut être elle qui se positionne là-dessus. Du coup, nous, on a demandé une personne identifiée. On a vu parfois, effectivement, que les gens qui s'occupaient des recours, de l'appui juridique ou de la conciliation, n'étaient pas les mêmes, ça, on n'a pu le voir. Mais après, quand, effectivement, c'est partagé entre

> plusieurs personnes, ça a été complètement neutre, voilà. On n'a pas tellement réussi à le faire vivre cet annuaire.

En revanche, en ce qui concerne les autres fonctions, la CNSA s'adresse directement aux personnes qui les occupent dans les MDPH :

> R : Nous, quelqu'un prend directement contact avec nous, d'une MDPH, on ne va pas aller se préoccuper de savoir si le directeur est au courant et quelle vois hiérarchique il a suivi pour nous contacter. Il nous contacte, on présuppose que…
>
> Q : De toute façon, y'a pas de voie hiérarchique entre lui et vous ?
>
> R : Voilà, aucune. Donc, nous, on répond à ses questions. C'est un coordo qui appelle, on lui dit : « tiens, on a la réunion des coordo tel jour », soit info réseau, soit un mail direct. Ce qui crée aussi entre les directeurs et nous, c'est qu'on ne s'occupe assez d'eux, pour faire simple. Je vous disais, on a le réseau des RIP, des coordo, des correspondants scolarisation, on fait vachement de trucs avec eux, on fait des groupes de travail, etc. Les directeurs, on les voit deux fois par an. Enfin voilà, je pense qu'on ne les accompagne pas assez. Les choses vont évoluer.

Ce lien direct est à même de susciter des réticences de la part des directeurs, qui eux peuvent circuler parce qu'ils occupent des fonctions de direction, à la différence des agents de MDPH, sur lesquels ils prétendent à l'autonomie.

> EC3 - AD-MDPH
>
> Après, je crois qu'aujourd'hui la difficulté de la CNSA dans ses relations avec les directeurs de MDPH, pas avec l'association des directeurs : aujourd'hui, le sentiment qu'on a c'est qu'une part, ils ont mis en place des systèmes thématiques pour, entre guillemets, « nous court-circuiter ». C'est-à-dire qu'aujourd'hui, ils rencontrent les coordo, ils rencontrent les référents insertion professionnelle, ils rencontrent les référents scolarisation, c'est bien, c'est normal. Mais la CNSA n'organise pas de retour de ces travaux-là avec les directeurs de MDPH. Ça, c'est la première chose. Moi, personnellement, ça me choque.

Être autorisé à circuler

Ces réseaux dépendent également de **l'autorisation donnée d'y circuler.** Si la littérature sur les circulations transnationales et infranationales a montré l'importance de ces réseaux non-nationaux dans la production de nouvelles formes d'administration nationale depuis la fin de la première guerre mondiale (Jacoby, 2000 ; Payre, 2011 ; Saunier, 2004, 2008 ; Vauchez, 2007), si cette littérature s'est intéressée aux capitaux détenus par les acteurs capables de circuler, elle s'est moins penchée sur les **autorisations données à ces acteurs pour y circuler**. Les acteurs qui se positionnent sur des relations centre-périphérie ou périphérie-périphérie sont des fonctionnaires. Leur positionnement dépend de l'autorisation hiérarchique d'y circuler. Le simple fait de circuler est alors l'affirmation d'une autonomie puisqu'en tant que directeur de GIP, ils n'ont pas à demander l'autorisation de circulation. L'existence de ces circuits est déjà une manifestation d'autonomie. Les débats sur l'acte III de la décentralisation posent d'ailleurs frontalement la question de l'entretien de ces réseaux de circulation. En effet, si le personnel MDPH perd son autonomie fonctionnelle en devenant un service de Conseil général, les personnels devront demander

l'autorisation de pouvoir se rendre à Paris pour assister aux réunions de la CNSA.

> E3 – CNSA (entretien conduit en janvier 2013, alors que la décentralisation totale des politiques du handicap est envisagée par l'avant-projet de loi)
>
> Q : Comment pourrait se passer une animation de réseau national dans le cadre d'une politique décentralisée ? Les directeurs de MDPH vont disparaître en tant que tels.
>
> R : Alors, ça dépend comment les départements jouent le jeu. Vous disiez même vous-même qu'il y a des départements qui ont déjà quasiment intégré la MDPH, nous, ça ne nous change rien. De fait, on invite les directeurs, ils viennent tous. On sait bien qu'il y en a déjà qui sont à trois quarts CG, d'autres ont un quart du pied dans le CG, d'autres qui sont complètement indépendants. Quand ils sont en train de travailler avec nous, ça ne change rien. Quand vous les voyez dans la salle, si vous abordez un sujet politique, effectivement, on peut comprendre où ils sont situés ; si vous abordez un sujet plus concret, plus technique, ça n'a pas d'importance pour nous. Donc, en fait, si on revient au principe qu'on n'a pas de rôle politique à jouer, ça peut être indépendant. Tout dépend comment les conseils généraux jouent le jeu.
>
> Q : La participation des futurs directeurs de service va dépendre exclusivement de la bonne volonté du CG de vouloir envoyer leur…
>
> R : C'est ça qui va être différent. *Alors que jusqu'à maintenant, les directeurs de MDPH, quand on leur proposait de venir à une réunion, ils ne demandaient pas forcément l'avis du CG. Peut-être que dans certains cas ils le demandaient, mais dans d'autres cas, ils étaient libres et ne le demandaient pas* (nous soulignons).

De même, au sein de l'administration centrale, du côté de la DGCS, le travail d'animation de réseau assurée par la cellule DGCS dédiée aux MDPH serait remis en cause par une telle décentralisation.

> E207-DGCS
>
> Puisque l'État avait pour objectif l'égalité de traitement des demandeurs, on imagine bien qu'en décentralisant on ait tout ce qui a été fait depuis un an et demi : on le met à la poubelle parce que ça n'aura servi à rien.

Le simple fait de circuler étant une marque de reconnaissance de l'autonomie – quel que soit le contenu des éléments mis en circulation au cours de ces échanges -, il n'est pas étonnant que le débat ait été pendant longtemps, à propos de l'AD-MDPH, sur le point de savoir si l'AD-MDPH pouvait être reçue en tant que telle [élément noté ② sur le schéma]. Les membres du bureau de l'association racontent ainsi que la CNSA a eu une position ambivalente vis-à-vis de l'association. Le premier directeur de la CNSA (Denis Piveteau) a pu recevoir l'Association en tant que telle, ce que son successeur Laurent Vachey se serait abstenu de faire, politique remise en cause par Luc Allaire, directeur nommé le 1er août 2011 :

> EC3 – AD-MDPH – Entretien réalisé en décembre 2011
>
> Donc, nous, on existe depuis 2007. Il y a eu, je dirais, une première période qui était : du côté de la CNSA, c'était Denis Piveteau, le premier directeur de la CNSA qui, lui, a accepté de recevoir l'association en tant qu'association. Donc, de nous écouter sur ce que nous avions à apporter comme analyse, comme point de vue, comme demande, voire comme revendication sur les textes futurs. Ça, je dirais, du côté CNSA, c'est une période de reconnaissance. Cette période-là était suivie d'une période de négation de

> l'existence de l'association qui correspond au départ de Denis Piveteau et à l'arrivée de son successeur. Cette période de négation a été explicitée par la CNSA par le fait que l'interlocuteur de la CNSA pour ce qui concerne les MDPH c'était l'ADF. Donc l'association n'avait pas de légitimité à apporter une parole auprès de la CNSA. Donc le deuxième directeur de la CNSA : « écoutez, moi, voilà, je discute avec l'ADF. Ce sont les départements qui ont la tutelle administrative et financière des MDPH, donc c'est mon interlocuteur, donc je ne discute pas avec l'association ».

L'association a pu obtenir le droit de circuler **en jouant des rivalités et des entrées multiples qu'offrent ces structures multiniveaux, qui multiplient les points d'accès et favorisent les multipositionnalités**. Profitant du fait que l'un des directeurs avait travaillé au cabinet de la ministre, mais aussi de l'intermédiation d'acteurs positionnés à l'intersection des champs associatifs, administratifs et politiques (Patrick Gohet), profitant des conflits politiques (partisans et financiers) entre l'ADF et le gouvernement du fait du non-acquittement de la dette de l'État, l'AD-MDPH a pu obtenir des rendez-vous avec les instances ministérielles. L'AD-MDPH a également été entendue par le Parlement lors des auditions préalables à la PPL Blanc.

> E50 - Entretien avec Christine Dupré, ancienne présidente de l'ADMPDH[71].
>
> Q : LA CNSA refuse de vous recevoir. Et la DGCS ?
>
> R : Non plus.
>
> Q : Le ministère ?
>
> R : Le ministère oui.
>
> Q : La DGCS ne vous reçoit pas, mais le ministère oui ?
>
> R : Voilà, on est reçu par les parlementaires, on a été reçu par les différents ministres, même si la dernièrement, ils ont pris du recul. Mais Mme Montchamp, quand je l'ai vu il y a quelques mois, on a toujours reçu, chez Mme Morano, Xavier Bertrand, il m'a téléphoné quand on fait le rapport sur les dettes, il m'a téléphoné, il m'a dit : « je n'ai pas peur de votre association », je lui ai dit « mais c'est bien normal, on va travailler ensemble » : il n'y a pas une mission parlementaire, j'ai travaillé avec le Sénateur Blanc, on a toujours travaillé avec les équipes politiques, mais on travaille avec les politiques, mais pas avec les administrations. J'ai travaillé avec l'ADF.
>
> EC3 – AD-MDPH
>
> Le fait que la secrétaire d'État, d'un seul coup, accepte de recevoir l'association des directeurs de MDPH, en direct, avec l'intercession de Patrick Gohet, vis-à-vis de la DGCS et de la CNSA, ils se sont dit : « qu'est-ce qu'il se passe ? D'un seul coup, ils arrivent à forcer la porte de la ministre.

Fondés sur des compromis incertains du fait de la nécessité de convaincre des acteurs défendant des intérêts contradictoires, les possibilités d'alliance peuvent être multiples et n'opposent pas de façon continue les mêmes blocs. A l'inverse, les positions et les coalitions sont extrêmement changeantes, dans le temps mais aussi simultanément, en fonction des enjeux traités. Ainsi, si l'AD-MDPH et l'ADF sont aujourd'hui adversaires en ce qui concerne le format juridique des MDPH dans le débat sur l'acte III de la décentralisation, c'est en partie la reconnaissance par l'ADF dans la lutte

[71] Entretien réalisé en décembre 2011. Au moment de l'entretien, Christine Dupré n'est plus présidente de l'AD-MDPH. Elle vient de quitter ses fonctions de directrice de la MDPH77.

contre la CNSA et la DGCS qui cherchaient à imposer les CPOM dans le courant de l'année 2011, qui a permis à l'AD-MDPH d'être reconnue comme une partenaire à part entière :

> EC3 – AD-MDPH
>
> Jean-Pierre Hardy, qui est le chef du bureau des politiques sociales de l'ADF, est venu participer à la matinée de réflexion, est intervenu pour l'ADF sur le positionnement et le questionnement de l'ADF sur les CPOM. C'était vraiment un travail en collaboration saine et sereine. Je crois que du côté de la CNSA et de la DGCS, depuis cette journée-là, ils nous regardent différemment : « Ils ont réussi à se rapprocher de l'ADF et y'a visiblement, sur le sujet des CPOM en tout cas, une vraie communauté de points de vue sur les enjeux des CPOM et sur les points de vigilance ».

Le simple fait de circuler étant déjà une marque de reconnaissance de l'autonomie, autonomie qui est conférée uniquement par le GIP, l'association ne pouvait être perçue que comme une association de défense du statut GIP – ce qui lui a été longtemps reproché : seul le statut GIP offre en effet aux directeurs l'autonomie qui leur permet de circuler :

> EC3 – AD-MDPH
>
> Moi, en ce qui me concerne, pour le coup, ça ne me choque pas [de dire] que l'association des directeurs de MDPH est défenseur du GIP parce que le GIP c'est quand même, enfin, on est bien quand même dans la logique, dans la philosophie de la loi de 2005 qui a imaginé ce type de fonctionnement et cette coresponsabilité, justement, qui confère une autonomie, notamment, à la mission d'évaluation (c'était pas le cas avant) et ce qui, je dirais, protège logiquement le droit des usagers et les met à l'abri, je dirais, des velléités, soit de l'État, soit des collectivités locales, de maitriser ou de limiter des accès aux droits. Donc, moi, ça me semble extrêmement important.

Cette condition de circulation détermine dans le même mouvement le type de position que l'AD-MDPH occupe dans l'espace des circulations. Ceci explique pour partie l'association que fait l'AD-MDPH, dans l'extrait précédent, entre GIP et défense des droits des usagers. Barrée par l'ANDAS et par l'ADF qui défendent des positions plus « intégrationnistes » pour les MDPH, l'AD-MDPH s'est retrouvée incitée à se positionner davantage sous l'angle de la protection des droits des personnes handicapées, et à se rapprocher – sur la question du format juridique – des associations de personnes handicapées en mobilisant la rhétorique de l'usager contre celle du gouvernement tenue par les PCG, l'ANDAS et l'ADF :

> EC3 – AD-MDPH
>
> D'abord, dans l'histoire, on a eu un moment donné la question du positionnement de l'association par rapport à l'ANDAS (l'association des DGA d'action sociale). Un certain nombre des directeurs de MDPH avaient adhéré à l'ANDAS en se disant assez naturellement, au début, ça semblait : « tiens, pourquoi pas rejoindre », comme l'ANDAS a un champ assez élargi – c'est pas que les DGA : les cadres d'action sociale peuvent adhérer. Donc les directeurs de MDPH ont dit : « pourquoi pas nous retrouver au sein de l'ANDAS. C'est lié au statut et y'a eu deux temps dans l'histoire. Y'a eu le premier temps que je suis en train d'évoquer où l'ANDAS a dit : « les directeurs de la MDPH, je n'en veux pas ». On nous a traités par le mépris et là aussi je pèse mes mots. Ils ont dit : « non, non, les directeurs de MDPH, allez vous faire voir », pour les directeurs de MDPH qui n'étaient que directeur de MDPH. Car, là aussi, quand on parlait tout à l'heure de l'indépendance, de l'autonomie, de la

> marge de manœuvre, évidemment, au travers du statut du directeur, selon que le directeur n'est que directeur de MDPH ou qu'il est aussi directeur PAPH du CG, voire DGA action sociale du CG, c'est différent. C'est-à-dire que quand il est aussi directeur PAPH ou DGA, il peut être à l'ANDAS. Mais quand il n'est que directeur de la MDPH, au début, il ne pouvait pas. Après, on ne se retrouvait pas vraiment dans l'approche de l'ANDAS (sourire), donc l'association a émergé.

Ne pouvant être intégrée en tant que tels, l'AD-MDPH s'est donc autonomisée et s'efforce d'obtenir une reconnaissance institutionnelle qui lui permettrait de faire entendre la voix du GIP – qui n'a pas d'avocat au sein de l'espace politico-administratif. Cette reconnaissance est passée par l'alliance avec les fédérations nationales de personnes handicapées mais aussi par la production de savoirs.

L'autorité des savoirs circulants

L'AD-MDPH s'est ainsi efforcée de produire une expertise propre au fonctionnement du monde du handicap, expertise dont le secteur était jusqu'alors privé. L'AD-MDPH affirme ainsi sa capacité à produire des formations relatives au métier de directeur dont elle s'efforce de préciser la spécificité :

> E50 – Christine Dupré – ex-AD-MDPH
>
> Notre association a monté un programme de formation des directeurs avec le CNFPT. On a élaboré un programme de formation initiale des directeurs de MDPH. Et donc j'étais à l'INET, je leur envoie le programme et, pas de nouvelles. (...) Il n'y a pas de formation, il n'y a pas de module complet de formation au métier de directeur de MDPH.

L'INET aurait voulu scinder la formation en deux, la partie stratégique étant conservée à Strasbourg, la partie technique était dispensée à l'ENACT d'Angers. La fonction de directeur, à la fois dans le management, mais aussi sollicité dans la résolution des problèmes de guichet, ne pouvait aux yeux de l'AD-MDPH être ainsi enseignée. Le CNFPT organise des stages sur les MDPH qui s'adressent aux directeurs de MDPH, aux directeurs de CCAS et de CCIS, mais ne constituent pas une formation spécifique au métier de directeur, réservé à ce type de publics[72]. L'absence de reconnaissance de formation pour cette fonction traduit l'idée que la fonction de directeur n'est pas complètement un « métier » exigeant des savoirs spécifiques et l'occupation d'un rôle spécifique : il s'agit d'un métier de direction du social comparable à d'autres – que le statut de GIP ne rend donc pas différent des autres.

Enfin, ces réseaux constitués, les acteurs autorisés à circuler, **les savoirs qui y sont forgés et/ou transmis doivent pouvoir être utilisés dans l'action quotidienne des services**. Pour ce faire, il faut que **ces savoirs soient reconnus.** Ce dernier point est bien entendu le plus délicat à saisir. Les résistances affichées en entretien peuvent laisser place en pratique à des

---

72 https://www.espacepro.cnfpt.fr/fr/agents/Catalogue/DetailStage/index/fiche/32_2IC00-Les-Maisons-D%E9partementales-Des-Personnes-Handicap%E9es-(MDPH)-(Itin%E9raire-Accueil-Et-Int%E9gration-Des-Personnes-En-Situation-De-Handicap)/num_stage/13458

comportements en réalité plus conformes aux préconisations des têtes de réseau national.

> E164-C Responsable Pôle Évaluation
>
> J'aime bien ces temps d'échange [dans les réunions de coordinateurs EP]. C'est très rigolo. Y'a les bons élèves, y'a les choses convenues, implicites – le GEVA : on est régulièrement interrogé : « vous utilisez le GEVA ? ». On dit tous « oui », et après, on se tourne vers son voisin : « tu l'utilises vraiment ? » - « non. Il faut dire oui ». C'est très marrant. Et en même temps, il y a des échanges intéressants

A l'inverse, des discours enregistrés peuvent être plus conformes aux préconisations que ne le sont les pratiques. Enfin, il peut être délicat d'évaluer le degré de changement sur les pratiques, dans la mesure où les « bonnes pratiques » préconisées, notamment par la CNSA, sont issues d'un échange de pratiques entre agents de MDPH. La CNSA n'entend promouvoir aucune pratique spécifique, mais simplement promouvoir des « bonnes pratiques ». De fait, les méthodes d'enquête utilisées – mais il est difficile de trouver une méthode qui permettrait de montrer l'influence des « bonnes pratiques » autrement que par du déclaratif – ne permettent pas de conclure à la diffusion de ces pratiques. En revanche, nous pouvons montrer que ce type de formation et de diffusion des connaissances correspond à un mode spécifique de gouvernement du secteur par la CNSA. Nous pouvons également montrer que, indépendamment de la transformation réelle des pratiques, le discours tenu par la CNSA et les espaces de dialogue qu'elle offre peuvent constituer des ressources qui permettent *in fine* aux directeurs de MDPH d'affirmer une position « nationale » face à des impératifs locaux. Un certain nombre de controverses évoquées en entretien constituent autant de traces de l'utilisation stratégique des pratiques et des informations fournies par la CNSA ou obtenues lors d'échanges réalisés lors de sessions CNSA dans des conflits avec des tutelles locales. De même, des conflits peuvent émerger au sein des équipes MDPH en fonction de leur participation ou non à des espaces plus larges de circulation d'information. Ainsi, dans le département B, un conflit assez violent oppose la référente PCH, connue au sein de la CNSA, ancienne permanente associative et experte des tarifs PCH à des équipes locales travaillant au sein de Maisons du département, chargées de remplir localement des évaluations de PCH, placées sous la hiérarchie du Conseil général et non de la MDPH, n'ayant que peu de liens physiques avec le siège de la MDPH et ne participant jamais aux réunions de la CNSA.

A quoi tiennent les interactions entre les niveaux ?

L'existence de ces circulations est donc l'objet de luttes politiques et peut être décrite comme la conséquence du travail mené par des entrepreneurs de circulation. Ces circulations associent donc différents niveaux, et la décentralisation provoquerait leur fin. Nous avons vu jusqu'à présent comment les niveaux locaux et nationaux communiquaient et ce qui était échangé dans ces circulations (des savoirs). Toutefois, ces circulations ne permettent pas seulement l'interconnexion de savoirs, mais aussi la

rencontre de logiques institutionnelles différenciées. Elles organisent la rencontre des impératifs de « gouvernement » et de « service à l'usager » que nous avons distingués comme les deux logiques fondant les MDPH. En effet, la production de savoirs et de données entre les niveaux locaux et nationaux impose de produire des éléments de mesure acceptés par les différents niveaux. Cette communication entre le local et le national prend la forme d'échanges de pratiques sous l'égide de la CNSA. Elle prend aussi la forme d'échange de données statistiques, échange sur lequel nous voudrions maintenant insister. En effet, cet échange de données met aussi en rapport les deux autres logiques : elle permet de mesurer la performance des MDPH comme forme de gouvernement au service des usagers. En cela, l'échange des données statistiques révèle l'ensemble des controverses dont cet espace multiniveaux est porteur.

Où sont les chiffres ? Heurts et malheur d'un outil statistique : le SIPA-PH

Quel est le lien entre la numérisation des dossiers et la production des statistiques ? Quel est le lien entre les outils informatiques – implantés ou bricolés localement – par les équipes et les statistiques enregistrées par les tableaux de bords que se fabriquent les directeurs de MDPH et qui sont ensuite présentées en MDPH ? Que sait-on de la fabrication des indicateurs à partir desquels sont évaluées les performances des MDH ? Quel est le lien entre les outils de pilotage au niveau local et les outils de remontées statistiques que la CNSA tente d'implanter dans chaque MDPH ?

Nous voudrions ici montrer que plusieurs circuits de confection et de circulation de l'information coexistent. La construction de passerelles entre ces circuits est l'objet d'un intense travail de construction, mobilisant des capitaux politiques, économiques, administratifs et techniques, suscitant des résistances fortes s'appuyant sur des ressources comparables.

Le schéma suivant essaie de figurer les flux d'informations horizontaux et ascendants et de représenter en partie les flux inverses de financement. Ce schéma a pour principale vertu de montrer que l'essentiel des remontées locales repose sur ce SIPA-PH. En l'absence de ce SI, et en l'absence de circulations de « bonnes pratiques » via les réunions des RIP, des responsables d'EP et des directeurs, la CNSA perd toute capacité de synthèse et de pilotage des politiques qui lui sont confiées. Interrogée sur ce point, un agent de la CNSA souhaite toutefois étendre l'importance de ce SI à l'ensemble des acteurs concernés par les politiques du handicap.

> E149-CNSA
>
> Q : ce système d'information SIPA-PH, il est stratégique dans le fonctionnement de la direction de la compensation et dans le fonctionnement de la CNSA.
>
> R : Oui, je dirais plus largement encore : il est stratégique pour la CNSA, mais il est stratégique pour la DGCS, il est stratégique pour le département, il est stratégique pour les MDPH, pour l'éducation nationale, enfin, pour tous les acteurs

Il convient donc de se demander **pourquoi, dans cette perspective multiniveaux, les logiques de « protections institutionnelles »** (Leibfreid and Pierson, 1998) **l'ont emporté sur les intérêts croisés à la coopération.**

Comme nous le verrons, la mise sous condition du financement à la fourniture d'informations n'est pas activée. Les deux flux (financiers et informatifs) signifiés sur ce schéma ne sont donc pas corrélés. Toutefois, dans l'hypothèse d'un pilotage à distance de l'action publique[73] (Epstein, 2005, 2013), les décisions de construction de places en établissement[74] devraient être informées par les remontées chiffrées des besoins venus des territoires. C'est à cette condition que l'État central peut alors remplir son rôle d'arbitre en égalisant les offres au niveau territorial ou en soutenant la demande de places de territoires davantage marqués par les phénomènes de handicap ou de dépendance de la population vieillissante. Cette fonction d'arbitrage dans l'équipement des territoires rejoint les préoccupations des acteurs locaux qui cherchent à renforcer l'efficacité des politiques mises en œuvre en adaptant la construction de places aux besoins de la population. Toutefois, **cette préoccupation croissante de disposer d'outil de prévision ne se traduit pas par la production concrète de chiffres**. Les décisions relatives à la construction et à l'ouverture de place sont prises en l'absence de documentation statistique stable. Le décalage entre les intentions rationalisatrices et les outils concrets d'aide à la décision ne peut manquer de surprendre. Les acteurs rencontrés font d'ailleurs état de cette absence de chiffres et d'outils de calcul.

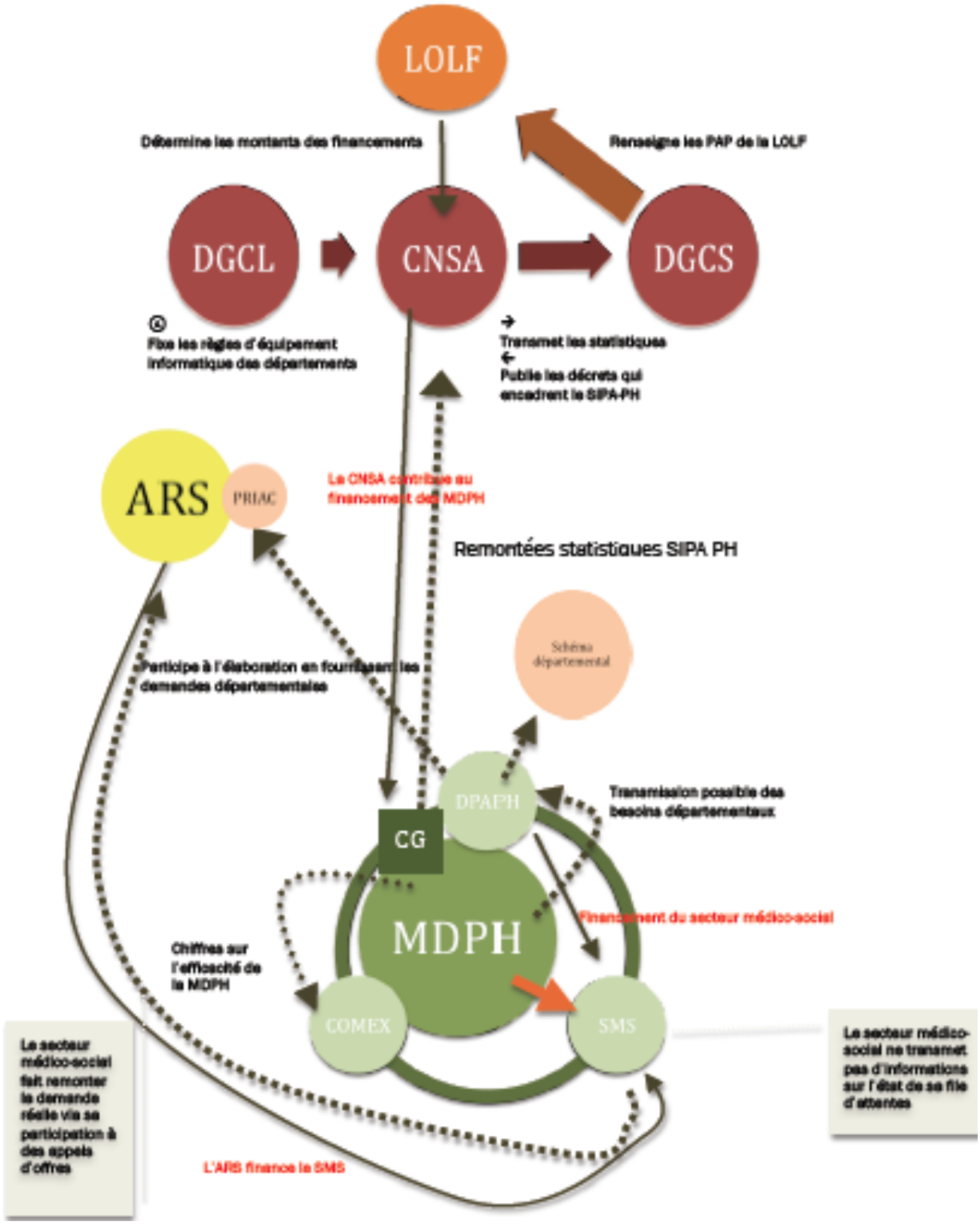
C'est ce que nous indiquent en entretien les directeurs (E135-D) et sous-directeurs d'une direction « Personnes âgées – personnes handicapées », chargés des établissements (E136) et du maintien à domicile (E137). Ces interlocuteurs nous expliquent que leur direction peut difficilement prendre en considération le devenir des « amendements CRETON », dans la mesure où ils n'apparaissent pas dans la partie visible par eux des fichiers du progiciel que la direction du CG partage avec la MDPH, mais avec des habilitations différentes pour des questions relatives à la protection des données individuelles. L'annonce le matin de l'entretien de la création d'un groupe de travail sur les « CRETON » est donc accueillie comme une bonne nouvelle, même si la surprise que le CG ait été averti en même temps que l'ensemble des autres membres de la CDAPH du lancement de ce groupe est prise comme un indice du manque de communication au sein des instances de pilotage de la politique du handicap sur le département :

---

[73] Le schéma insiste ici sur le financement de places en établissement, mais nous aurions pu mettre en évidence ce qui touche à l'attribution d'AVS ou aux statistiques relatives à l'AAH, même si dans ces deux derniers cas, des modules d'échanges avec la CAF et avec l'EN sont en cours d'implantation. Le cas des places en secteur médico-social nous semble plus pertinent dans la mesure où l'effectivité de la décision de la MDPH dépend de la position de l'ensemble des acteurs présentés sur le schéma.

[74] Prises par l'ARS après formalisation des PRIAC en coordination avec les départements et après évaluation de l'enveloppe globale des programmes de financements de la sécurité sociale et des programmes dédiés de la LOLF

Circulations croisées : informations et financement



Orientation des usagers — Flux d'informations — Financements

E137-D C'est la question de l'anticipation et de la prospective quand on n'a pas toutes ces informations…

E136-D : … pour monter une politique…

E135-D : … Quand c'est des millions d'euros, c'est difficile de naviguer à vue. On est dans cette difficulté, je pense que c'est traité au niveau de la MDPH, au niveau des situations individuelles, avec une recherche d'intégration dans une offre d'établissement existante, et donc on peut se retrouver nous à vouloir avoir une orientation assez claire assez précise qui correspond aux besoins de la personne et on a besoin d'avoir ses besoins précisément pour construire notre offre d'hébergement et pour décider où l'on construit, où l'on place nos moyens, mais effectivement au niveau de la MDPH, il y a souvent des décisions par défaut, car souvent c'est la place libre en établissement qui va faire l'orientation. Donc on tourne un peu en rond sur cette approche. Ca peut aussi se traduire par des successions d'orientations qui se suivent à l'échelle de 6 mois / 1 an, trois orientations qui se suivent, pour que la personne puisse quitter l'établissement. Effectivement il y a des divergences d'objectifs qui peuvent conduire à ces écarts.

E136-D : Après ça crée un cercle infernal parce qu'on n'arrive pas à préciser le besoin et on ne répond pas là où est le besoin.

E137-D : Si on regarde sur la dernière période du schéma, on s'aperçoit qu'on a augmenté de 25% l'offre, ce qui est énorme, en hébergement permanent, mais néanmoins on a toujours des files d'attentes.

E136-D : C'est là qu'il y a des interrogations.

Dans un autre département, la préparation du schéma départemental, en vue de l'élaboration des PRIAC, donne lieu, selon le directeur PA-PH, à une élaboration se basant sur des informations parcellaires, anciennes, produites à partir de statistiques nationales, donc faiblement territorialisées, c'est-à-dire à un pilotage à vue.

E66-A

Q : Alors, vous avez parlé aussi de la mise en place d'un schéma départemental. Comment ça se passe ici ?

R : Donc, on l'a lancé en avril, avec une journée des acteurs. D'avril à août, on a fait l'état des lieux, à la fois au niveau du besoin en fonction des différentes études, notamment HID plus des études INSERM, ou autre.

Q : En vous servant des bases de données ?

R : Oui. Avec toutes les limites.

Q : Vous aviez une extraction départementale sur l'enquête HID ?

R : Non. On l'a appliqué HID, donc avec toutes les limites (sourire). Pour essayer de quantifier le besoin. Aussi, avec les données MDPH. Donc, avec, là, aussi, toutes les limites. C'est du besoin recensé, ce n'est pas du besoin réel. On a recensé l'offre, aussi, que ce soit à domicile ou en établissement.

Enfin, dans un troisième département, des agents de l'administration déconcentrée de l'État (la DDCS) discutent devant nous des chiffres de l'AAH dont ils sont sensés maîtriser l'évolution :

E140 : Moi, ce qui me gêne c'est que je trouve que les statistiques et les chiffres ne sont pas fiables. Donc je trouve que, pour le moment, on parle de quelque chose qu'on ne maitrise pas. Les statistiques de la MDPH ne sont pas

fiables. Vous êtes au courant du logiciel qui vient de changer… Toutes les stats 2010 ne sont pas bonnes.

Q : Oui, le rapport d'activités compare 2011 à 2009.

E140 : Voilà. Quand on parle d'une augmentation de 25%, ça n'a ni queue ni tête. Il faut fiabiliser ça.

E139 : En 2010, je ne sais pas ce qu'ils ont fabriqué : sur toutes les stats, ils ont un trou énorme.

E140 : Parce qu'ils ont changé de logiciel – on leur a imposé un nouveau logiciel. Ils ont été infoutus de faire marcher ce nouveau logiciel. Donc ils ont été obligés de chercher pour la moitié des stats, dans l'ancien, et le nouveau… Ça donne des trucs un peu bizarres.

Comment se fait-il que les données relatives aux besoins des populations soient si difficiles à produire, à collecter, à synthétiser et à diffuser ? Nous voudrions ici décrire les facteurs historiques et politiques qui ont produit ces difficultés. Ils ont superposé des niveaux d'action publique propriétaires chacun de données spécifiques. Le croisement de ces données serait pourtant nécessaire pour produire une action publique qui réponde aux injonctions de rationalisation, de programmation et d'efficacité lancées par les standards de la nouvelle gestion publique.

Nous verrons que le souci d'une rationalisation de l'action publique – en dépit de son impossible réalisation – produit une mobilisation des acteurs, provoque des conflits et attise finalement les rivalités entre les différents niveaux d'action publique.

Les enjeux politiques d'un système d'informations partagées

La création d'un système d'information partagé (SIPA-PH – système d'informations Personnes Âgées – Personnes Handicapées) est prévue dans la loi du 11 février 2005. La création de ce système a donné lieu également à un rapport parlementaire, à un rapport de l'IGAS[75], à un décret (2008[76]) et à un arrêté (2010[77]). La création de ce SIPA-PH fait partie des objectifs essentiels de la CNSA qui en fait sa priorité 2012 et a annoncé, puis reporté, à de nombreuses reprises la mise en service de ce SI.

L'explication de cette faible mise en œuvre des dispositions législatives est à chercher dans la nature des échanges politiques entre les différents segments de l'administration centrale (Direction Générale des Collectivités Locales/DGCS/CNSA), entre les différents niveaux politiques de l'action publique (élus locaux, ADF, ministères) et enfin entre les opérateurs du marché (les 3 firmes qui se partagent le marché de l'équipement des

---

[75] Rapport IGAS (C. Branchu, A. Fouquet, B. Buguet), « Outils et systèmes d'information pour les politiques sociales décentralisées », 2009, p. 23 (RM2008-72P)

[76] Décret n°2008-833 du 22 août 2008 portant création du système national d'information et organisant la transmission des données destinées à l'alimenter

[77] Arrêté du 13 septembre 2010 relatif au calendrier de transmission et au format des données transmises par les maisons départementales des personnes handicapées au système national d'information prévu à l'article D. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Un complément est également présenté dans la loi HPST du 21 juillet 2009.

départements en logiciels visant à gérer les politiques sociales départementales).

Au niveau des relations entre les administrations centrales, il convient de se pencher sur le basculement des anciens logiciels qui équipaient COTOREP et CDES, ITAC et OPALES. Les administrations centrales (Éducation Nationale, Emploi, Affaires Sociales) ont décidé de ne plus financer l'entretien des deux systèmes qui équipaient les deux organisations (CDES et COTOREP) dont chaque administration (chacune en tutelle partagée avec les Affaires Sociales) avait la charge. A compter du 1er janvier 2010, ITAC et OPALES sont mis hors service. Le dernier département a basculé d'ITAC/OPALES vers le progiciel éditeur privé qui équipe son CG en mars 2010. Jusqu'à ce moment-là, ITAC et OPALES étaient utilisés à la fois de progiciel de gestion et, avec plus de difficulté, comme système d'information statistique. Lorsque ITAC et OPALES s'arrêtent, les territoires perdent toute lisibilité sur leur action. Dans de nombreux départements, le basculement d'un département à l'autre a rendu impossible la production de données, ou a amené les départements à produire des données peu fiables. Il y a ainsi une déconnection entre les outils de travail des MDPH et le *monitoring* de leur activité. Lors de la présentation des rapports d'activité des MDPH lors des COMEX le/la directeur/trice rappelle systématiquement les problèmes posés par ces changements de logiciel avant de donner lecture des tableaux. L'administration centrale et, en premier lieu, la CNSA perdent toute faculté à produire des statistiques. Depuis la création des MDPH, jusqu'en 2010, les ministères en question ont fait pression pour que les MDPH abandonnent ces deux logiciels. Un membre de la CNSA, qui a travaillé sur les problématiques d'informatisation des MDPH, évoque en entretien cette politique :

> E111-CNSA
>
> Q : Sur l'abandon d'ITAC/OPALES, c'était parce que ça coutait cher en maintenance ? Donc, il fallait les pousser à accélérer leur…
>
> R : Exactement. Y'a le côté coût – et d'ailleurs, là-dessus, ce n'est pas spécialement la CNSA qui ait porté ces coûts donc, à la rigueur, la CNSA pouvait être un peu en retrait par rapport à cette problématique. Toutefois, dans les relations de la CNSA avec les différents ministères qui portent d'autres pans de la politique, notamment l'Emploi et l'Éducation nationale, ces sujets étaient à chaque fois relevés : « le handicap, c'est plus chez nous, c'est les maisons départementales, c'est vous, c'est le CNSA qui le gérez, donc on retient nos billes ». Donc, y'avait bien cette dimension, et pécuniaire, et aussi en responsabilités : « c'est plus nous ».

Pour remplacer ces progiciels pilotés nationalement, le choix est fait de ne pas promouvoir un remplaçant forgé nationalement, mais de laisser les collectivités s'équiper comme elles l'entendaient [cet élément de l'histoire est marqué ① dans le schéma *Circulations croisées : financement et informations*].

> E149-CNSA
>
> Ce qui s'est passé en 2005, c'est que le système d'information nationale n'a pas pu être un système d'information construit par la CNSA pour des raisons politiques, c'est-à-dire que les présidents de conseils généraux, dans le cadre de la décentralisation du fonds autonomie – et ils ne connaissaient pas encore la CNSA et sa façon de travailler – se sont opposés à ce que la CNSA

créée un système d'information national puisque chaque conseil général doit être maître de ses données, doit être capable de construire son système d'information, il a été capable de créer le système d'information de gestion de l'APA pourquoi pas le handicap. « La MDPH, c'est le conseil général : on va s'en sortir ».

Au moment du vote de la loi de 2005, d'après nos entretiens, les départements ont fait pression sur les législateurs (que les élus des CG sont pour partie), mais aussi via l'ADF (Association des Départements de France), de façon informelle (nous n'avons trouvé aucune modification du texte législatif sur ce point), pour que les opérateurs nationaux et centraux disparaissent et soient remplacés par des systèmes départementaux. Les élus départementaux se sont ainsi opposés à « l'œil de Moscou » (E111). Les CG ont été libres de choisir leur éditeur. Comme nous l'avions vu dans les processus d'équipement en matériel informatique dans les années 1960 (Baudot, 2011), l'autonomie conférée aux départements provoque la production de 100 systèmes différents : les départements peuvent en effet paramétrer les logiciels éditeurs comme ils l'entendent (perdant parfois la garantie éditeur du fait des modifications effectuées sur le logiciel).

E149-CNSA

R : Maintenant, on a nos cent systèmes d'information en face de nous, avec pas forcément les mêmes règles de gestion, pas les mêmes règles de saisie, pas les mêmes items saisis, pas les mêmes paramétrages, et nous, au CNSA, on essaie d'intégrer ces cent systèmes différents dans un système cible et dans un socle commun. Donc, on relève le défi : ça met plus de temps que prévu, forcément

Cette position des départements aurait aujourd'hui beaucoup évolué.

E149-CNSA

Aujourd'hui, les MDPH nous disent : « Les CNSA, pourquoi vous nous avez pas proposé un outil ? Là, ça nous coûte cher, c'est compliqué, on est pas assez nombreux. » Aujourd'hui, je pense que ça passerait que la CNSA déploie un outil national, sauf que c'est pas la solution qui a été retenue en 2006.

L'intérêt des collectivités pour un système d'information permettant un réel pilotage est aujourd'hui affirmé par l'ADF :

E205-ADF (entretien conduit mi-décembre 2012)

R : Oui. C'est tout un système d'informations que l'Intérieur ne voulait pas. (...) En plus, on ne trouve pas [la mise en place du SIPA-PH] inintéressant parce qu'on a des difficultés, en tant qu'ADF, pour faire notre travail parce qu'on n'a pas d'éléments de comparaison. (...) La version [du projet « d'acte III de la décentralisation »] que, nous, on a sous les yeux, donne un rôle à la CNSA plus important en termes de système d'informations, de capacité d'observation de façon à pouvoir dire : on verra bien si c'est les disparités augmentent ou diminuent.

Q : C'est l'Intérieur qui bloquait…

R : Le principe de l'Intérieur c'est qu'il faut qu'il n'y ait pas de contraintes pour les… Enfin, c'est son rôle…

Les années 2005-2013 peuvent donc être définies comme un moment d'apprentissage d'un mode *soft* de gouvernance via une agence d'expertise comme la CNSA. Mais le revirement des CG peut également se comprendre comme une concession nécessaire à une départementalisation complète des

dispositifs, l'État n'étant plus chargé que de produire des tableaux de comparaison entre départements. Quoi qu'il en soit, ce basculement de la défiance à la coopération signale bien que, dans une configuration associant de façon différente les mêmes acteurs, les rapports à l'échange d'informations peuvent évoluer.

Un pilotage en douceur, faute de mieux

Dans cette configuration, la promotion par la CNSA du SIPA-PH va être délicate. Son action va porter essentiellement sur la DGCS, pour lui demander de produire les textes législatifs qui encadrent la remontée des données.

> (ANONYMISE)
>
> Q : C'est parce que c'est une variable financière que [les textes règlementaires] sont aussi longs à passer ?
>
> R : Non. Là, on est dans les méandres de la relation CNSA/ DGCS sur la production des textes réglementaires. La production de l'arrêté aurait pu suivre pratiquement le décret. Elle a été proposée, en fait, à la DGCS dès le début 2009 – l'arrêté.
>
> Q : Rédigé par la CNSA ?
>
> R : Oui. Et après, on rentre dans les méandres de la relation CNSA/ DGCS, avec la DGCS disant : « c'est quand même pas normal que nous n'ayez pas de remontée de données », et la CNSA disant : « écoutez, vous n'avez qu'à déjà publier les textes et on verra après ». Ça, c'est les méandres sur les missions de chacun, et la CNSA disant à l'époque : « écoutez, vous ne savez pas faire. Laissez-nous faire et donnez-nous le pouvoir réglementaire là-dessus, on ira quand même beaucoup plus vite qu'eux ». La DGCS qui dit : « attendez. Faites déjà votre boulot. Vous n'allez pas prendre le nôtre ». En plus, la DGCS… Tout n'est pas noir. La DGCS est, je pense, très bien sur la production d'arrêtés, de décrets métiers. Là, on était quand même sur un arrêté, un décret ici, quelque chose qu'ils n'appréhendent pas, qu'ils ne savent pas faire. Là, on parle de maîtrise d'ouvrage SI côté maisons départementales. Si on avait ça côté DGCS, ça se saurait.

Toutefois, la publication des règles de droit n'a pas eu l'effet souhaité sur les partenaires, sur les décideurs locaux et sur les opérateurs du marché :

> E111-CNSA
>
> Je pensais que l'aspect réglementaire avait quand même un certain sens, à partir du moment où il y avait une loi, un décret, un arrêté qui étaient parus, même les services décentralisés se mettaient en ordre de marche pour faire les choses. Et on se rend compte, enfin il me semble, qu'au-delà de la loi – en tout cas, au niveau des services décentralisés – tant que vous n'avez pas le bâton financier…

Cette action de la CNSA a également porté sur une redéfinition de l'instrument. Celui-ci n'est pas plus présenté comme un outil statistique national mais comme une aide au pilotage. Le SIPAPH pourrait alors être un outil utile à l'ensemble des partenaires, et notamment aux départements auxquels il pourrait servir d'outil de pilotage. Cette redéfinition de l'instrument s'effectue tout au long des chaines d'interdépendance qui structurent cette action multiniveaux.

E149-CNSA

R : On a commencé à monter des réunions interdépartementales, on est allés présenter le projet dans les MDPH, on avait commencé à travailler avec sept MDPH pilotes – si je me souviens bien – on essayait de voir comment était monté leur système d'information, les relations avec les éditeurs, les relations avec les conseils généraux, et puis on essayait de voir les points de blocages : on a surtout essayé de faire en sorte que les MDPH adhèrent aux projets SIPA.

Q : Parce que ce n'était pas…?

R : Eh bien, au départ, si on lit la loi, le SIPA-PH, c'est un recueil de données à vocation statistique pour le niveau national. Or, avec Aurélien, en se déplaçant, on s'est aperçus qu'effectivement, le SIPA-PH sera un outil statistique pour améliorer la conduite des politiques du handicap au niveau national, mais aussi, un outil qui réponde aux besoins de pilotage dans les départements : pour aider les départements à construire leurs schémas départementaux du handicap ; pour aider le directeur à piloter son activité et à savoir se positionner par rapport aux autres départements, enfin, aux autres MDPH, en l'occurrence. Du coup, un outil qui devait être un outil purement national devient un outil à vocation territoriale, aussi.

Ce pilotage qui repose sur l'adhésion des gouvernés aux techniques qui leur sont proposées, souhaite amener les collectivités à pratiquer une « libre conformation » (Epstein, 2012) aux injonctions centrales. L'intention managériale et participative est indéniable et constitue une marque de fabrique du pilotage tel que la CNSA la conçoit, n'ayant en réalité pas d'autres moyens – n'exerçant aucune tutelle, ne pouvant conditionner l'exercice de sa fonction de « caisse » à la rectitude comportementale des collectivités financées.

E149-CNSA

Q : Donc, au début vous êtes arrivée – je schématise un peu – vous êtes arrivée avec votre projet SIPA en leur disant : « On va faire un système de remontée de données ».

R : Non. On ne travaille pas comme ça à la [direction de la] compensation, on travaille en partenariat avec les MDPH.

Q : D'accord.

R : En fait, on est arrivés, on a dit : « Il faut qu'on construise un système d'information nationale. Comment pensez-vous qu'on doive le construire ? La loi nous confie telle et telle chose : voilà à quoi on a pensé. Qu'est-ce que vous, vous pensez de ce qu'on vous propose ? » Et c'est à partir de là qu'on a construit une expression de besoins des MDPH et des conseils généraux – je rajoute les conseils généraux parce que quand on parle des systèmes d'informations, la MDPH est souvent adossée à la DSI du conseil général. Et puis stratégiquement, on ne peut pas évincer le conseil général du système d'information nationale.

Ensuite**, la CNSA s'est employée à piloter à distance la façon dont les MDPH s'équipaient en vue de faciliter la mise en interopérabilité des données d'activité.** La CNSA s'est alors rapidement lancée dans la formation d'une nomenclature[78], définissant les actes, les termes et les items qui devaient être paramétrés dans le logiciel. Un rapport IGAS en fait état : « Des groupes de travail incluant les conseils généraux fonctionnent sur les

[78] http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Specification_technique_SIPAPH_arrete_13_Octobre_2010-2.pdf

questions de lexicologie et de nomenclature dans une perspective de normalisation par consensus. (…) La prise en compte des normes dans le système d'information de chaque MDPH est facilitée par un dialogue fréquent entre la CNSA au niveau national et les éditeurs de logiciels. Eux-mêmes réunissent les groupes de départements utilisateurs pour tester les projets »[79]. Toutefois, le résultat de ces groupes est très décevant, selon un agent de la CNSA :

> E111-CNSA
>
> Q : Est-ce qu'elles sont interopérables les trois ? Et qui va les rendre interopérables ?
>
> R : Alors, le fait qu'elles ne soient pas codées de la même façon – c'est-à-dire qu'on n'est pas sur du Java chez l'un, du truc chez l'autre – ce n'est pas si grave que ça. L'interopérabilité s'entend, vraiment, sur la partie donnée. Vraiment la donnée qui se retrouve dans la base de données du SI maison départementale. Là, y'a un vrai problème d'interopérabilité qu'on pensait avoir pas mal insufflée – cette problématique – par les spécifications, en leur ayant dit : « vous devriez utiliser ces nomenclatures parce que c'est des nomenclatures qu'on va vous demander dans le SipaPH, et ça sera certainement vos nomenclatures d'échanges entre vous. Parce qu'une personne handicapée se déplace, ça arrive, d'un département à un autre, et vous devez être en capacité d'échanger des dossiers ».

Cette nomenclature fut peu utilisée – notamment car les éditeurs ont préféré pour des raisons économiques utiliser les spécifications déjà paramétrées. Aujourd'hui, à l'heure d'effectuer la remontée des données statistiques, les départements doivent « transcodifier » à l'aide de tables de « mapping » les paramètres de leurs logiciels à l'aide d'un « extracteur » fourni (en cours de fourniture) par l'éditeur.

L'action de la CNSA porte, pour finir sur les opérateurs de marché. Trois éditeurs se partagent le marché des MDPH : GFI (basé à Lyon, avec son logiciel IODAS) équipe 50 MDPH ; InfoDB (basé à Saint-Ouen, avec son logiciel PERCEAVAL) équipe 30 MPDH, Syrus (du groupe BULL basé à Marseille, avec son logiciel GENESYS) équipe environ 10 MDPH. La dizaine de MDPH restante est équipée par d'autres éditeurs marginaux ou par la Direction des Systèmes Informatique [DSI] du CG en direct. Dans sa relation avec les MDPH, la CNSA insiste sur la dimension « métier », montrant à quel point les éditeurs ont délaissé la spécificité des procédures d'évaluation des dossiers en MDPH. Ces éditeurs ont vendu aux CG des logiciels promus lors de l'entrée en vigueur de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), en 2004. Toutefois, les modalités d'évaluation sont plus complexes pour le handicap que pour la vieillesse. De ce fait, les éditeurs ont été mis en difficultés. La faiblesse des marchés considérés ne les a pas amenés à considérer ce marché comme prioritaire, expliquant pour partie les difficultés des MDPH. Mais face à ces éditeurs, la CNSA ne dispose, comme à l'égard des CG, d'aucun moyen de pression et de sanction :

---

[79] Rapport IGAS (C. Branchu, A. Fouquet, B. Buguet), « Outils et systèmes d'information pour les politiques sociales décentralisées », 2009, p. 23 (RM2008-72P)

E149-CNSA

Donc, nous, à la CNSA, on se trouve un peu pris entre la relation MDPH – DSI [Division des services informatiques – Conseil général] ; la relation DSI – éditeurs ; la relation MDPH – éditeurs. Nous, on a aucun pouvoir sur les éditeurs : on a le son de cloche des éditeurs et le son de cloche des MDPH.

Toutefois, la CNSA affirme discrètement sa présence dans la relation entre MDPH et opérateurs privés en favorisant la constitution de « groupes utilisateurs » qui permettent aux utilisateurs de peser sur les priorités d'évolution des progiciels et sur la prise en compte des demandes. L'observation d'un groupe utilisateur amène effectivement à mettre en évidence le rôle de la CNSA (la réunion se déroule au siège de la CNSA), à montrer l'importance du groupe dans sa relation à son fournisseur (l'enjeu est ici d'obtenir des extracteurs de l'éditeur qui permettent d'alimenter le SIPA-PH) alors que les MDPH représentent un « marché captif » (qui n'a pas les moyens de faire jouer la concurrence en menaçant de changer d'éditeur : le coût est bien trop élevé en termes de financement et de management) qui représente une part peu importante des revenus d'activités de cet éditeur. Toutefois l'observation confirme également que les clients n'ont pas nécessairement intérêt à se grouper, les plus gros marchés ayant intérêt à discuter individuellement avec l'éditeur qui aura tendance à favoriser leurs demandes et à personnaliser la réponse apportée :

E111-CNSA

Q : Et qu'est-ce qui les retient de créer un groupe de cinquante ?

R : Je ne sais pas. Ça, j'ai jamais trop compris pourquoi ils ne l'avaient pas fait. (...) Derrière la problématique de mutualisation, l'avantage : ça demande une mutualisation des coûts à un moment donné, c'est un besoin partagé ; le désavantage c'est que votre petite évolution particulière à votre maison départementale, on est dans des circuits d'arbitrage à un moment donné, et on va dire : « c'est que pour vous, donc on vous propose de ne pas le faire ». La commande qu'on va passer collectivement à l'éditeur c'est sur le besoin le plus général, et vous, vous êtes un p'tit peu exotique : on ne va pas demander à l'éditeur de prendre votre commande. Donc, pour quelqu'un qui est en lien direct avec son éditeur, qui a de l'argent pour, et qui peut faire évoluer son système d'information, il n'y a aucun intérêt.

Que savons-nous des « performances » des MDPH ?

Les dysfonctionnements du SIPA-PH ont empêché pendant plusieurs années les instances de pilotage de disposer d'une image claire de la « performance » des MDPH. L'abandon d'ITAC et d'OPALE signifiait l'arrêt de flux de données qui, « aussi imparfaites soient-elles » (E111-CNSA), donnaient une forme de visibilité sur l'action des niveaux territoriaux au niveau central.

Cependant, les systèmes ITAC et OPALES ne permettaient pas la production de statistiques, étant classés par dossiers et non par individus :

E149

Alors, moi ce que j'en ai entendu dire, c'est que c'était un outil de gestion imparfait et pas organisé pour faire des statistiques. C'était de la gestion de dossiers, d'ailleurs, c'était organisé en dossiers, en n'était pas organisé en individus. Le SIPA-PH, c'est organisé en individus.

ITAC/OPALES n'étaient pas connectés pour suivre un même individu tout au long de sa vie. Ils ne pouvaient donc servir d'outils de prévision. Le rapport Briet-Jamet de 2004 en fait état :

> L'absence de suivi des décisions qui entrave toute perspective d'une réponse effective aux besoins des personnes. Ce point est d'ailleurs à relier aux difficultés des systèmes informatiques des COTOREP et des CDES qui ne sont pas reliés entre eux.[80]

Les directeurs de MDPH affirment toutefois que les SI existant au moment de la mise en place des MDPH (ITAC et OPALES) auraient pu permettre de produire des statistiques. Toutefois, ces statistiques n'étaient pas produites :

> EC3-AD-MDPH
>
> L'État aurait pu le faire avant [produire des chiffres]. C'est ce que j'ai découvert malheureusement trop tard en mettant les mains dans le moteur des outils de gestion qui existaient avant : tout était fait pour qu'on puisse avoir ces données statistiques, y'avait tout ce qu'il fallait, et en fait, les personnels n'ont jamais été formés, ils ignoraient même que ça existait.

En revanche, pour des raisons de coûts et de responsabilités, les ministères sectoriels voulaient voir s'arrêter ces applications. Ce fut chose faite pour 98 MDPH au 1er janvier 2010. Mais ces logiciels n'avaient pas encore été remplacés par une autre application : le SIPA-PH. Au moment où les MDPH arrêtent ITAC et OPALES, la CNSA n'a plus à sa disposition que la possibilité d'envoyer des fichiers EXCEL aux MDPH qui doivent les renvoyer. Pour l'année 2010, la CNSA ne peut compter que sur les remontées de 11 départements (sur 100)[81]. Ceci n'est pas sans conséquence sur la capacité de pilotage de cette agence, une situation dont rend bien compte l'analyse du programme 157 (« Handicap et dépendance ») de la LOLF par la direction du Budget de Bercy. Dans le rapport 2009 « objectifs et indicateurs de performance », on peut lire les tableaux suivants :

INDICATEUR 1.1 : Délai moyen de traitement des dossiers
(du point de vue de l'usager)

	Unité	2007 Réalisation	2008 Réalisation	2009 Prévision PAP 2009	2009 Prévision mi 2009	2009 Réalisation	2011 Cible PAP 2009
Délai moyen de traitement des dossiers relatifs aux enfants	mois			2,3	2.3	nc	2
Délai moyen de traitement des dossiers relatifs aux adultes	mois			4	4	nc	3,6

L'administration centrale, en se basant sur les données fournies par la CNSA, ne peut informer le délai moyen de traitement d'un dossier pour l'année 2009. Il est précisé, en dessous du tableau :

> Au 1er janvier 2010, les MDPH ont toutes abandonné ITAC et OPALES. Seules 14 et 24 respectivement ont utilisé les applicatifs nationaux durant toute l'année 2009. Il n'est donc pas possible d'utiliser ITAC et OPALES pour calculer des indicateurs nationaux. La mise en place des systèmes d'information des MDPH et leur connexion avec le système d'information pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH) permettront d'obtenir les

[80] Rapport Briet-Jamet, 2004, p. 11.

[81] http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/farandole/2010/rap/html/DRGPGMOBJINDPGM157.htm

> indicateurs demandés. Toutefois, une harmonisation des nomenclatures utilisées est nécessaire ainsi que la mise en place du procédé de double anonymisation des identifiants qui devraient être opérationnelles courant du second semestre 2010.[82]

Pour faire remonter les données, la CNSA n'a pas d'autres moyens que de faire remplir des fichiers EXCEL qui sont ensuite synthétisés :

> E149-CNSA
>
> R : Oui, c'est compliqué. Depuis 2006, on fonctionne avec des échanges de fichiers Excel et une grande partie de mon travail, c'est de la pédagogie, c'est : « Comment est-ce qu'on remplit ? Quelle définition on applique ? ».
>
> Q : Au cas par cas ? C'est-à-dire que la MDPH vous appelle et vous dit : « On met quoi dans la case dossier PCH? »
>
> R : Voilà. Sauf qu'on travaille quand même avec la MDPH, on travaille beaucoup en réunion de travail.

Cet échange de fichiers EXCEL n'avait pas cessé au moment où notre enquête a été conduite :

> E149-CNSA
>
> Q : D'accord, parce que j'ai vu dans plusieurs MDPH des référents PCH – enfin, des responsables PCH – mettre en place leurs propres fichiers Excel pour…
>
> R : Oui, voilà. Et certains comptent encore les dossiers à la main une fois par an pour me remonter les stats : c'est la réalité. Donc, nous, au CNSA, on essaie d'être au plus près de la réalité et de ne pas non plus faire descendre toutes nos théories parce que le décret X a dit telle chose.

Le temps laissé entre l'arrêt d'OPALE et d'ITAC et la mise en place des nouveaux outils a permis le développement de pratiques locales non coordonnées par le centre et qui rendent aujourd'hui complexe le travail d'interprétation des statistiques. N'ayant pas été pensée pour produire des informations, mais pour traiter des dossiers, les MDPH ont développé initialement, à l'abri de toute contrainte nationale, les organisations qui leur permettaient d'exploiter au mieux leurs ressources en fonction des contraintes locales.

> E149-CNSA
>
> En 2006, demander des statistiques à la MDPH, c'était quand même pas la priorité. La priorité, c'était de faire fonctionner la MDPH ; c'était les problèmes de personnel ; c'était accueillir le public et répondre à la demande du public le plus rapidement possible sans avoir les délais moyens de traitement qui explosent. Maintenant, quand on parle de statistiques, on parle de fonction de pilotage ; on parle d'enjeux stratégiques pour le directeur de la MDPH parce que ça va appuyer son rapport d'activités qu'il va présenter en COMEX et du coup, ça appuie la position de la MDPH auprès du conseil général

De ce fait, des pratiques locales, bricolées avec l'énergie des administratifs que l'objet de leur politique motive, ont pu voir le jour et structurer durablement le travail de ces organisations. C'est le cas dans plusieurs MDPH. Dans l'une d'entre elles, un stagiaire devenu ensuite gestionnaire SI

---

[82] Rapport sur la Performance de l'Action Publique (PAP) du programme 157, 2009. Source : http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/farandole/2009/rap/html/DRGPGMOBJINDPGM157.htm#_ftnref1

bricole une application pour gérer l'accueil des usagers (histoire qui explique en partie le fait que le logiciel de l'accueil ait longtemps été différent du logiciel de gestion des dossiers du *back office* de la MDPH). Dans une autre, un agent bricole avec l'un de ses amis, les soirs et le week-end, une grille EXCEL qui permet de coder l'ensemble des composants de la MDPH, grille qui est toujours utilisée par cet agent et par certains personnels de la MDPH pour coder les PPC.

> Q : Ce tableau Excel, c'est vous qui l'aviez fait au tout début ?
>
> R : Oui. C'est un tableau que j'ai travaillé pendant pratiquement trois mois. J'ai travaillé ça avec un informaticien qui, lui, a fait les formules, et moi, j'ai travaillé sur…
>
> Q : C'était un informaticien de la DSI ?
>
> R : Non. C'était avec l'extérieur.
>
> Q : C'était un consultant extérieur qui a été pris par…
>
> R : Non. J'ai travaillé ça personnellement parce que c'était un truc qui m'intéressait.
>
> Q : Hors travail ?
>
> R : C'est quelqu'un que je connais qui m'a aidé à faire ça. Oui, j'ai travaillé des soirées et des weekends entiers.
>
> Q : C'est compatible avec [progiciel] ?
>
> R : Oui. Et du coup, les instructrices peuvent vérifier si ce qu'elles trouvent dans le logiciel… (…) Si vous voulez, quand j'ai commencé à travailler sur la PCH, début 2006, c'est pareil, c'était : comment on fait pour individualiser les choses, pour rester dans le réglementaire et pour que ça soit facile pour les équipes. Parce que, d'emblée, ce que j'ai vu c'est que c'était très compliqué pour les équipes, de valoriser les plans. Donc il fallait bien trouver un truc. Donc, moi, j'ai trouvé un truc. Après, je ne sais pas comment font les autres. Mais, je peux vous assurer que le [département] a un truc…
>
> Q : Du coup, dans la MDPH, tout le monde utilise ce tableau Excel ?
>
> R : Elles ne peuvent plus faire autrement. Elles ne peuvent plus s'en passer.

Le développement de ces pratiques autour de toute codification des actes a permis aux MDPH de développer leurs propres définitions des composantes d'un dossier. Ainsi, les mêmes documents administratifs n'ont pas la même valeur d'un département à l'autre. Notre interlocuteur à la CNSA l'indique :

> E149-CNSA
>
> R : On a certaines MDPH qui définissent le PPC comme la prestation de compensation, donc on créé un PPC uniquement pour la prestation de compensation. Donc on met : prestations de compensations, préconisations et aide humaine (3 heures par semaine) et puis un fauteuil roulant en aide technique. Pour nous 'est pas un plan personnalisé de compensations.
>
> Q : Pourtant, ce sera enregistré dans le SIPA comme un PPC.
>
> R : Alors c'est là où on a tout ce travail de qualité des données et de compréhension du sujet où il faut qu'on se mette d'accord tous pour savoir ce qu'on saisit dans la colonne PPC.
>
> Q : D'accord. Là aussi, ce travail sur l'enregistrement des données, c'est aussi un travail qui porte sur le travail réel : c'est pas simplement les données.

> R : Oui, en fait, on a des travaux engagés sur la qualité des données, qui ont un impact sur l'organisation et la saisie. Alors, on ne va pas demander aux MDPH de remplir le SIPA entièrement et de tout saisir ce dont on a besoin dans le SIPA. On y va par étape. Là, on commence par l'activité MDPH et on ne va pas plus loin que ce que la MDPH nous remplit une fois par an depuis six ans. Voilà la première étape, donc on sera sur l'activité, donc c'est ce qu'on appelle le lot un, qui sera disponible en 2013, sur les données 2012

Pour établir la crédibilité des statistiques, la CNSA a prévu une phase assez longue de « recette statistique » qui permet de corriger des statistiques trop visiblement incohérentes (un écart de 0 à 100% sur un item). Toutefois, produire ces chiffres, comme l'indique notre interlocuteur, c'est faire peser de nouvelles contraintes de rationalisation sur l'organisation de la MDPH. C'est notamment arriver à distinguer le PPC proposé par l'EP comme étant l'orientation « idéale » et la décision de la CDA qui vise à trouver une solution en tenant compte de l'offre de place. En conséquence, la bonne tenue des statistiques suppose que l'EP livre au demandeur un PPC (avant passage en commission). Ce PPC devrait être l'évaluation qui compenserait pleinement les conséquences de son handicap. Cette proposition devrait ensuite être suivie de la décision en CDA, qui déciderait finalement d'une orientation en fonction des possibilités locales (notamment pour les établissements). Le passage au SIPA-PH suite à l'abandon d'ITAC et d'OPALE serait d'ailleurs l'opportunité de fabriquer un réel outil de pilotage. En effet, ITAC et OPALE fonctionnaient par dossier et non par individu, ce qui empêchait de faire émerger des besoins et de pouvoir déterminer des politiques de places en établissements sur ces bases. Un tel projet heurte de plusieurs façons le fonctionnement concret des organisations :

- Il laisse la CDA décider des solutions, remettant en cause l'orientation proposée par l'EP. Notre étude montre au contraire les efforts accomplis par les agents et par les organisations pour limiter la remise en cause de l'EP par la CDA.
- Il tendrait à favoriser le contentieux en montrant l'étendue de ce qui ne peut pas être couvert par les dispositions actuelles. Les pratiques administratives qui font concorder le PPC et la PCH visent à assurer l'administration contre le contentieux. La fluidité des relations entre l'EP et la CDA permet de diffuser le PPC en amont, comme l'y invite la loi, dans la mesure où le PPC soumis anticipe l'accord de la CDA.
- Une telle proposition fait travailler les organisations deux fois : une fois pour calculer les montants de PCH dans le PPC en amont *et* en aval de la CDA, les deux résultats pouvant être très différents. Or, confrontées à des flux de dossiers qui ont cru massivement pendant les premières années, les MDPH doivent réaliser des économies de temps et de personnel dans le type de traitement dont bénéficient les dossiers.

De fait, la proposition de faire émerger des demandes « hors contrainte de l'offre » rencontre de fortes résistances. Elle peut toutefois s'appuyer sur des mobilisations associatives qui tendent à refuser la double orientation décidée par la CDA (après ou sans préconisation de l'EP) pour faire émerger les besoins réels. L'émergence des besoins réels permet en effet aux associations gestionnaires de répondre aux attentes de leurs mandants et aux appels

d'offres lancés par l'ARS, réponses qui doivent s'appuyer sur des éléments statistiques faisant émerger un réel besoin. Cette proposition de travailleur « hors contrainte de l'offre » peut également s'appuyer sur la mobilisation des directeurs de MDPH qui plaident pour un meilleur usage des fonctions d'observatoire que les MDPH doivent remplir. Pour cela, l'évolution du SIPAPH dans sa tranche 2, qui permettrait de partir des pathologies, devrait également permettre de mieux évaluer les demandes.

> E149-CNSA
>
> R : On a certaines MDPH qui définissent le PPC comme la prestation de compensation, donc on créé un PPC uniquement pour la prestation de compensation. Donc on met : prestations de compensations, préconisations et aide humaine (3 heures par semaine) et puis un fauteuil roulant en aide technique. Pour nous ce n'est pas un plan personnalisé de compensations.
>
> Q : Pourtant, ce sera enregistré dans le SIPA comme un PPC.
>
> R : Alors c'est là où on a tout ce travail de qualité des données et de compréhension du sujet où il faut qu'on se mette d'accord tous pour savoir ce qu'on saisit dans la colonne PPC. (…)
>
> Q : Donc, en fait, en demandant aux MDPH d'avoir une même définition de ce qu'est un PPC, vous être en train de leur dire : « Voilà ce qu'est un PPC ».
>
> R : Oui, ce qu'est un PPC au sens de la loi, parce qu'après, effectivement, on a la loi, mais après on se heurte aux pratiques ou aux consensus qui ont fait qu'on a un arbitrage entre personnel, temps et instructions des dossiers. Il fallait aller vite et on a décidé de faire un PPC uniquement pour la PCH, par exemple. Dans les réunions RIP et autres : diffusion des bonnes pratiques. On y va en consensus et on travaille en partenariat avec les MDPH.

Ceci explique que les gestionnaires SI dans les MDPH soient très mesurés sur la capacité du SIPAPH à mesurer des données fiables, dans la mesure où cela supposerait une transformation des *process* de travail de l'organisation. Il nous explique en entretien que le SIPA-PH comprend une case « demandes formulées par l'équipe pluridisciplinaire » pour compter les prestations rajoutées par l'équipe de la MDPH alors que l'usager n'avait pas demandé cette prestation[83]. Toutefois, ce gestionnaire de SI nous indique que les chiffres qu'il compte comme des « demandes de l'EP » ne sont en fait que des rattrapages d'erreur de saisie lors de l'enregistrement de la demande, et jamais des demandes de l'EP proprement dite. De même, un « droit d'option »[84] entre Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) et Prestation de Compensation du Handicap (PCH) désigne pour lui deux opérations, mais une seule pour la CNSA (E121). Autre élément qui risque de poser problème au niveau des MDPH : la surcharge de travail. Comme l'affirme ce gestionnaire SI dans une MDPH :

---

[83] La question est stratégique : les CG, engagés dans la limitation de leurs dépenses de prestations sociales, cherchent à faire diminuer le nombre de demandes (pour qu'il y ait moins de demandes à traiter : aujourd'hui, dans un département visité, 2,3 demandes par individu) et pour qu'il y ait moins de droits ouverts. Ils se plaignent du formulaire « où on peut tout cocher », soit un formulaire unique où toutes les prestations sont rassemblés, formulaire qui aurait tendance à favoriser l'augmentation du nombre de demandes, réduisant le coût d'accès à la demande de prestation qui peut être une raison du non-recours au droit. Les CG plaident à l'inverse pour la réintroduction de différents formulaires.

[84] Un droit d'option permet à un usager d'opter pour la prestation qui lui est la plus favorable, après examen de ses droits par l'EP.

E64-A

Q : Si on prend la date de dépôt : est-ce qu'il y a une nomenclature ?

R : Oui. Ça, ça a été fait. Voilà, c'est les discussions un p'tit peu des groupes qu'on a au SIPAPH pour arriver – notamment celle de la semaine dernière – pour arriver à définir les choses. On définit les dates de dépôt, on définit les dates de complétude, on définit ce qu'on appelle une demande, comment on calcule un volume de demandes. Donc, tout ça, c'est bien défini. Mais, on va arriver – bon, ça, ça va être à peu près partout, dans toutes les MDPH : on va avoir deux calculs. On va avoir les statistiques qu'on va remonter à la CNSA dans le cadre et selon les définitions de la CNSA. Mais, cette définition-là ne va pas forcément nous convenir en interne.

Q : Donc, ça va supposer deux systèmes.

R : Voilà. Il risque d'y avoir, dans pas mal des MDPH, deux systèmes de statistiques. Un, interne, qu'on fait toujours.

Q : Donc, le logiciel qui tourne pour les agents quand ils font… voilà.

R : Voilà. Et un autre, officiel, pour la CNSA.

Q : Donc, plus de temps mis à…

R : Oui, mais bon, c'est de la mécanique. En théorie, c'est de la mécanique. Après, bon, c'est sûr, y'a toujours l'analyse des… Il va y avoir des rejets par rapport à ces extracteurs, il va y avoir des demandes de rejetées, il va y avoir des anomalies. Il va bien falloir traiter, trouver des solutions, et trouver la cause. Mais, ça n'empêche que le principe, il n'est quand même pas de changer notre procédure pour coller aux statistiques. Notre travail de base c'est quand même de gérer une MDPH, ou de gérer des demandes, et c'est pas de gérer dans l'optique de rendre des chiffres à la CNSA. Je veux dire qu'à un moment donné, ce que je veux expliquer par là, c'est que la CNSA, en fonction des définitions qu'ils nous ont donné sur certaines zones supposeraient des modifications de procédures pour qu'on colle à ça. Donc, ça, il n'est pas question qu'on modifie notre procédure de fonctionnement pour, effectivement, arriver à fournir des chiffres qui correspondent à la CNSA.

Les difficultés à produire des éléments sur la « performance » des MDPH tiennent donc à l'autonomisation des différentes scènes, locales et nationales. Cette autonomisation est liée au choix initial de refuser un opérateur national qui équiperait les MDPH[85]. Le choix d'un opérateur commun aux 100 MDPH aurait permis de publier plus rapidement les chiffres de la performance des MDPH et de mesurer l'efficacité ou l'inefficacité de ce type de structure. **L'absence de comparaison avec le format institutionnel précédent** (COTOREP et CDES sous tutelles des administrations déconcentrées) empêche de mesurer la performance propre de la forme GIP.

EC3-AD-MDPH

C'est dommage qu'il n'y ait pas eu de statistiques pour les COTOREP parce que, du coup, on part, nous, d'une histoire qui commence en 2005 alors qu'on a très peu de données d'activités antérieures, ce qui nous serait extrêmement utile à certains moments pour voir l'évolution.

L'absence de données conséquentes sur la période 2006-2012 empêche formellement de pouvoir mesurer l'amélioration de cette « performance » des

[85] Précisons que le choix inverse n'aurait toutefois pas été non plus un gage de fonctionnement optimal (comme des SI mis en place pour le RMI ont pu le montrer) et n'aurait pas empêché non plus que les mêmes codifications informatiques renvoient à des pratiques différentes.

MDPH, ce qui était pourtant l'objectif de la création des Agences, des référentiels et des outils mis à disposition.

Il est donc en cela finalement révélateur que les projets évoqués dans la presse de suppression de la formule GIP au profit d'autres formats juridiques n'aient jamais fait référence à l'efficacité de ces structures préférant un argumentaire fondé sur la simplification du droit de la décentralisation et sur le coût de la structure GIP par rapport à d'autres formules de droit public. Cette absence de prise en compte de la performance chiffrée s'explique pour partie par les heurts et malheurs de ce SIPA-PH. Plus largement, elle signale la déconnexion de deux types de logiques que nous avons identifiées et qui coexistent dans la MDPH : une logique de « gouvernement » et une logique de « service à l'usager ». L'absence de données sur le service à l'usager empêche d'informer et d'orienter les choix relatifs aux modes de gouvernance. De fait, les échanges de coup dans la séquence de préparation du projet de décentralisation ne peuvent plus porter que sur la question de la meilleure forme de gouvernement (des questions parlementaires sur la « gouvernance » des MDPH aux communiqués associatifs sur la représentation associative), occultant ainsi le service à l'usager.

Deuxième partie

Ce que font les MDPH

Les MDPH sont le produit de logiques plurielles, partiellement compatibles, qu'elles sont chargées de mettre en œuvre en dépit des contradictions que la poursuite de ces objectifs (logique de gouvernement / logique du service à l'usager). Après avoir montré comment ces différentes logiques structuraient la création et les institutions multiniveaux que sont les MDPH, nous voudrions maintenant mettre en évidence ce que font concrètement les MDPH.

Pour ce faire nous avons identifié trois actions principales.

Les MDPH apparaissent d'abord comme **des lieux d'implication des associations représentatives des personnes handicapées aux dispositifs les concernant**. Au vu des comités, conseils et commissions qui peuplent le secteur du handicap, l'hypothèse néocorporatiste semble pertinente pour décrire les échanges et les relations entre « société civile » et « administration » (Hassenteufel, 1990 ; Schmitter, 1974). Nous montrons cependant que le secteur du handicap présente certains traits caractéristiques qui le distinguent du modèle néocorporatiste classique. D'autre part, ce secteur présente un mode de structuration particulier de la représentation des intérêts, intérêts qui interviennent à plusieurs niveaux : local et national au moins, voire européen (Mohanu, 2008). L'existence de ces différents niveaux d'intervention peut amener à montrer que les groupes représentant les intérêts des personnes handicapées peuvent jouer différents rôles en fonction des scènes sur lesquelles ils sont appelés à se déployer. Les études peuvent alors porter sur la façon dont les relations au niveau local peuvent modifier des modes de régulation au niveau national (Pollard, 2011) ou montrer comment les acteurs centraux du *lobbying*, sous l'effet des politiques de décentralisation, découvrent le niveau local (Courty, à paraître). Cette étude analyse les dimensions concrètes de la participation des associations au fonctionnement des MDPH, en analysant notamment les différentes scènes locales où se joue la présence des associations, les différentes modalités de représentation des intérêts et les objectifs poursuivis

par les différents acteurs. Cette présentation, attentive aux pratiques et aux discours concrets des acteurs, amène à complexifier la représentation néocorporatiste, en montrant que celle-ci peut viser non pas seulement à canaliser la distribution des prestations aux représentés en échange d'une forme de pacification des échanges, mais aussi conduire à des « gains procéduraux » (Kitschelt, 1986), en renforçant la présence des associations dans des arènes qui ne sont plus alors des « espaces confinés » (Gilbert and Henry, 2009), ce qui modifie les modes de présentation des problèmes, ce qui renforce également la prise en considération de « savoirs d'usage » (Sintomer, 2008). Ces gains peuvent aussi être symboliques, lorsque les associations se battent concrètement pour rendre accessible l'espace au sein duquel elles doivent discuter. La variété des modes de présence des intérêts dans le gouvernement de la MDPH nous amène à amender le modèle néocorporatiste pour mettre en évidence la pluralité des figures de relations possibles dans ce secteur.

Dans un second temps, nous décrirons comment les MDPH s'efforcent d'unifier le guichet qu'elles représentent en homogénéisant les pratiques des agents regroupés sous un même toit. **La fabrication des institutions tient aussi à la production d'une culture partagée**. Nous expliquons ainsi comment, à l'occasion de réformes d'organisation, les professions auparavant dominantes dans le secteur de l'évaluation (médecine tout particulièrement) ont vu leurs positions concrètement menacées par le nouveau format organisationnel proposé, qui accorde une part plus importante à des impératifs managériaux. Nous montrons toutefois que ces controverses, émergentes parfois à partir de l'entrée de dispositifs de numérisation ou d'informatisation, renvoient en réalité à des conflits de position et de juridiction au sein des organisations. Alors que cette culture commune devait se forger autour de la notion de pluridisciplinarité, l'examen attentif des modes de production de l'évaluation en EP (un lieu peu étudié par les travaux portant sur les MDPH) met en évidence une pluridisciplinarité vécue davantage sur un mode séquentiel et réalisé sur le mode de la collégialité. Nous montrons que la notion de pluridisciplinarité – qui suppose la prévalence des savoirs professionnels – laisse en réalité la place à des considérations morales sur les capacités des individus.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous voulons mettre en lumière **comment les MDPH produisent les usagers.** Par-là, il ne s'agit pas d'indiquer que les MDPH fabriquent le handicap, mais bien que, par leur action, par la place qu'elles accordent aux usagers, par le travail social réalisé au guichet ou en visite à domicile, mais aussi par le jeu des concurrences professionnelles, différentes figures de l'usager peuvent être produites par l'institution. Ces institutions peuvent ainsi produire des modes spécifiques d'activation, qui placent les personnes handicapées dans un type de rapport toujours spécifique aux prestations de l'Etat social et aux injonctions à l'autonomie.

Chapitre 1 **Associer les associations**

Introduction **Les associations au quotidien dans la MDPH**

Acteur incontournable dans le secteur du handicap, les associations doivent leur légitimité à l'ancienneté de leur intervention – les premiers services et établissements à destination des personnes handicapées ont été créés et gérés par le secteur associatif, avant toute intervention des pouvoirs publics[86] – et au rôle central qu'elles continuent à jouer dans la gestion des établissements et services[87]. Les ESAT, IME, IMPro, MAS, foyers d'hébergement, etc., ne sont pas des établissements publics, mais des établissements qui, bien que financés sur fonds publics, sont actuellement gérés dans leur quasi-totalité par le secteur associatif. La politique du handicap est ainsi une politique qui, à l'instar d'autres secteurs du social, prend appui de façon essentielle sur les associations pour sa mise en œuvre (Lafore, 2010). Il importe de souligner que les associations ne viennent pas ici pallier un retrait de l'Etat social (Hély, 2009 ; Lipsky and Smith, 1993), mais étaient effectivement présentes avant toute intervention de l'Etat et ont été à l'origine des principaux dispositifs du secteur (hors prestations).

Leur rôle ne se limite toutefois pas à la gestion d'établissements et de services. Après avoir milité en faveur d'une intervention des pouvoirs publics dans le secteur du handicap, les associations ont été intégrées, à des degrés divers, dans la définition des orientations de la politique ainsi instituée (Paterson *et al., 2000)*. Selon un modèle classiquement décrit par la littérature de sociologie et de science politique comme « néocorporatiste » (Hassenteufel, 1990 ; Selznick, 1949 ; Wilson, 1983, 1988) ou « tutelaire » (Hély 2009), les modalités de cette participation associative à la définition des orientations de la politique du handicap sont fortement institutionnalisées, avec une prétention importante de contrôle et de stabilisation du secteur par les pouvoirs publics. Ces derniers ont été identifiés comme des interlocuteurs associatifs stables et reconnus. L'atteste la création, à l'initiative de ces mêmes pouvoirs publics, d'une instance nationale (le CNCPH) et d'instances départementales (les CDCPH) « consultatives » regroupant les associations et visant à faire émerger, sous contrôle institutionnel, une voix unique du secteur associatif. Du côté des associations, cette forme de régulation s'est traduite par des modalités de participation feutrées, privilégiant la concertation et la négociation avec les pouvoirs publics par rapport à la contestation ou à l'adoption de modes d'action plus spectaculaires et conflictuels (manifestations, pétitions, etc.).

---

[86] Les premiers instituts médico-pédagogiques (IMP) ont ainsi été créés à l'initiative de parents d'enfants handicapés et de pédopsychiatres promouvant à partir des années 1940 l'éducabilité des enfants « inadaptés », à l'encontre d'une orientation affirmée par une réforme de l'école de 1909, consistant à envoyer les handicapés mentaux vers l'hôpital psychiatrique. (Robelet *et al., 2009, p. 88)*

[87] Partie rédigée par Anne Revillard.

L'hypothèse néocorporatiste à l'épreuve du local

Dans le contexte de transformations de la régulation néocorporatiste marquant également d'autres domaines de l'action publique (Minonzio and Vallat, 2006), le secteur du handicap semble toutefois marqué par une forme d'épuisement de ce modèle de relations entre pouvoirs publics et associations, avec notamment la création de regroupements associatifs alternatifs, à l'instar du Comité d'entente créé au niveau national[88]. En outre, l'hypothèse néocorporatiste rend imparfaitement compte de la diversité possible des modalités de régulation entre niveaux national et locaux : la manière dont s'articulent les relations entre Etat et grandes associations et fédérations nationales ne correspond pas nécessairement aux modalités de régulation existant au niveau régional, départemental ou local. L'intérêt de notre enquête, à cet égard, réside dans l'éclairage qu'elle apporte sur les **modalités concrètes de relations entre associations et pouvoirs publics au niveau local**, niveau d'étude souvent négligé par les travaux sur le néocorporatisme (Pollard, 2011).

Or, dès lors que l'on travaille à l'échelle locale, l'image des associations se complexifie par rapport à la représentation qu'en donne la théorie néocorporatiste. Extrêmement diverses dans leurs formats, **les associations sont traversées de logiques d'action plurielles**. La distinction proposée par Viviane Tchernonog entre trois grandes « logiques d'action associatives », à partir d'une étude statistique sur l'ensemble du paysage associatif français, permet d'éclairer cette diversité (Tchernonog, 2007). La sociologue dresse en effet une typologie entre associations travaillant en lien avec l'action publique (concrètement, des associations fonctionnant comme des instruments d'action publique), associations « ayant un fort contenu militant », et enfin associations de membres tournées vers la pratique d'une activité. Alors que les premières participent à la mise en œuvre de politiques publiques (principalement dans les domaines de l'action sanitaire et sociale, de l'éducation, de la formation et de l'emploi) par leur offre de services financés par les pouvoirs publics, s'adressant à un public extérieur et s'inscrivant dans des programmes d'action publique, les deuxièmes se démarquent par une posture de contestation et de revendication vis-à-vis des pouvoirs publics ; les dernières, enfin, évoluent de façon plus autonome, étant principalement tournées vers les activités de leurs membres.

Ces trois logiques d'action très éclatées se retrouvent au sein même du monde associatif du handicap, conduisant à la coexistence, sous le dénominateur commun d'une déclaration comme « association loi 1901 », de structures qui semblent avoir bien peu en commun par ailleurs.

[88] Composé de façon symétrique au CNCPH, le Comité d'Entente peut être perçu comme une autre forme de mobilisation du secteur associatif des personnes handicapées, dont la création n'a pas été sollicitée par l'Etat. Doublant le CNCPH, il constitue une institution plus revendicative et contestataire. A la différence du CNCPH dont la composition est fixée par décret, la composition du Comité d'Entente n'appartient qu'à ses membres.

Un paysage associatif aux visages pluriels

Ainsi, les associations locales rencontrées incluent aussi bien une association gestionnaire de 4 services et 5 établissements embauchant 158 salariés (dont 7 au « siège social » de l'association) et gérant un budget de 9 millions d'euros, qu'une association de malentendants et devenus sourds bénévoles regroupant 20 adhérents, fonctionnant sans local et pratiquement sans budget. Les caractéristiques des locaux des associations, que nous avons visités au gré des entretiens, constituent un bon indicateur de cette diversité : alors que certaines associations gestionnaires de services et d'établissements disposent de « sièges sociaux » (généralement distincts des locaux des établissements et services eux-mêmes) d'allure moderne, s'apparentant à des locaux d'entreprises (existence d'un accueil, locaux spacieux, plusieurs bureaux, etc.), d'autres locaux, de taille souvent plus restreinte et d'apparence plus défraichie, rappelleront plus volontiers des locaux d'associations militantes, par le désordre qui y règne, les modes d'interaction plus informels (interpellation d'un bureau à l'autre, mouvement incessant…), l'absence de lieu d'accueil, les affiches et photos de manifestations collées aux murs… D'autres encore s'apparenteront plus à des lieux de convivialité, étant essentiellement composés d'une grande salle commune où l'on apercevra des jeux, des boissons à partager, etc. Outre les associations disposant de locaux indépendants, certaines sont hébergées dans des locaux collectifs comme des maisons des associations, ou encore au domicile de leur président-e.

Comme dans l'ensemble du secteur associatif, **la distinction entre associations employant des salariés et associations regroupant uniquement des bénévoles constitue une ligne de clivage importante**, qui recoupe dans une très large mesure la distinction entre associations « gestionnaires » et associations « non gestionnaires[89] » (d'établissements et de services). Toutes les associations font par ailleurs appel à du travail bénévole, mais celui-ci n'est pas de même nature selon le type d'association. Dans les associations gestionnaires, le bénévolat concerne souvent exclusivement les administrateurs de l'association[90] (membres du CA), et le travail bénévole est alors principalement centré sur les activités de représentation, qui peuvent être extrêmement prenantes : le président d'une association gestionnaire estime ainsi fournir 33h de travail bénévole par semaine (E28-B). Dans les associations composées uniquement de bénévoles, le bénévolat prendra des formes plus variées, outre le travail de représentation : organisation de sorties, de moments de convivialité (ex. galette des rois), de voyages (ex. d'une association de personnes non-voyantes), tenue de permanences d'écoute, conception et mise à jour d'un site internet, préparation d'une manifestation ou d'un événement de protestation, rédaction de compte-rendu de réunion, etc.… Ce travail

[89] Deux exceptions peuvent être citées à ce recouvrement : l'AFM emploie au sein de ses services régionaux des « techniciens d'insertion » chargés d'une mission d'accompagnement global des usagers ; les délégations départementales de l'APF sont dirigées par un directeur général, que la délégation soit ou non par ailleurs gestionnaire d'établissements.

[90] Le rapport final reviendra sur la question de la répartition des rôles entre « professionnels » et « administrateurs » dans les associations gestionnaires.

associatif est caractérisé, sous ses deux formes (bénévole et salariée) par une dynamique de professionnalisation désormais bien installée. Caractéristique de l'ensemble du secteur médico-social, ainsi que du monde associatif dans son ensemble (Prouteau ed., 2003), cette professionnalisation se traduit par exemple, du côté des bénévoles, par la multiplication des formations assurées par les fédérations ou associations nationales à destination de leurs bénévoles au niveau local, formations qui peuvent parfois être obligatoires. Par exemple, une personne se destinant à prendre la responsabilité d'une délégation départementale de l'AFM devra suivre une formation de 5 jours au siège parisien de l'association. Du côté des directeurs d'établissements, une évolution semble se dessiner, de professionnels initialement plutôt issus de l'action sociale, vers des professionnels de plus en plus formés au management (E29-B).

Dans ce contexte de professionnalisation, **les relations entre professionnels et bénévoles au sein de ces associations gestionnaires ont évolué de façon complexe**, à une phase de large autonomisation des établissements par rapport aux Conseils d'administration des associations ayant succédé une tendance à la reprise en main du contrôle sur les établissements et services par les administrateurs bénévoles. En résultent des incidences complexes de ce statut d'administrateur bénévole d'une association gestionnaire d'établissement sur les positionnements en CDA, l'associatif pouvant tantôt utiliser ses connaissances de gestionnaire comme ressources, tantôt mettre en avant une posture spécifiquement « militante » propre aux bénévoles, contre la priorité qui serait donnée par les gestionnaires d'établissements aux impératifs gestionnaires.

Spécialisations et relations interassociatives

A cette pluralité de formats (budget, locaux, présence ou non de salariés) s'ajoute **une diversité liée à la spécialisation des associations par type de handicap** (moteur, sensoriel, mental, psychique), qui se double d'une distinction entre **associations regroupant directement des personnes en situation de handicap** (sont principalement concernés le handicap moteur – APF, FNATH, AFM et le handicap sensoriel – associations de personnes déficientes visuelles ou auditives), et **associations regroupant des familles et proches de personnes handicapées** (principalement handicaps mental et psychique : APEI, UNAFAM) ou encore des acteurs éducatifs (PEP, fortement investies par des enseignants), et non (ou beaucoup plus marginalement) les personnes handicapées elles-mêmes.

Dès lors, la mise en relation de ces associations aux formats, objets et orientations différents dans un même ensemble qui serait le « secteur associatif du handicap » est loin d'aller de soi. En pratique, **les pouvoirs publics ont joué un rôle essentiel dans l'impulsion de ce rapprochement**, à travers la définition du « handicap » comme domaine d'action publique (Paterson *et al., 2000)*. Le CNCPH et les CDCPH constituent la traduction institutionnelle de cette logique néocorporatiste de structuration du secteur associatif par l'Etat. Or si le CNCPH peut apparaître comme une institution faisant l'objet d'investissements forts de la

part de ses membres, l'opérationnalisation des CDCPH semble bien incertaine. Pour ce qui concerne les quatre départements étudiés, l'instance ne s'est réunie que rarement. Elle ne constitue pas une institution structurante pour les relations interassociatives. Au niveau local, ces dernières prennent plutôt appui sur d'autres structures de coordination mises en place (parfois très anciennement) ou en cours de formation à partir d'initiatives associatives, témoignant d'une autonomie par rapport à la logique néocorporatiste.

Les associations au niveau local : accompagnement, attributions et effectivité des droits.

Les logiques de l'action associative locale diffèrent assez nettement de l'image dominante des associations au niveau national. Celles-ci insistent davantage sur leur rôle militant et de lobbying. Les associations ou grandes fédérations nationales dans le secteur du handicap sont surtout visibles sur la scène publique à partir de leurs mobilisations auprès des acteurs politiques (par le biais de communiqués de presse, rencontres avec les élus et ministres, manifestations, pétitions, actions de sensibilisation…), là où les associations, au niveau local, apparaissent d'abord comme des gestionnaires de services et d'établissement, mais aussi comme des lieux d'accueil, d'écoute et de convivialité pour les personnes handicapées et leurs familles. Les relations avec les pouvoirs publics, tout aussi étroites qu'au niveau national, y prennent à l'échelle départementale des formes majoritairement institutionnalisée et feutrées, et principalement à partir du « travail de représentation » qui occupe une part essentielle du temps des administrateurs bénévoles. Si des actions plus spectaculaires pourront ponctuellement être organisées au niveau local (manifestations, actions en faveur de l'accessibilité des bâtiments public par exemple), la forme dominante de relation avec les pouvoirs publics reste celle de la participation à divers dispositifs institutionnels prévoyant une représentation associative (commissions locales d'accessibilité, ARS, CDAPH…).

Les rapports entre associations et institutions et les transformations de la régulation néocorporatiste gagnent donc à être étudiés au niveau local : c'est plus nettement au niveau local que se posent très concrètement les problèmes d'articulation entre posture militante et intégration de contraintes institutionnelles, par le biais notamment de la gestion d'établissements et de services et de la participation à l'attribution des droits en MDPH. C'est à cette dernière que nous nous intéresserons dans ce chapitre, en caractérisant le rôle que les associations ont graduellement été amenées à se forger au fil de leurs participations aux CDAPH. Nous verrons plus loin dans ce rapport, dans le second chapitre de la troisième partie, que la place des associations dans le dispositif MDPH et leur rôle dans la définition et la mise en œuvre des droits au niveau local ne se résument toutefois pas à leur participation en CDAPH. Nous montrerons que les associations, notamment par le biais de leur rôle de gestionnaires d'établissements, interviennent à la fois en amont et en aval de la CDA, dans la préparation des dossiers et dans la mise en œuvre des droits notifiés. Nous voudrions donc maintenant nous

concentrer le rôle des associations dans le fonctionnement de la CDAPH, en nous focalisant d'abord sur la constitution et le fonctionnement de la CDAPH, avant de nous intéresser aux positions occupées et défendues par les associatifs en CDA.

Fonctionnement de la CDAPH et modalités de nomination des associations

La CDAPH, « dans les textes » et « en action »

Dans les textes : la CDA, instance décisionnaire de la MDPH

Constituée de représentants institutionnels (4 représentants du CG, 4 représentants de l'Etat (DDCS, inspection d'académie, 2 représentants CAF et CPAM), associatifs (7 associatifs PH, un parent d'élève, un représentant du CDCPH), syndicaux (2) et gestionnaires d'établissements ou de services (2), la CDA constitue la déclinaison, dans le secteur du handicap, des « magistratures sociales » dont la mise en place a été documentée dans d'autres politiques sociales (emploi, RMI, logement…), et consistant à réunir autour d'une même table des acteurs de statuts différents (associatifs, acteurs institutionnels de différents secteurs et niveaux de l'action publique) pour attribuer des droits sur la base de l'examen de la situation et du projet de chaque requérant, conformément à une logique d'individualisation des droits sociaux (Astier and Duvoux, 2006 ; Astier, 2001a, 2001b ; Bertrand, 2010 ; Bureau and Rist, 2012, 2013)

Formellement, la CDAPH est, au sein de la MDPH, l'instance décisionnaire en matière d'attribution des droits aux usagers. Au sein de la MDPH, les dossiers individuels font l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire (EP) qui fait ensuite une proposition de décision (ex. attribution ou non d'une carte de stationnement, affectation d'un taux d'incapacité, orientation vers un établissement spécialisé (éducatif ou ESAT)). Cette proposition a ensuite vocation à être discutée en CDAPH pour être validée ou amendée : c'est donc la CDA qui décide en dernier ressort de l'attribution des droits.

Cette vocation de prise de décision est centrale dans la loi du 11 février 2005. La CDAPH y est présentée comme la commission qui « prend […] les décisions relatives à l'ensemble des droits [de la personne handicapée] » (Article L146-9 du CASF). La rédaction du décret d'application de décembre 2005 précisant la composition et l'organisation de la CDAPH confirme la centralité de cette vocation décisionnaire (Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005). En témoigne notamment l'insistance du décret sur les modalités de vote : distinction entre membres avec voix délibérative ou consultative, nécessité d'un quorum de 50% des membres, vote à la majorité simple avec prépondérance du président de la CDA en cas de partage des voix, modalités spécifiques de pondération pour l'attribution de la PCH afin d'assurer la prévalence des voix du CG.

En termes organisationnels, le décret prévoit la possibilité pour la CDA, sur décision de la COMEX, de s'organiser en « sections locales ou spécialisées, chargées de préparer les décisions de la commission », et comportant au moins un tiers de représentants associatifs. Sur un nombre limité de « matières » (renouvellement d'un droit dans un cas de situation non évolutive, délivrance de cartes d'invalidité ou de priorité, RQTH, urgence), la commission peut également déléguer son pouvoir décisionnaire à des commissions restreintes « comprenant au minimum trois de ses membres ayant voix délibérative, au nombre desquels figurent au moins un représentant du département et un représentant de l'Etat ».

Parmi les éléments importants du décret, référence est indirectement faite à une possibilité pour les usagers de présenter eux-mêmes leur dossier devant la CDAPH, possibilité qui n'est pas formellement introduite, mais que l'on déduit entre les lignes de l'article suivant (la référence à la possibilité « de se faire assister ou de se faire représenter » suggérant que l'on peut aussi s'y présenter soi-même):

> Art. R. 241-30. - La personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée, au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la commission se prononcera sur sa demande, ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix.

En ce qui concerne la relation avec les usagers, des précisions sont également apportées quant aux modalités et aux délais de notification des décisions.

La CDA est donc strictement encadrée juridiquement quant à sa composition, aux modalités de prise de décision et de fonctionnement en commission restreinte et à l'information due à l'usager. Sa mission est définie de façon centrale comme une mission de prise de décisions sur des dossiers individuels. Or, à cette CDA « dans la loi » s'oppose une CDA « en action » aux formats très variables et, pour laquelle, la centralité de la logique décisionnaire n'est pas aussi évidente que ne le suggère le cadrage juridique de l'institution.

Des modalités de fonctionnement variables et en constante transformation

Bien que nous n'ayons pu réaliser dans le cadre de cette enquête qu'un nombre limité d'observations de CDAPH (4 dans 3 départements, cf. *Tableau - Liste des CDAPH observées*), ces observations, complétées par les entretiens réalisées, permettent *a minima* de dresser le constat de la **très forte variabilité des modalités effectives de fonctionnement** de la commission : variabilité d'un département à l'autre, mais aussi au sein d'une même MDPH (entre les CDA adultes et les CDA enfants par exemple). Notre enquête permet également d'attester la forte évolutivité de ces normes de fonctionnement : le fonctionnement actuel résulte, dans chaque département, d'un **apprentissage institutionnel** récent (plusieurs modes de fonctionnement ont pu être « testés » depuis la création des MDPH en 2006), et il est encore sujet à évolutions, sous l'effet d'initiatives aussi venant aussi bien de la présidence de la CDA et du personnel de la MDPH que de

mobilisations associatives (cf. *infra*). La CDA apparaît ainsi à bien des égards comme une institution en réforme constante. De façon significative, au moment de notre enquête de terrain, des transformations du fonctionnement de la CDA étaient en débat dans trois des quatre départements visités. Ce constat vient éclairer les difficultés que nous avons ressenties au fil de l'enquête, en confrontant entre eux les récits de différents enquêtés, pour déterminer de façon précise quelles étaient les modalités de fonctionnement de la CDA : ce que nous avons initialement interprété comme une difficulté d'ordre méthodologique reflète aussi pour partie **une incertitude réelle de certains acteurs quant aux normes de fonctionnement**, incertitude d'autant plus compréhensible que ces normes sont en constante évolution.

Outre le fait que la CDAPH regroupe une série d'acteurs aux intérêts potentiellement divergents (CG, MDPH, associatifs, directeurs d'Etablissements, etc.) dont le rapport de force se noue différemment selon les configurations locales, cette variabilité et cette évolutivité des normes de fonctionnement de la CDA s'expliquent par le caractère foncièrement insatisfaisant, pour les acteurs qu'il met en relation, d'un dispositif pris entre les missions – elles-mêmes plurielles – qui lui sont assignées (décisions d'orientation et d'attribution des droits sur des dossiers complexes, prise en considération de la singularité des trajectoires individuelles et des projets de vie tout en respectant l'égalité de traitement, audition des usagers, dialogue entre institutions…), et les contraintes réelles qui s'imposent à elle (gestion d'un flux croissant de dossiers avec souvent des retards de traitement importants, réunion ponctuelle et en temps limité, ressources financières limitées, manque d'AVS et de places en établissements et services).

Concrètement, les principaux points de variations d'une commission à l'autre concernent l'existence ou non d'une distinction entre commissions « adultes » et « enfants » (héritière de la distinction entre COTOREP et CDES), la tenue ou non de commissions en formation restreinte, l'existence ou non d'un système d'adoption « sur liste » (selon lequel toute une série de « décisions » se matérialisent par la simple présence dans la salle d'un document imprimé indiquant, pour une série de dossiers, la décision de l'EP), la fréquence et la durée des commissions (parmi nos observations, de 1h45 à une journée entière), l'anonymat des dossiers, le temps consacré à la présentation et discussion en séance sur chaque dossier (parmi nos observation, de moins de 2 minutes à 37 minutes), ou encore la part du temps de réunion de la commission effectivement dédiée à l'examen des dossiers individuels (parmi nos observations, de 15% à 100%) (cf. Tableau *Liste des CDAPH observées*).

■ Liste des CDAPH observées

Département	Type de CDA	Horaire	Nombre personnes présentes	Nombre de dossiers discutés en séance	Temps consacré aux dossiers individuels (incluant audition d'usagers)	Temps moyen passé par dossier (hors audition d'usagers)	Nombre d'usagers auditionnés	Temps moyen passé sur le dossier d'un usager auditionné	Nombre de dossiers validés sur liste sans discussion
B	Enfants	9h-18h	16	30	100%	6 mn	3	30 mn	0
D	(de fait : adultes et enfants, pas de distinctions)	9h30-12h	21	5	1h30 (60%)	18 mn	0	0	598
C	PCH	9h-10h45	11	5 (initialement prévus : 3)	≈ 1h15 (70%)	15 mn	0	0	123 (présence d'une liste)
C	Enfants	9h-12h20	17	18	30mn (15%)	1.6 mn	0	0	Présence d'une liste

CDA extensive *vs* CDA a minima ? Une comparaison de deux départements

La comparaison des MDPH des départements B et C illustre bien ces disparités de fonctionnement.

La MDPH du **département B** distingue des commissions « Adultes » et « Enfants ». Chaque semaine se tient une commission plénière (en alternant : une semaine adultes, une semaine enfants) pendant une journée entière (9h-18h30), et une commission restreinte se tient un autre jour de la semaine, également de façon hebdomadaire. L'observation d'une commission plénière (enfants) montre que le temps de la commission est intégralement consacré à la présentation des dossiers individuels : la séance commence avec l'audition des usagers qui en ont fait la demande, puis les membres enchaînent avec l'examen individuel des dossiers qui ont été sélectionnés par l'EP pour être soumis à l'examen de la CDAPH. D'autres dossiers passent « sur liste », c'est-à-dire sans examen.

E17-B (médecin, responsable EP enfant)

La liste bloquée, c'est une liste qui a été validée par la commission exécutive. Et en règle générale, alors, aussi bien, bien sûr, le pôle adulte ou le pôle enfant, et ce sont des demandes pour lesquelles on sait que, systématiquement, la commission va suivre les décisions, soit de renouvellement, soit ce sont des choses qui sont renouvelées à l'identique, soit par exemple c'est des droits, un taux d'incapacité à quatre-vingt qui va ouvrir des droits avec allocation, qu'il n'y a pas de complément associé. Tout ça. Des choses pour lesquelles il n'y aurait pas de discussion, justement.[91]

Enfin, des dossiers seront soumis en « restreinte » quelques jours après. Chaque membre de la CDA dispose d'un listing imprimé (distribué en séance) faisant figurer quatre rubriques : bénéficiaire - demande - proposition - décision.

Bénéficiaire	Demande	Proposition	Décision
(nominatif)			

Chaque dossier est successivement abordé. Après une présentation rapide par les équipes de la MDPH, des demandes de précisions sont formulées par les différents membres de la commission. Sur les 6 dossiers dont la discussion a été observée (observation partielle), la proposition de l'équipe pluridisciplinaire ne fait pas l'objet de contestations. Il n'y a pas de formalisation de la prise de décision : quand la discussion s'épuise, on passe au dossier suivant, sans qu'il y ait eu mise au vote ni même dans certains cas confirmation orale de la décision avalisée pour clore le dossier (implicitement, la proposition de l'EP est validée). Il est à noter que dans ce département, le listing sert de support à la discussion, mais tous les dossiers du listing sont successivement abordés à l'oral par la commission (le temps moyen passé par dossier est de 6 minutes pour les 6 dossiers dont nous avons pu observer la discussion, auxquels s'ajoutent 3 dossiers pour lesquels les requérants ont été auditionnés, et sur lesquels le temps moyen passé par dossier était de 30 minutes).

La MDPH du **département D** n'opère pas de distinction entre CDA « Adultes » et « Enfants », et n'a pas (à notre connaissance) de commission en formation restreinte. La CDA se tient deux fois par mois, sur une demi-journée (9h30-12h30). Les équipes de la MDPH sélectionnent un petit nombre de dossiers en fonction de thématiques qu'elles souhaitent voir discutées en commission (ou sur la demande de membres de la commission qui souhaitent voir des exemples de dossiers sur une problématique donnée), et le reste est validé par la simple présente d'un listing imprimé en quelques exemplaires dans la salle, comprenant les rubriques indiquées ci-dessous.

N° de dossier	Nom	Date de naissance	Coordonnées	Taux d'incapacité	Demande	Proposition de l'EP	Date d'ouverture des droits	Date de fin de droits

[91] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot

Un autre tableau récapitulatif indique l' « ordre du jour » de la réunion (ici par exemple, pour la CDA que nous avons observée) :

	Enfants	Adultes
Examen approfondi	3	3
Examen simple	183 (215 demandes)	415 (1230 demandes)
Total	186	418
	604 dossiers	

L'observation d'une commission montre que le temps imparti à l'examen des six dossiers sélectionnés par l'EP est limité (1h15 sur une réunion de 2h30) par rapport au temps de discussion sur des sujets thématiques, qui sont d'ailleurs prévus en amont et abordés avant la présentation des dossiers. Ainsi, le jour de notre observation, une discussion avait été prévue sur le thème des amendements Creton. Cette discussion a duré pendant la première heure de séance. Deux représentants de l'ARS, venus spécifiquement pour cette discussion, quittent la salle au moment du début de l'examen des dossiers individuels. Les dossiers « présentés » font l'objet de questions, mais la prise de décision n'est pas formalisée : on passe d'un dossier à l'autre sans mise au vote ni formalisation d'une prise de décision.

Au-delà de la prise de décision : l'enjeu de la CDAPH est-il ailleurs ?

Si ces deux cas départementaux diffèrent à bien des égards (existence ou non d'une distinction adultes/enfants, examen exhaustif des dossiers *vs* adoption du liste, durée longue ou courte de la commission, etc.), ils convergent étonnamment du point de vue du faible degré de formalisation de la prise de décision, élément qui est pourtant au cœur de la définition juridique de la CDA, ainsi que précédemment établi. Dans ces départements, comme dans le troisième où nous avons mené des observations de CDA, les décisions observées ont été adoptées sans mise au vote. De façon significative, la seule tentative de mise au vote à laquelle nous ayons assisté a échoué (cf. Encadré – *Echec d'une tentative de mise au vote*). Si ce constat ne devrait pas être généralisé sans précaution (d'autres observateurs, dans cette équipe comme dans d'autres travaux sur des CDA, ayant rendu compte de mises au vote - (Bertrand, 2012 ; Bertrand *et al., 2012)*), il signale *a minima* une prise de distance assez aisée, en CDA, par rapport aux dispositions juridiques relatives à la procédure de vote.

Le recours au vote peut être envisagé en fonction de deux critères : le type de management du président et le niveau de conflictualité. Dans le département B, le médecin responsable de l'EP adulte nous explique quelques jours après cette CDA le fonctionnement de la commission. Ce médecin met alors en évidence des modes de présidence différente. En effet, l'observation de cette CDA nous avait permis de voir un brutal changement de pratique quand le vice-président (qui présidait en l'absence du titulaire officiel du poste) a dû s'absenter. Le nouveau président a alors eu un recours quasi-systématique au vote :

E12-B (responsable EP Adulte)

Q : Comment ça fonctionne la CDA ?

R : Comme c'est sur de l'humain, ça fonctionne, ça va dépendre. Vous voyez, vous avez vu effectivement, en une après-midi, il y a des situations pour lesquelles ça a passé, personne ne va dire quoi que soit, il va pas y avoir de vote. Et tout d'un coup, il suffit que, je ne sais pas, une situation qui a ou qui a plus branché quelqu'un, enfin j'en sais rien pourquoi, et puis là, on va débattre un peu plus. Donc je dirais que ça, là, je peux pas trop vous dire, enfin ça dépend comme même. Là, vous étiez à une commission où – l'après-midi qui c'est qui y était ? Oui, c'était quelqu'un qui avait l'habitude quand même.

R : C'était d'abord Monsieur [X]. Et après, c'est Monsieur [Y] de la CPAM qui a pris le… Alors, il y avait deux méthodes très différentes, parce que Monsieur [X].

À : Peu, d'habitude. Parce que ça ne fait pas très longtemps qu'il reprend des fonctions. Donc il a souvent eu l'habitude de prendre la présidence, donc, effectivement, il ne manage pas de la même façon. Alors que Monsieur [Y], il avait déjà eu l'habitude de prendre la présidence et c'est vrai que Monsieur [Y] a plutôt tendance a systématiquement : "voilà, est-ce que vous êtes tous d'accord ?". Et dès qu'il sent qu'il a un p'tit peu, qu'il pourrait y avoir un p'tit enjeu, principalement par rapport aux allocations et aux compléments à l'heure actuelle, c'est un p'tit peu là-dessus que les membres se questionnent actuellement. C'est plutôt du versant allocation. Donc voilà, il a plutôt tendance, effectivement, à passer rapidement au vote. [92]

Le recours au vote doit également être envisagé comme la conséquence d'une conflictualité croissante à l'intérieur de la CDA. Le recours au vote sert moins alors à faire basculer les majorités qu'à marquer les positions.

▪ O31-C : Echec d'une tentative de mise au vote par une représentante du CG dans une CDA (PCH)

CDA-PCH dans le département C. Sont présents : 2 personnels de la MDPH, 3 représentants associatifs, 4 représentants du CG, un de la CPAM, un de la CAF. La réunion commence à l'arrivée des deux personnes de la MDPH, qui apportent un tableau récapitulatif « Tableau PCH – Secteur X » qui compile, concrètement, les 123 décisions qui seront entérinées par cette réunion de la CDA, mais cette validation des décisions n'est formellement entérinée à aucun moment. Le tableau contient 5 colonnes : Bénéficiaire/ Proposition/ Du / Au / Valeur. La colonne « bénéficiaire » contient les noms, prénoms, adresse et n° de dossier du requérant. Dans la colonne « propositions » on n'a que des accords.

Une des deux personnes de la MDPH précise « on n'a que 3 situations à présenter ». Quelqu'un demande « on ne reçoit pas de famille ? ». L'agent de la MDPH lui répond « non, pas de rendez-vous, que 3 situations que je vous présente parce que je ne voulais pas vous déranger pour rien ».

La présentation des trois cas est surtout l'occasion de discussions d'ordre plus général sur la situation dans le département (manque de place en MAS, problèmes de transport, difficulté à obtenir des directeurs d'établissements un suivi des décisions notifiées par la CDA, du fait notamment d'une priorité donnée à des handicaps stabilisés et/ou moins « lourds » à gérer) ou sur des points spécifiques de droit du handicap (caractère limitatif du forfait cécité). Sur les 3 cas

[92] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot

évoqués, la prise de décision de la CDA n'est pas formalisée. L'agent de la MDPH commentant sur les cas présentés souligne d'ailleurs qu'ils sont « indiscutables ».

Une heure après le début de la réunion, les 3 situations ont été examinées. Les représentants associatifs ayant remarqué la présence, sur le listing, de dossiers très anciens (datant de 2008/2009), les agents de la MDPH se proposent d'aller chercher quatre dossiers anciens pour qu'ils soient discutés en commission. Un agent va les chercher et indique n'en avoir trouvé que deux sur les quatre. Le deuxième cas évoqué donne lieu à un débat important : il s'agit d'une demande de PCH pour financer l'achat d'un ordinateur portable. La discussion qui s'ensuit est un exemple (que nous n'avons pas rencontré si fréquemment) d'opposition idéal-typique entre une position associative favorisant une défense et une extension des droits des usagers, et une position du Conseil général plus restrictive, une représentante du CG tentant même, sans succès, une mise au vote de la décision (sur la PCH, les représentants du CG ont intérêt au vote puisque leurs voix sont automatiquement majoritaires, selon la modalité de pondération des voix prévue par la loi). L'extrait suivant reprend l'échange entre deux représentants associatifs (indiqués Asso 1 et Asso 2) et les quatre représentants du CG (indiqués CG1, 2, 3, 4) :

Asso 1 : « il pourrait faire une demande d'ordinateur au titre de la vie sociale… »

CG1 « en espérant qu'il n'en a pas déjà […] s'il est chez lui rien ne l'empêche de se reposer après avoir travaillé sur un ordinateur fixe […] pour moi on excède un peu le cadre de la PCH »

Asso 2 : « on l'a attribuée parfois pour communiquer »

CG1 « je ne vois pas en quoi il a plus besoin d'un ordinateur portable que vous et moi »

CG4 « c'est une simple raideur, il peut s'assoir »

CG1 : « qui vote pour rejeter la demande d'ordi portable ? Je vote pour rejeter la demande… » (elle lève la main, signalant son suffrage, et est la seule à lever la main, sa tentative de mise au vote échoue)

Aucune décision n'est formalisée, mais comme la demande faisait partie des demandes acceptées indiquées dans le listing, on peut supposer que la réponse positive n'a pas été modifiée.

Outre le fait qu'il illustre les postures que l'on pourrait théoriquement attendre des deux types de membres (associatifs défendant les droits des usagers, CG sur une ligne plus restrictive), cet exemple montre bien l'équilibre complexe qui se noue entre MDPH, représentants associatifs et CG : les agents de la MDPH présents sont dans une posture plutôt extensive, et se heurtent aux représentants du CG plus sensibles aux contraintes budgétaires. Les représentants associatifs jouent leur rôle de vigilance en s'inquiétant de la présence de dossiers très anciens, mais ce faisant conduisent à faire « remonter » en CDA des dossiers sur lesquels la décision positive prise par l'EP risque d'être remise en cause par une opposition des représentants du CG qui ont voix prépondérante. Ceci est toutefois limité par le caractère largement informel de la discussion et l'absence de recours systématique au vote, qui permet de disqualifier facilement, dans l'interaction, la tentative d'opposition d'une représentante du CG.

Mais au-delà même de l'absence ou de la rareté des mises au vote, c'est la **très faible formalisation de la prise de décision** elle-même qui nous a frappés au cours de l'enquête. Dans un nombre non négligeable de cas, le dossier est décrit, la proposition de l'EP indiquée, puis un échange de questions et réponses s'ensuit avant que l'on passe au dossier suivant sans même indiquer quelle est finalement la décision de la CDA (que l'on imagine alors correspondant à la proposition de l'EP, sans pouvoir établir si c'est effectivement le cas). Nous avons observé à de nombreuses reprises des passages sans transition d'un dossier à l'autre, nous donnant l'impression d'avoir « manqué » la décision. Ici encore, ce que nous avons vécu sur le moment comme une difficulté méthodologique (difficulté à identifier la nature de la décision finalement adoptée, d'où notamment une difficulté à analyser si tel ou tel argument mobilisé dans la discussion avait réussi à convaincre), que nous avons initialement analysée en termes de manque d'attention de notre part, dénote aussi et surtout une faible formalisation de la prise de décision en pratique. Le degré d'implicite est ici frappant, par rapport à une mission qui est juridiquement définie comme étant l'enjeu même de la CDA, instance avant tout définie comme une instance *décisionnaire*. La faible formalisation des décisions de l'EP est bien traduite par l'absence de production de procès-verbal de CDAPH dans 3 des 4 MDPH étudiées – même si des projets en ce sens étaient envisagés dans la MDPH A au moment de l'étude. Dans un département étudié, ce sont les associations qui ont assuré le compte-rendu pendant les premières années de fonctionnement de la CDA

> E170
>
> Au départ, pendant trois, quatre ans, y'a eu aucun compte-rendu de CDA, autre qu'associatif – c'est la [associations de parents d'élève] et [association] qui faisaient un compte-rendu associatif. Nous, on a dit : « c'est une priorité. Parce que si y'a pas de compte-rendu, y'a pas de mémoire ». Et puis, là, depuis un an et demi, c'est le Conseil général qui fait les comptes-rendus ».

Dans un autre département, les associations ont réclamé l'établissement de ces PV, essentiellement pour avoir un aperçu de ce qui se décidait « sur liste », c'est-à-dire dans l'EP :

> E176
>
> On a demandé à ce qu'on soit un peu mieux sensibilisé à ce qu'on faisait et aux conséquences de ce qu'on faisait. Donc la première chose ça a été le PV et puis on va voir un p'tit peu. [...]

Quand il existe, le format même du PV est sujet à variation :

> E167 – Présidente CDAPH, directrice personnes handicapées du CG[93]
>
> Q : Puisqu'on parle de bilan, est-ce qu'il y a des comptes-rendus, des PV de séance ?
>
> R : Oui, pour toutes les CDA.
>
> Q : Mais est-ce que c'est un compte-rendu qui enregistre sur la décision – tant de décisions d'orientations, etc. – ou est-ce que c'est un PV qui enregistre plus les débats ?

[93] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot

> R : C'est très variable selon le rédacteur du compte-rendu. Il se trouve que maintenant – ça, c'est l'ancienne présidente de la CDA qui l'avait instauré, je trouve ça très bien – donc, obligatoirement, le compte-rendu c'est toujours des personnes du service personnes handicapées, enfin notre service, qui le fait. Y'a assez peu de questions de fond – sauf sur la CDA enfant parce que c'est moi qui le fais (sourire), donc il est relativement exhaustif, mais assez casse-pied à lire, et on le transmet aux vingt-quatre membres plus aux quatre suppléants à chaque fois. Donc, à chaque fois, je suis un peu gênée. Évidemment, on ne met pas les noms sur les comptes-rendus, mais par contre…

Ceci renvoie bien entendu au rôle essentiel des EP dans la préparation des décisions. Le fait que les dossiers soient souvent introduits en commission par les équipes de la MDPH comme des dossiers que l'on vient « présenter » ou « montrer[94] » à la CDA (et non comme des dossiers que l'on viendrait « soumettre » au jugement de la commission, par exemple) est significatif du rôle prépondérant des EP dans la définition des orientations et de l'attribution des droits. Par exemple, lors d'une CDA PCH dans le département C, la personne de la MDPH introduisant les dossiers soumis à la discussion précise qu'il s'agit de « 3 situations que je vous présente parce que je ne voulais pas vous déranger pour rien » (cf. *O31-C supra*).

Mais si la prise de décision sur les dossiers individuels semble finalement jouer un rôle moins central que ne le prévoit la loi, c'est aussi parce que **la commission se trouve investie, de fait, d'autres missions par les différents acteurs qui y participent** – les finalités de la participation en CDA variant bien entendu d'un acteur à l'autre. Tout d'abord, pour rester dans le domaine des décisions d'attributions de droits et d'orientations, comme nous le verrons de façon plus détaillée à partir des modalités de l'investissement associatif de la CDA, se mettent en place des formes alternatives de participation indirecte à la prise de décision, par la participation à la **définition d'une forme de jurisprudence**. Il s'agit alors**, à l'encontre de l'injonction à l'individualisation**, de prendre acte du caractère récurent d'un certain nombre de dossiers pour définir des modèles de prise de décision qui constituent une forme de jurisprudence mobilisable par les EP : comme nous le verrons dans le cas du département C, il peut ainsi arriver que les EP viennent formellement consulter la CDA sur une thématique particulière. Mais au-delà de la dimension de prise de décision (décider d'une attribution de droits ou d'une orientation, sur des dossiers individuels ou sur des « types » de dossiers), la CDA peut aussi être investie d'autres finalités par ses membres. Par exemple, pour les associations, c'est un lieu essentiel de sensibilisation à « son » handicap, ainsi que l'occasion de nouer ou renforcer des liens avec des interlocuteurs institutionnels et avec les autres associations. Mais la CDA est surtout pour les différents acteurs réunis autour de la table un moyen essentiel de mieux connaître les structures et ressources disponibles, ainsi que l'état des besoins dans le département. C'est, nous le verrons, ce qui donne notamment sens aux débats entourant la question de « l'orientation par défaut ».

---

[94] Ces termes donnent par ailleurs sens à l'idée d'un « droit de regard » des associations sur les décisions tendant à se substituer à une véritable participation systématique à la prise de décision, comme nous serons amenés à le développer.

Associations : qui est représenté en CDA ?

Le Code de l'action sociale et des familles prévoit que la CDAPH comprend « sept membres proposés par le directeur départemental chargé de la cohésion sociale parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leurs familles ». Le texte n'apporte aucune précision quant aux caractéristiques des associations concernées (gestionnaires ou non), quant aux modalités de sélection de ces associations (quels critères de représentativité), ou encore quant au statut des membres représentants les associations (bénévoles de l'association, salariés du siège social, directeurs d'établissement). Sur la base de ce cadrage juridique très ouvert, par qui et comment ces membres sont-ils désignés en pratique ? Dans quelle mesure observe-t-on des usages communs, d'un département à l'autre, quant à la nomination des membres associatifs ?

Comment représenter ?

Force est de constater que les pratiques varient très fortement d'un département à l'autre. Le seul élément qui semble faire l'unanimité est la conception selon laquelle les 7 sièges associatifs doivent représenter la diversité des types de handicap. Un responsable associatif décrit ainsi comment le Département cherche à obtenir « un panachage des types de handicap » :

> E96-A
>
> R : […] Généralement, ils prennent des associations représentatives de tous les types de handicap - généralement, après c'est pas une obligation. Je veux dire, c'est de leur propre discrétion.
>
> Q : Concrètement, le panachage se fait comment, quand vous dites « tous les types de handicap » ?
>
> R : Généralement, par exemple, sur la CDA [du département A], on a l'UNAFAM, l'AVH qui est le handicap sensoriel, on a l'APF qui est le handicap moteur. Après, y'a l'ADAPT qui siège aussi avec toute la formation professionnelle et l'emploi. On a un panachage des types de handicap, des secteurs où les gens doivent intervenir. Mais, ce n'est pas une obligation. Ce n'est vraiment pas une obligation. C'est chaque MDPH.

Le cas de l'ADAPT permet de souligner que le « panachage » opéré par les pouvoirs publics ne se fait pas seulement ici par type de handicap mais peut également prendre en considération les domaines d'interventions concernés par la problématique du handicap (ici l'emploi), ce qui renvoie au caractère intersectoriel de cette question. Le principal critère de « panachage », tel que décrit dans tous les départements visités, n'en reste pas moins le type de handicap visé, avec une classification, que l'on retrouve d'un département à l'autre, **entre handicaps moteur, mental, sensoriel et psychique**. Le souci d'inclure en CDAPH au moins un-e représentant-e de chaque « type » de handicap (objectif affiché, qui n'est pas toujours concrètement rempli) induit des conditions de concurrence variables entre associations selon leur spécialisation, les associations étant, selon les départements, moins nombreuses dans certains secteurs que dans d'autres. Ainsi, dans un département, une présidente d'association dédiée à la déficience visuelle remarque que son association était la seule à candidater dans ce secteur :

> [...] Tout au début quand la MDPH a été créé, il a fallu faire acte de candidature, en fait. Donc, toutes les associations ont présenté une personne mais n'était retenue qu'une seule personne par handicap. Donc, nous, on avait 99,999999999% de chances d'être retenus puisqu'on était les seuls à se présenter. Donc, on a été accepté comme ça.

Même constat pour une association dans le secteur du handicap psychique, où l'on souligne que la nomination n'a pas posé problème dès lors que l'association était « reconnue » :

> E97-A
>
> Q : Est-ce qu'il a fallu lutter en amont pour être représenté ?
>
> R : Non. C'était pratiquement automatique dans la mesure où notre association, la délégation, était reconnue. Donc, ça n'a pas posé de problème.

Mais au-delà de cette exigence de « panachage », la manière dont celle-ci est mise en pratique varie très fortement selon les départements, si l'on considère par exemple les questions de savoir si la même association doit être présente en CDA et en COMEX, ou encore si titulaire et suppléants en CDA appartiennent ou non à la même association, voire à la même famille de handicap. Ainsi, dans la désignation des associations représentées en CDA, il peut arriver que les postes de titulaire et de suppléant soient attribués à deux associations différentes, ce qui permet éventuellement de concilier des concurrences interassociatives, tout en permettant aux pouvoirs publics de « reconnaître » un plus grand nombre d'interlocuteurs. De façon similaire, ce ne sont pas nécessairement les mêmes associations qui sont désignées comme représentantes en CDA et en Comex. Dans d'autres cas, une même association peut cumuler les représentations, par exemple, dans le département A :

> E87-A
>
> R : [Notre association], on la retrouve dans les différentes strates de toute façon : la CDAPH, on la trouve en ITEC, mais on la trouve aussi en COMEX. Chacun effectivement en fonction de son rôle dans l'association.
>
> Q : Donc, en CDA, c'est un directeur d'établissement qui est là au titre de l'APEI ?
>
> R : Voilà.

Lorsque la représentation en CDA (titulaire + suppléant) est accordée à une association, dans un cas observé l'association concernée a négocié le nombre de suppléants (jusqu'à 3) afin de favoriser sa représentation à toutes les sessions de la CDAPH :

> E28-B
>
> Q : Est-ce que vous avez besoin de faire des démarches en amont pour, je ne sais pas, déposer des candidatures ?
>
> R : Oui, on dépose des candidatures. Ils nous demandent quand ils revoient l'arrêté. De même que nous, un moment, quand on n'était que deux, et qu'on a voulu passer à trois, puis après à quatre, on a fait un courrier en disant : « attendez, on ne peut pas mettre quelqu'un ? ».

Or dans ce même département, un autre siège était partagé (titulaire et suppléant) par deux associations visant deux types différents de handicap,

handicap moteur pour l'une et déficience sensorielle pour l'autre. Comme le souligne le représentant d'une des deux associations :

> E32-B
>
> [...] Ça ne correspond à rien du tout parce que, là, je suis avec [une association visant une déficience sensorielle]. C'est vraiment pas dans nos fonctions (...) Ils ont tout mélangé. Encore, on aurait été avec [une autre association spécialisée dans le handicap moteur], ça se rapprochait un p'tit peu. (...) C'est n'importe quoi.

Les règles selon lesquelles s'organise la représentation apparaissent donc extrêmement variables y compris au sein d'un même département. De façon homologue, les procédures de désignation varient sensiblement d'un département à l'autre.

Qui choisit ?

La qualification générale du fonctionnement du secteur du handicap en termes de « néocorporatisme » masque une diversité de configurations locales pour ce qui a trait aux relations entre associations et pouvoirs publics, que reflètent bien les processus variables présidant à la sélection des membres associatifs en CDA. La formule juridique « sept membres proposés par le DDCS parmi les personnes présentées par les associations » ouvre la voie à une pluralité de configurations : selon le nombre de « personnes présentées », la sélection peut s'opérer tendanciellement au niveau de la DDCS, ou plus en amont parmi les associations. Si l'on s'intéresse à la question de savoir qui maîtrise effectivement le processus de sélection, les départements visités donnent à voir deux configurations extrêmes (sélection par les pouvoirs publics *vs* sélection en interne par le milieu associatif lui-même) et une configuration intermédiaire dans laquelle la multiplication des parties prenantes à la décision coïncide avec une incertitude caractérisée sur la nature du processus.

Dans le département A, les récits de nomination en CDA font apparaître directement le rôle des pouvoirs publics (« c'est sur proposition du directeur de la MDPH qui doit être entérinée par le préfet » (E 99)). Les associations sont alors en situation de concurrence directe auprès des pouvoirs publics pour obtenir des places de représentation.

A l'opposé, dans le département D, la responsabilité de l'attribution des différentes fonctions de représentations est conférée par l'ensemble des associations à une coordination interassociative ancienne, et à la légitimité bien établie au sein de l'ensemble des acteurs associatifs (à une exception près, une association ayant contesté le choix de la coordination pour la représentation auprès de l'ARS). Un responsable de cette coordination commente sur ce processus de désignation :

> E179-D
>
> Notre rôle c'est de faire en sorte que les différentes familles de handicap soient représentées dans les différentes instances, et donc quand y'a des demandes on essaye de consulter le réseau associatif pour que ça se passe aussi bien que possible. Ça a été particulièrement vrai - puisque c'est le sujet, je crois, qui nous concerne : les MDPH, lorsqu'elles ont été instituées. [...] Là, la coordination a réuni les associations à la fois pour savoir qui était candidat

> pour être présent à la COMEX et présent à la CDAPH. On a fait une réunion spécifique où les gens se sont mis d'accord [...]. En jouant sur à la fois la CDAPH et puis la COMEX, on a réussi à trouver des arrangements. Y'a des associations qui se sont un peu frittées. On a fait en sorte, [dans notre département], que toutes les grandes familles soient représentées. [...] Sinon, si on laisse faire les plus grosses, y'a qu'un seul type de handicap qui est représenté quasiment, enfin deux. C'était un peu le cas [dans un autre département]. [...] Je pense que y'a une richesse dans la variété des associations. Il faut qu'elles soient, si possible, représentées. Quand y'a une question spécifique, y'a les déficients visuels qui vont pouvoir parler correctement de la déficience visuelle : ils le vivent au quotidien, c'est à eux d'en parler, c'est pas à quelqu'un d'autre. Par exemple.

Par opposition à ces deux situations extrêmes (sélection entre les mains des pouvoirs publics dans le département A, et entre les mains d'une coordination interassociative autonome dans le département D), le département B donne à voir une configuration intermédiaire, où prédomine une forte incertitude quant aux modalités de sélection. De façon déconcertante, les récits des modalités de choix des représentants associatifs en CDA varient d'un interviewé à l'autre. Selon l'une d'entre elles, « c'est sur proposition de la MDPH. C'est la MDPH qui propose au préfet et donc c'est le préfet qui arrête ces nominations, après » (E32-B). Selon un autre interviewé du même département, les nominations en CDA passent par l'intermédiaire du CDCPH, auprès duquel les associations doivent au préalable déposer leurs candidatures :

> E36-B
>
> [...] Les associations présentent une personne ou deux personnes au comité départemental consultatif des personnes handicapées qui, eux, cet organisme-là, valident les candidatures et les présentent au préfet, et là, y'a un vote fait en séance plénière, et les associations sont élues, ou titulaire, ou suppléant.

Le même interviewé remarque toutefois que « le problème, c'est que le comité départemental ne s'est pas réuni depuis deux ans » (E 36), et en pratique, selon un autre responsable associatif du même département, le renouvellement des membres de la CDA s'est fait par « tacite reconduction », sans nécessité de démarches préalables de la part de l'association :

> E10-B
>
> R : Là, la dernière fois, ça s'est fait vraiment par tacite reconduction. On a reçu un courrier : « voilà le renouvellement de la CDAPH ». En COMEX, on reçoit bien un courrier nous demandant de faire des candidatures. Le dernier renouvellement, on a reçu un courrier : « voilà, c'est ça ».
>
> Q : D'accord. Donc, c'est eux qui décident ? Vous n'avez pas à faire un travail en amont, je ne sais pas, pour obtenir d'être reconduit ?
>
> R : Il aurait fallu faire un travail en aval si on n'avait pas été reconduit (rires). L'ARS, on a fait réviser trois fois les arrêtés en disant : « ça va pas. Y'a pas d'handicap moteur, c'est inadmissible ».

Ce dernier témoignage permet de souligner comment la mise en place des ARS vient bousculer – sans la renverser – la régulation néocorporatiste établie : des associations qui, au sein de la MDPH, faisaient l'objet d'une reconduction « tacite » de leur représentation, doivent protester à plusieurs

reprises afin d'obtenir d'être représentées auprès de l'ARS[95]. Dans le département D, une COMEX s'ouvre par la communication, par le DPAPH du soutien du CG à la nomination à l'ARS d'une association membre de la COMEX.

Une dernière version des modalités de nomination des associations en CDA dans ce même département B suggère la coexistence d'un processus formel d'alternance entre (l'ex) Direction départementale de la cohésion sociale et le Conseil général dans la prise de décision (suite à un appel à candidatures non publicisé), avec un processus plus informel de désignation par une coordination interassociative locale à la légitimité contestée, auprès de laquelle les associations devaient également se manifester :

> E27-B
>
> R : […] La candidature pour la CDA, et la COMEX aussi, s'est faite de manière bizarre. Ici, c'était la Cohésion Sociale qui devait gérer ces questions de mise en place - la fois d'avant, c'était le Conseil général qui organisait - c'est alternatif. Et puis, sans le dire aux intéressés, il fallait candidater, on avait une date limite à laquelle j'ai répondu par mail, etc.
>
> Q : Donc, y'avait effectivement un appel à candidature.
>
> R : Mais, parallèlement, y'avait une mission qui avait été donnée à cette fameuse association, [association F, qui entendait fédérer diverses associations locales], pour dire : « vous représentez toutes les associations, donc vous nous donnez les six noms des personnes ». Mais, je n'ai jamais candidaté au niveau de cette association (sourire). Faut le savoir. Et puis, ma demande que j'avais transmise à la Cohésion Sociale n'a pas été répercutée au niveau de [l'association F], donc ça fait qu'ils ont considéré que je n'étais pas candidat. […] C'est au niveau de la Cohésion Sociale qu'ils ont fait le tri parce que c'est eux qui organisaient au niveau des titulaires et des suppléants. C'était le choix de la cohésion sociale, on va dire. J'avais eu quelqu'un avec qui j'avais eu quelques frictions, aussi. Alors, c'est peut-être ça à l'origine. C'est peut-être un problème d'individu.

Bénévoles ou professionnels, qui représente les associations ?

Au-delà de la sélection des associations représentées en CDAPH (et en Comex) se pose la question du choix de la personne qui, au sein de l'association, va représenter celle-ci en commission. Le Code de l'action sociale et des familles parle de « personnes présentées par les associations »,

[95] Les ARS ne comprenaient initialement pas de représentants associatifs. Les associations ont réussi à obtenir une place pour siéger. Voir par exemple la réponse du Ministre de la Santé à une question d'un député UMP le 18 mai 2010 : « Les préoccupations des associations d'usagers et de familles, intervenant notamment dans le secteur du handicap, quant à leur place future au sein des ARS sont prises en compte dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Un amendement, introduit par le rapporteur à l'Assemblée nationale, avec l'accord du Gouvernement, précise la composition du conseil de surveillance, pour faire apparaître explicitement la représentation du secteur associatif, dans ses différentes composantes : représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées. Par ailleurs, les représentants des usagers et des familles auront pleinement leur place également au sein de la nouvelle conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans laquelle un collège sera réservé au secteur associatif, ainsi qu'au sein des conférences de territoire. À tous ces niveaux, les usagers pourront participer à la définition des priorités de la politique régionale de santé et de ses conditions de mise en œuvre. La mise en place des ARS, disposant de délégations territoriales, au plus près des territoires, vise à permettre cette pleine association de l'ensemble des acteurs concernés par l'évolution du système de santé aux politiques de santé menées en région » (http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-45746QE.htm)

sans préciser leur statut. Les textes laissent donc ouverte la question de savoir par qui, en leur sein, les associations sont censées être représentées. Or les modalités concrètes de participation en CDA varient selon que l'association est représentée par son/sa président-e, souvent aguerri-e aux fonctions de représentation, par un-e « simple » bénévole (administrateur/trice non président-e ou simple adhérent-e) plus novice dans ces fonctions, ou encore par un-e directeur/trice de siège social ou d'établissement.

Dans les quatre départements visités, le choix est laissé aux associations, même si dans un des départements, des préférences ont été exprimées par une directrice de MDPH dans le sens d'une représentation par des bénévoles plutôt que par des professionnels, d'après le témoignage de cette présidente d'association :

> E177-D
>
> De la même façon, du coup, on en a discuté avec la directrice de la MDPH, alors, elle me dit : « C'est pareil, en CDAPH, aujourd'hui, c'est essentiellement des directeurs » - alors, là, je fais mon *mea culpa*, c'est que, moi, j'ai quelqu'un qui est désigné pour siéger en CDAPH en tant que suppléant, et j'ai désigné la cheffe de service qui est ici. D'abord, y'avait une question de disponibilité, premièrement. Et puis, deuxièmement, je pensais que ses compétences techniques pouvaient avoir un intérêt. Et elle me dit : « non, c'est pas du tout ce qu'on souhaite » (et je n'avais pas réfléchi). « Nous, les équipes pluridisciplinaires ont toutes les compétences pour tout ce qui relève de la technicité, nous, ce qu'on veut, c'est un avis de militant ». Et c'est bien pour ça qu'on siège à la MDPH. Un positionnement de directeur est forcément différent qu'un positionnement d'un militant. C'est un problème, même, qu'on rencontre au sein de notre association puisque, je vous dis, la trésorière est issue du médico-social, elle a été directrice d'établissement, du coup, elle se positionne en tant que directrice et pas en tant que militante.

Cet extrait reflète bien les attentes de rôles qui entourent la représentation en CDA : la participation des associations est communément interprétée comme ayant pour raison d'être l'adoption par les associations d'un point de vue « militant » par opposition au point de vue « technique » des directeurs d'établissements. On voit simultanément ici comment cette valorisation de la posture « militante » peut être mobilisée par la direction de la MDPH pour éviter que l'expertise technique des directeurs d'établissement ne vienne concurrencer celle des EP – on chercherait, dans cette optique, à réduire la représentation des établissements en CDA. Cet extrait permet enfin de souligner que le statut au titre duquel on est nommé en CDA ne suffit pas à déterminer un positionnement, du fait notamment de l'imbrication fréquente entre carrières associatives et professionnelles : ici, la trésorière de l'association, ayant elle-même été directrice d'établissement, « se positionne en tant que directrice et pas en tant que militante ».

En pratique, les associations ne sont pas systématiquement représentées en CDA par des bénévoles, bien que cela soit majoritairement le cas. Dans certains cas, les directeurs (ou membres de l'équipe de direction) de sièges sociaux ou d'établissements ou services participent à la représentation associative. Un directeur d'établissement abordant ce sujet estime que les directeurs ne sont pas incités à endosser des fonctions de représentation en

CDA du fait du caractère extrêmement chronophage de ces dernières, qui ne peuvent relever selon lui que d'un « engagement militant » :

> E29-B
>
> Q : Vous n'êtes pas amené à siéger en CDA.
>
> R : Non. Je peux, je pourrais. J'aurais pu poser ma candidature à la CDA. Monsieur X représente [l'association gestionnaire de l'établissement dirigé par l'interviewé]. J'aurais pu représenter [l'association]. Vous avez des directeurs qui représentent les associations. Je ne sais pas comment ils font en termes de temps. C'est quand même une présence extrêmement longue, qui rapporte quoi à l'association ? C'est un engagement militant.

Un président d'association critique, quant à lui, la légitimité d'une représentation par des directeurs, arguant du fait qu'ils outrepassent ainsi les limites de leur rôle professionnel, de ce pour quoi ils « sont payés » :

> E27-B
>
> Il y a des associations qui ne sont pas représentatives du tout, qui ont un titulaire, qui siègent rarement, même des professionnels qui sont payés par ailleurs, ce ne sont pas des bénévoles. Moi, j'y vais en tant que bénévole. C'est là où je dis : « Il y a quelque chose qui ne va pas ». Ils sont payés par les financeurs, Conseil général ou l'ARS, pour faire un travail donné, mais pas pour représenter une association, je ne suis pas d'accord, au sein de la CDA. Qu'ils soient, après, dans les commissions internes, je veux bien, pluridisciplinaires, des choses comme ça. Mais, pas au niveau… Je ne suis pas d'accord du tout, enfin, ce n'est pas moi qui décide.

Les organismes gestionnaires d'établissements et services sont par ailleurs représentés en tant que tels avec voix consultative (deux représentants, l'un sur proposition du DDCS et l'autre sur proposition du président du CG, alors que les associations sont toutes proposées par le DDCS). Le fait que des associations gestionnaires soient également représentées au titre des associations représentatives (y compris, comme nous l'avons vu, représentées dans certains cas par des directeurs d'établissements et non par des bénévoles) tend à créer un flou entre les deux catégories. En effet, rien ne permet d'établir clairement en quoi une association gestionnaire devrait être plutôt représentée au titre des associations ou au titre des organismes gestionnaires d'établissements et services. Or les implications étant différentes en termes de participation à la prise de décision (voix délibérative vs voix consultative), ceci peut donner lieu à des contestations. Dans l'extrait ci-dessous, un administrateur conteste les modalités de nomination en CDA sur la base d'une comparaison, en termes de poids économique, entre son association (représentée au titre des organismes gestionnaires) et celles représentées dans le collège des associations :

> E30-B
>
> On ne sait pas comment est choisi [comment sont choisies les associations nommées en CDA]… Il n'y a pas de critères parce que, nous, par exemple, on a la commission des droits et de l'autonomie, mais on a été désigné par le directeur général de la cohésion sociale, c'est-à-dire qu'on est dans un collège où on n'a pas le droit de vote, et on est la plus grosse association du département, par exemple. Alors, le Conseil général a pu mettre en titulaire une association qui n'avait qu'un ESAT, qu'un SAVS, par exemple. (…)
>
> Q : Oui, parce que je vous ai vu dans les représentants des organismes gestionnaires.

R : Oui, voilà. Mais celui qui n'a pas voix délibérative. L'histoire c'est ça.

Soulignons toutefois que dans ce cas particulier, bien que l'association concernée ne soit pas représentée en tant que telle dans le collège des associations, son président siège en CDA, dont il assure même la vice-présidence, au titre du CDCPH.

Au-delà des nominations au titre des associations, il importe de tenir compte de la multipositionnalité de certains acteurs associatifs, qui ont pu être amenés à exercer des fonctions de représentation en CDA à d'autres titres. Ainsi, ce président d'association était déjà représenté comme membre titulaire en COTOREP, puis en CDA, au titre de représentant du conseil d'administration de la CAF, avant de venir siéger comme suppléant au titre de l'association qu'il préside :

> [...] J'étais le représentant du conseil d'administration [de la CAF], si vous voulez, au niveau de la CDAPH, donc je n'avais pas la casquette [de l'association présidée par l'interviewé], là. Et puis, atteint par la limite d'âge cette année, je n'ai pas pu renouveler ma représentation. Et puis, je préférais, disons, avoir la casquette de mon association, donc 2010, j'avais représenté ma candidature sous la casquette [de l'association] au sein de la CDA. Avant, quand j'étais CAF, j'étais titulaire en CDA, et là, lorsque j'ai présenté ma candidature, manque de chance ou concours de circonstances, j'ai été suppléant.

Lorsque les associations sont représentées par leurs bénévoles (et non par des professionnels), ce qui correspond au cas le plus fréquent dans les départements visités, il s'agit le plus souvent du/de la président-e de l'association. Nous avons toutefois rencontré des cas où d'autres administrateurs, voire de simples adhérents, participaient à la CDA. Enfin, si le débat central autour du « qui représente ? » en CDA concerne la distinction professionnels/bénévoles, certaines associations utilisent aussi la CDAPH et la Comex comme des lieux d'affirmation de leur politique de représentation. C'est notamment le cas de à l'APF, qui a fixé comme règle au niveau national d'envoyer en CDA des adhérents, généralement eux-mêmes en situation de handicap, plutôt que des professionnels. Il s'agit alors non seulement de favoriser la participation de bénévoles, mais aussi de favoriser la participation de personnes en situation de handicap elles-mêmes.

La composition de la CDAPH dans les textes

(Code de l'action sociale et des familles, article R241-24)

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article L. 241-5 est composée comme suit :

1° Quatre représentants du département désignés par le président du conseil général ;

2° Quatre représentants de l'Etat et de l'agence régionale de santé :

a) Le directeur départemental chargé de la cohésion sociale ou son représentant ;

b) Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ou son représentant ;

c) Le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie ou son représentant ;

d) Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;

3° Deux représentants des organismes d'assurance maladie et de prestations familiales proposés par le directeur départemental chargé de la cohésion sociale, parmi les personnes présentées par ces organismes ;

4° Deux représentants des organisations syndicales proposés par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, d'une part, parmi les personnes présentées par les organisations professionnelles d'employeurs les plus représentatives, d'autre part, parmi les personnes présentées par les organisations syndicales de salariés et de fonctionnaires les plus représentatives ;

5° Un représentant des associations de parents d'élèves proposé par le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie, parmi les personnes présentées par ces associations ;

6° Sept membres proposés par le directeur départemental chargé de la cohésion sociale parmi les personnes présentées par les associations de personnes handicapées et de leurs familles ;

7° Un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées désigné par ce conseil ;

8° Deux représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées, dont un sur proposition du directeur départemental chargé de la cohésion sociale et un sur proposition du président du conseil général.

Le préfet et le président du conseil général nomment, par arrêté conjoint et pour une durée de quatre ans renouvelable, les membres titulaires, à l'exception des représentants de l'Etat et de l'agence régionale de santé, ainsi que des suppléants, dans la limite de trois, pour chaque membre titulaire. L'arrêté de nomination est publié au Recueil des actes administratifs du département et au Recueil des actes administratifs de la préfecture.

Un membre, titulaire ou suppléant, ne peut appartenir ni à l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8, ni être nommé à plusieurs titres dans la commission.

Tout membre démissionnaire ou ayant perdu la qualité à raison de laquelle il a été nommé est remplacé dans les mêmes conditions. Il peut également être mis fin aux fonctions d'un membre, titulaire ou suppléant, et pourvu à son remplacement, à la demande de l'autorité ou de l'organisme qui l'a présenté. Pour ceux des membres dont le mandat a une durée déterminée, le remplaçant est nommé pour la durée du mandat restant à courir.

Les membres de la commission siègent à titre gratuit. Leurs frais de déplacement sont remboursés par la maison départementale des personnes handicapées.

En CDAPH. Acclimater la défense des droits aux contraintes de l'institution

L'étude des modalités concrètes d'intervention des associations en CDA participe d'une réflexion plus générale sur les modalités feutrées de défense des droits, renvoyant à des pratiques qui se distinguent à la fois du travail de plaidoirie des avocats dans l'arène juridictionnelle (Israël, 2001 ; Sarat and Scheingold eds., 1997) et des interventions publiques de mouvements sociaux empruntant au registre des droits pour promouvoir une cause (Israël, 2009 ; McCann, 1994, 2006). Très fréquemment invoquée dans la sociologie des mouvements sociaux ou des groupes d'intérêt comme dans la sociologie du

droit, l'idée de « défense des droits » ou, selon l'expression couramment utilisée en anglais, d' « *advocacy* » reste paradoxalement peu interrogée quant à la nature des interventions correspondantes, quant aux *modalités* concrètes d'action que recouvrent ces expressions. Ce point aveugle est encore plus patent si l'on s'intéresse aux **dimensions les plus feutrées de ce travail de défense des droits**, celles qui ne prennent place ni dans l'arène judiciaire ni dans la sphère publique. Le rôle des associations ou des mouvements sociaux dans la défense des droits est en effet généralement envisagé autour ou en dehors de l'institution (mobilisation pour des réformes législatives ou constitutionnelles, facilitation de l'accès aux droits, information juridique, conseil juridique et accompagnement à l'action en justice) plutôt qu'au sein même d'arènes institutionnelles (Bereni and Revillard, 2012a, 2012b ; Katzenstein, 1999), et ce de surcroît dans des logiques d'attribution des droits.

Les acteurs dont nous étudions ici les pratiques de défense des droits sont certes coutumiers de cette logique d'intervention : les associations du secteur du handicap peuvent être analysées comme des mouvements sociaux, qui promeuvent activement, au niveau national notamment, les droits des personnes handicapées et de leurs proches, en se mobilisant régulièrement autour de réformes législatives ou d'affaires judiciaires. Les associations ont ainsi joué un rôle essentiel dans l'émergence même d'une politique du handicap en France (Barral, 2007 ; Paterson *et al., 2000).* Au niveau international, les mouvements sociaux dans ce secteur ont été à l'origine de transformations majeures du droit et des politiques publiques du handicap passant notamment par la promotion d'un référentiel des droits (Heyer, 2002 ; Kelemen and Vanhala, 2010 ; Vanhala, 2010 ; Waldschmidt, 2009), coïncidant avec la promotion d'une vision « sociale » par opposition à la vision « médicale » du handicap, ce tournant ayant toutefois pu être décrit comme moins systématique dans le cas français selon les secteurs (voir par exemple (Chamak, 2010 ; Orsini and Smith, 2010) dans le domaine de l'autisme). Le contexte dans lequel nous les étudions ici est cependant spécifique. D'une part, nous observons ici ces acteurs alors qu'ils participent à un dispositif *institutionnel* (la CDAPH). D'autre part, leur démarche de défense des droits s'y incarne dans un travail de participation à *l'attribution des droits*. Ce redéploiement des pratiques de défense des droits, non seulement dans un contexte institutionnel, mais en articulation avec cette logique d'intervention particulière qu'est l'attribution de droits sur une base individuelle, est rendu possible par le contexte spécifique du développement des « magistratures sociales ». Or si ces dernières ont déjà fait l'objet d'importantes analyses (Astier 2000; Bureau and Rist 2011, 2013; Bertrand et al. 2011; Bourgeois 2011; Choquet and Sayn 2000; Weller 2000), celles-ci ne se sont pas spécifiquement intéressées à la participation associative en leur sein. Quelles sont les formes prises par la défense des droits des usagers dans ce contexte bien particulier ? Dans quelle mesure les acteurs associatifs intègrent-ils les contraintes institutionnelles de la MDPH, comme pourrait le laisser supposer une lecture strictement néocorporatiste ? Les associations font-elles front en CDA ? Observe-t-on une ligne de partage entre membres institutionnels et associatifs de la commission ? Parmi les représentants associatifs, directeurs d'établissements et représentants

bénévoles endossent-ils effectivement des rôles distincts (l'un « technique », l'autre « militant ») comme les dépeignent les descriptions proposées par plusieurs de nos interviewés ? Telles sont quelques-unes des questions qu'éclaircit une ethnographie de la participation associative en CDA fondée à la fois sur des observations directes de commission et sur des entretiens avec des représentants associatifs.

Les modalités associatives de défense des droits des usagers en CDA reflètent, sous leurs différents aspects, les tensions structurantes liées à la participation associative à un dispositif institutionnel, qui suppose à la fois d'intégrer à un certain degré les contraintes institutionnelles (par effet de socialisation tout autant que par souci d'assurer leur renouvellement comme membre de la CDA[96], ou encore en vue d'une meilleure efficacité), et en même temps de ne pas trahir la cause et de se donner une raison d'être en tant que membre associatif, en trouvant des formes de distinction par rapport aux modalités plus institutionnelles de participation (distinction des associatifs par rapport aux non-associatifs, mais aussi, parmi les associations, revendication par certains administrateurs bénévoles d'une posture « militante » contre la posture supposée « gestionnaire » des professionnels directeurs d'établissements). Si ces tensions se traduisent, dans l'examen des dossiers individuels, par un travail de représentation sectorielle empruntant largement au registre de l'expertise (ce que nous verrons dans un premier temps), elles sont plus particulièrement révélées par les formes de mobilisation associative autour des normes de fonctionnement de la CDAPH (ce que nous étudierons dans un second temps). En effet, les contraintes liées au volume de dossiers à traiter ainsi qu'au temps limité passé en commission, contraintes largement intégrées par les membres associatifs eux-mêmes, font en sorte qu'en pratique, seule une partie des dossiers soumis à la MDPH est effectivement présentée devant l'ensemble de la commission. En résulte tendanciellement un déplacement de la mobilisation associative des cas individuels vers les procédures de fonctionnement de la CDA. C'est alors à travers la défense du principe d'un droit de regard associatif sur les dossiers, au moins autant que dans la lutte pour renverser des décisions sur des cas individuels, que s'exprime l'engagement associatif en faveur des droits des personnes handicapées.

Quelles interventions sur les dossiers individuels ?

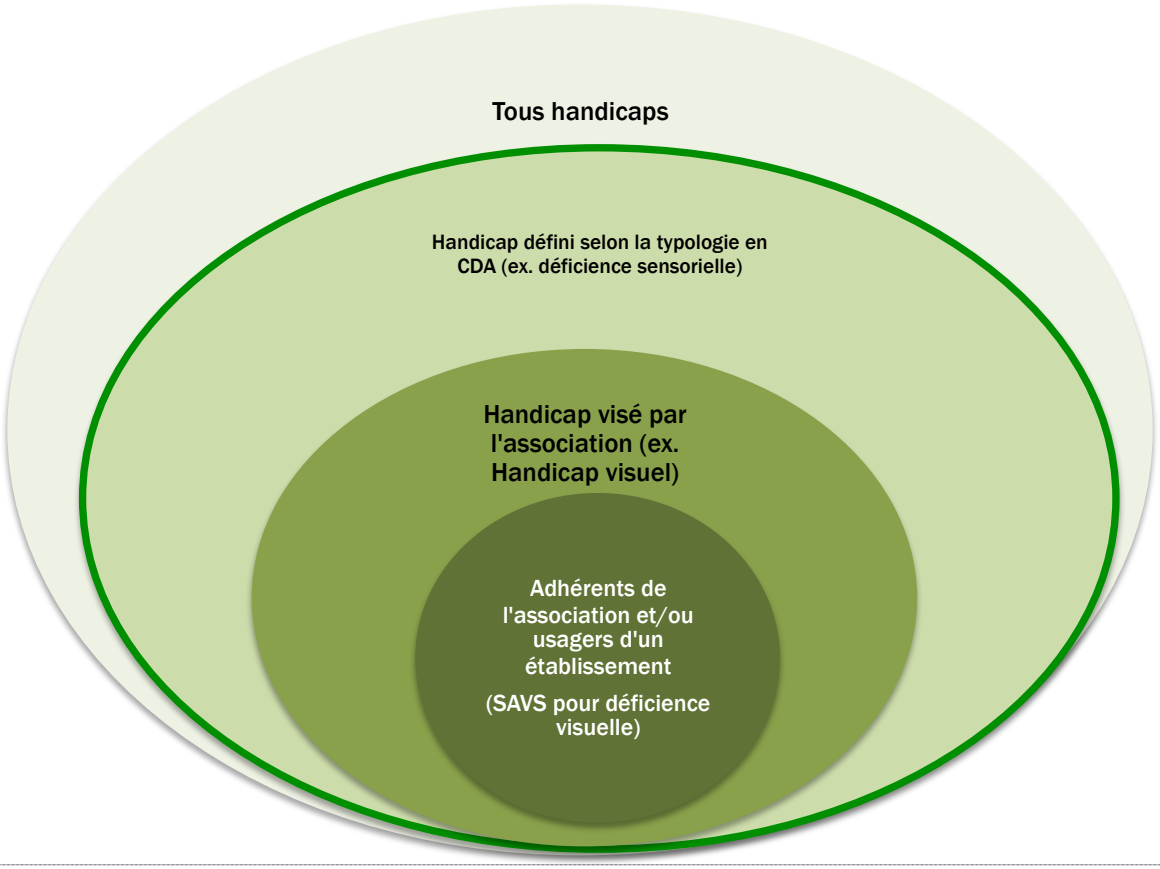
De qui défend-on les droits ?

Une première étape afin de préciser ces modalités de défense associative des droits des usagers en CDAPH consiste à préciser de qui on défend les droits. La question prête en effet à controverse parmi les membres associatifs, plusieurs conceptions de la représentation étant susceptibles de coexister y compris chez un même interviewé. On voit ainsi apparaître une délimitation

[96] Ce souci de crédibilité a peu été verbalisé comme tel en entretiens par les représentants associatifs. Nous avons toutefois rencontré dans le département B une association dont la représentante estime que son non renouvellement au titre de membre titulaire de la CDA est lié au caractère trop revendicatif de ses interventions.

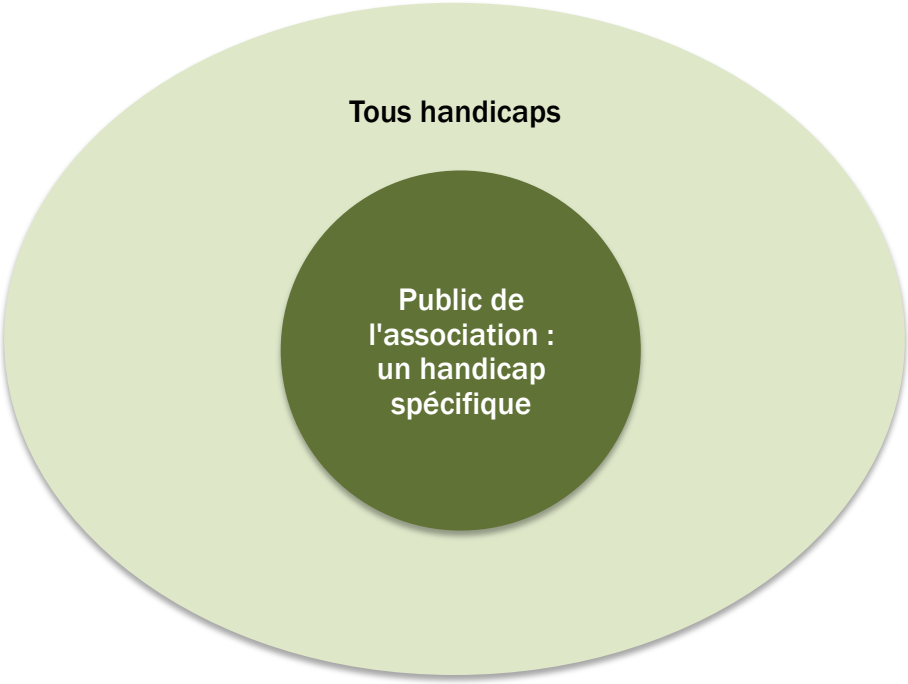
du public visé par l'activité de représentation (*constituents*) qui pourra se situer à différents niveaux, schématisés ici sous forme de cercles concentriques : les adhérents de l'association et/ou usagers de l'établissement, les personnes concernées par le type de handicap visé par l'association, les personnes concernées par le type de handicap visé par la typologisation ayant présidé à la nomination des membres associatifs en CDA, les usagers tous handicaps confondus.

- **De qui défend-on les droits : les cercles de la représentation**



Parmi cet ensemble de délimitations possibles du public représenté, l'opposition la plus structurante est celle entre handicap spécifique et représentation tous handicaps confondus, cette opposition tendant à se confondre, dans l'esprit de certains, avec une distinction entre associations privilégiant leur propre public (leurs adhérents, « leur » handicap) et représentants associatifs prêtant attention à la totalité des dossiers. La vision implicite de l'univers de la représentation associative du handicap est alors la suivante :

La représentation du handicap selon les représentants



La citation suivante, dans laquelle un président d'association dénonce deux autres associations représentées en CDA et qui sont « très dans leur type de handicap », illustre bien cette vision :

> E27-B
>
> [...] Il y a deux associations qui sont très dans leur type de handicap. En particulier, [l'association A], je ne veux pas la critiquer, mais les autres handicaps, ça ne l'intéresse pas. Dès que y'a un dossier qui les intéresse : y'a des questionnements, comment il vit, etc.
>
> Q : Les gens interviennent quand c'est des dossiers qui concernent leur handicap.
>
> R : Alors, je regarde tous les dossiers, même ceux de [l'association A]. On est généraliste. Et puis, une autre, aussi, [c'est l'association B]. C'est toujours pareil. C'est des gens qui sont concernés que par leur handicap, et la personne représentante ne vient à la MDPH que lorsqu'il a un dossier à défendre, sinon on ne le voit pas.
>
> Q : Dans ce cas-là, lui, il sait que y'a un dossier.
>
> R : Il sait. Parce qu'ils ont quand même un réseau et ils savent que telle personne qui est adhérente chez eux (...) va être là, donc, lui, il vient. Parce qu'avant de recevoir les gens, on parle du dossier, forcément : il est déjà au courant de tout le dossier avant, il connaît tout, et il ne vient que pour ça. Si y'a pas de gens à défendre, il n'est pas là. Titulaire. Moi, ça me pose question. [...] [Notre association] est généraliste. Que ce soit pour n'importe quel handicap, même le handicap visuel, bon, y'en a un ou deux chez nous qui ont

> des handicaps visuels, je défends tous les handicapés, les personnes qui sont en situation, quel que soit le handicap.

Ici, l'intégration de la typologie des handicaps présidant aux nominations associatives en CDA (handicap moteur, mental, psychique, déficiences sensorielles…) est telle que les dossiers en viennent à être perçus, non comme des dossiers relevant de tel ou tel type de handicap, mais directement comme des dossiers relevant de telle ou telle association (« les dossiers [de l'association A] »). La notion de « handicap associatif » utilisée par cet autre représentant en CDA (« on n'est pas là pour faire la propagande de son handicap associatif ») illustre bien cette assimilation fréquente entre une association et un type de handicap :

> E36-B
>
> Je représente tous les handicaps à la CDA. Je me bats plus quand ça touche le visuel parce que je suis concerné, et je suis un battant pour ça. […]On n'est pas là pour faire de la propagande de son handicap associatif. On n'est là pour défendre l'intérêt des personnes en situation de handicap, et quel qu'il soit, enfants ou adultes. On n'est pas là pour vendre un service, on n'est pas là pour présenter son association.

En pratique, il est assez rare que les représentants associatifs assument directement et ouvertement de chercher à défendre en priorité leurs adhérents ou leurs usagers. Nous avons toutefois reçu quelques témoignages de ce type. Un directeur d'une délégation associative mentionne ainsi la défense des dossiers de « nos adhérents » comme le premier intérêt de la représentation de l'association en CDA :

> E96-A
>
> Q : Pour revenir aux CDA, pour vous, quel est l'intérêt pour les associations d'être présentes en CDA ? Qu'est-ce que ça apporte la présence des associations ?
>
> R : En fait, ça apporte deux choses. C'est que, pour nos adhérents, on a un représentant qui peut défendre le dossier en CDA, qui peut effectivement expliquer, pour quoi on demande ça (E96).

De façon analogue, un directeur d'établissement soulignera l'utilité de siéger en CDA en vue de garantir les droits des « usagers que l'on accompagne », c'est-à-dire des usagers de l'établissement que ce dernier a précédemment déjà accompagnés dans le montage de leurs dossiers :

> E174-D
>
> Q : Pourquoi c'est important pour vous de siéger en CDA ? Qu'est-ce qu'une voix comme la vôtre peut apporter ?
>
> R : En terme de partenariat par rapport aux usagers que l'on accompagne. Enfin, je veux dire, la CDA, elle est garante de leurs droits, même si, nous, en établissement, on fait aussi très attention, on a une mission de protection. Je veux dire, la CDA, effectivement, nous aide à garantir leurs droits via les prestations qui sont proposées.

Un autre responsable associatif (bénévole) défend également cette conception :

E10-B

Q : […] Donc, l'idée - c'est ça que je n'avais pas bien compris tout à l'heure - c'est que [notre association] encourage ses adhérents, quand ils déposent des dossiers en CDA, à aller eux-mêmes les défendre.

R : Oui. On peut compter aussi sur moi parce que j'y suis. Mais bon, voilà, c'est encore mieux. Par contre, il ne faut pas dire autour de la table : moi, je ne le dis pas quand c'est un adhérent de [notre association] ou pas, je ne le dis pas. Je n'influence pas. Je sais le truc, mais… Même quand je défends les personnes, je ne dis jamais que je le connais parce que sinon, après ils diraient que…

On voit ici que le fait de défendre « ses » adhérents, bien qu'assumé en entretien, ne l'est pas devant la commission, implicitement car on s'attend à ce que cela constitue une source de discrédit. Plus généralement, si ces interviewés assument une défense des adhérents de l'association ou des usagers de l'établissement, la posture consistant à utiliser la CDA pour faire la publicité ou défendre explicitement les intérêts de son association ou de ses établissements est fréquemment condamnée :

E177-D

[…] Ça serait peut-être bien qu'on refasse des réunions des représentants associatifs et qu'on recadre, qu'on redise : « attention, on n'est pas là pour parler de son association » ». Je vous dis, ça m'arrive de parler de mes établissements, mais c'est quand même pas la règle.

La spécialisation par type de handicap, pour autant qu'elle se distingue d'une défense des seuls adhérents de l'association (qui pourrait être taxée de corporatiste), est cependant généralement admise. Le caractère d'évidence qu'elle peut revêtir est bien révélé par la manière dont se reprend l'interviewé suivant (« tous ceux qui sont en situation de handicap. Enfin, sur le handicap moteur ») :

E11-B

On ne défend pas que les adhérents, on défend tous ceux qui sont en situation de handicap. Enfin, sur le handicap moteur. Après, quand c'est visuel, en CDA, y'a un membre de [association X] qui défend ses adhérents.

Dans certains cas, cette spécialisation est tellement assumée qu'elle fait l'objet d'un investissement stratégique de la CDA, tout l'enjeu de la présence en commission étant de ne pas « louper » un dossier concernant « son » type de handicap :

E34-B

Moi, je vous assure que j'ai toujours dit : « je n'irai même pas faire pipi pendant une séance parce que je ne veux pas en louper un ».

Si le cas cité ici peut paraître extrême, la spécialisation par type de handicap correspond à une conception assez courante de la représentation, renforcée par les modalités de nomination des représentants associatifs précédemment décrites, procédant par un « panachage » des différents types de handicap :

E185-D

Q : Du coup, chaque représentant associatif intervient plutôt sur son type de handicap, ou est-ce que vous intervenez aussi sur les autres dossiers qui ne concernent pas nécessairement la déficience visuelle ?

> R : Disons que, moi, par exemple, je ne vais pas intervenir sur tout ce qui est scolaire, vous voyez ? Pour les enfants, y'a toujours des personnes susceptibles d'intervenir là-dessus. Y'a une représentante de l'APF pour tout ce qui est participation des personnes en fauteuil. Non. Tous les handicaps sont représentés et d'ailleurs, moi, je suis représentante à la CDAPH, donc je représente les déficients visuels, et j'ai ma suppléante. Elle, elle représente les personnes sourdes et malentendantes. Donc c'est vraiment sur tout ce qui est sensoriel.

Une autre représentante associative dans le secteur de la déficience visuelle souligne simultanément le décalage possible entre les critères de typologisation du handicap adoptés (le plus souvent implicitement) par la MDPH et la compétence plus sectorisée des associations. Ce décalage est patent pour la « déficience sensorielle », qui renvoie à des types d'expérience et d'expertise très différents, entre déficience auditive et déficience visuelle. Le « bien que », dans l'extrait ci-dessous, illustre ce sentiment de décalage, et donne sens à la distinction établie, dans le schéma 1, entre handicap visé par l'association et handicap issu des typologies de la MDPH :

> E93-A
>
> Q : En ce qui concerne vos interventions en CDA, est-ce que vous posez aussi des questions ? Est-ce que vous intervenez sur les autres handicaps ?
>
> R : Oui. Le président [d'une association de malentendants], donc, il était notre suppléant. Donc, on « travaillait », entre guillemets, aussi pour eux. Bien que l'autre association défende les sourds et malentendants. Bon, il m'est quand même arrivé aussi de prendre la parole pour des personnes paralysées. Puis, c'est pareil, on se donne tous la main, quoi, en fait, associativement, donc on arrive à poser des questions sur un autre handicap.

La référence à une forme de solidarité entre associations, à la fin de cet extrait (« on se donne tous la main, quoi, en fait, associativement ») apparaît en décalage avec l'absence, généralement constatée lors des observations de CDAPH, de « front » associatif sur les dossiers : toutes les associations ne sont pas nécessairement sur la même « ligne », ni nécessairement sur une ligne de défense systématique de l'usager. Dans certains cas, les interventions visent à limiter l'accès à un droit spécifique d'autres catégories d'usagers que ceux que l'on défend (son « type » de handicap), reflétant des conflits d'intérêts entre représentants de différents types de handicap dans un contexte de ressources limitées. Ceci apparaît nettement dans l'extrait suivant, où un associatif conteste l'attribution de cartes de stationnement à d'autres types de handicap que le handicap moteur :

> E96-A
>
> Après, être en commission des droits et de l'autonomie c'est aussi affirmer par rapport à nos collectivités publiques (...) une vision. La CDA peut être, par rapport à des dossiers personnels que l'on défend, on peut effectivement véhiculer, aussi, certaines valeurs de notre association. Donc, ne serait-ce que pour les cartes de stationnement. En fait, c'est le préfet qui délivre les cartes de stationnement, mais c'est vrai que les cartes de stationnement peuvent être délivrées - et on fait très, très attention à ça - peuvent être délivrées même à des personnes qui marchent. Je veux dire, y'a pas énormément de contrôle sur les cartes de stationnement parce que c'est facile à faire, ça ne coûte rien du tout. Voilà. Donc, comme ça ne coute pas d'argent, on est moins regardant sur la délivrance des cartes de stationnement. On a souvent porté ce souci et ce problème, dire : « non, il

> faut être vigilant. C'est quand même que pour des personnes qui ont des difficultés de marcher ».

Plus généralement, au-delà de ces cas particuliers d'opposition à l'extension des droits pour « d'autres » handicaps, la prise de parole sur d'autres handicaps que le « sien » ne se fait pas nécessairement sur le mode de la défense de l'usager, mais prend le plus souvent la forme d'un questionnement, de l'expression d'une curiosité, ce qui correspond à une autre norme implicite régissant la participation associative en CDA : s'il est accepté d'intervenir de façon privilégiée sur « son » handicap, il est de bon ton de poser des questions sur les « autres » :

> E101-A
>
> [...] c'est vrai que je pose des questions sur toute sorte de handicaps. Alors, évidemment, je vous dis, il y quand même des spécificités qui font qu'on est un peu moins au courant de certaines choses, mais si on voit quelque chose, si on pose une question, c'est assez pour faire entendre quelque chose, ou faire démarrer quelque chose.

La légitimité, communément admise, d'interventions plutôt spécialisées par type de handicap, coexiste ainsi avec l'affirmation d'une représentation de « tous les handicaps » :

> E28-B
>
> Ce que peine à comprendre, en fait, les responsables associatifs quand ils sont dans les commissions, c'est qu'ils ne sont pas forcément là pour parler de leur handicap. [...] Quand on est dans une commission, on est bien là pour parler handicap en général.

Conceptions généraliste et spécialisée de la représentation n'entrent toutefois pas nécessairement en conflit dans la mesure où les registres d'intervention sont conçus comme différents : expertise sur « son » handicap, et questionnement, participation, sur les « autres ». Ceci renvoie à la question des formes prises par les interventions associatives : outre la question de savoir « de qui défend-on les droits », il s'agit de s'interroger sur les modalités de cette défense des droits.

Une défense des droits par l'expertise

Faire connaître pour défendre les droits

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente (« Qui est représenté en CDA ? »), la légitimité d'une représentation des associations par des professionnels (directeurs de sièges sociaux ou d'établissements) constitue un des points de tension importants dans les débats autour de la représentation associative. Selon une vision répandue parmi les participants en CDA, la « compétence technique » des directeurs s'oppose à « l'avis de militant » des bénévoles (E177). Or cette distinction marquée entre les positionnements des uns et des autres (professionnels contre bénévoles) ainsi que, plus généralement, entre des postures distinctes relevant respectivement de la « compétence technique » ou du « militantisme », tend à s'effacer à l'épreuve des pratiques de représentation en CDA et des manières dont nos interviewé-e-s leur donnent sens. D'une part, comme nous l'avons vu précédemment, des directeurs d'établissement peuvent présenter leur

participation en CDA comme une manière d'assurer la protection des droits de « leurs » usagers (E174, extrait précédemment cité), et réciproquement, des bénévoles (comme nous allons le voir ci-dessous) mettront largement en avant leur compétence technique. D'autre part, **l'opposition, suggérée par cette lecture, entre « compétence technique » et « militantisme », se trouve largement vidée de son contenu à l'épreuve des faits**, la défense des droits des usagers passant de façon centrale, dans l'examen des dossiers individuels, par la mobilisation d'une expertise technique (Bureau and Rist, 2012). Le glissement du registre des droits à celui de la technique est ainsi quasi immédiat dans la plupart des entretiens en réponse aux questions posées sur l'intérêt de la présence associative en CDA et/ou la conception que les interviewé-e-s ont de leur travail de représentation. Cet extrait d'entretien avec un président d'association en réponse à une question sur « l'intérêt » de la présence associative en CDA illustre bien cette idée selon laquelle la « défense » des droits des personnes passe par la mobilisation d'une « connaissance » du handicap, le fait d'être « au courant » :

> E101-A
>
> Q : D'accord. Et, selon vous, qu'est-ce que ça apporte d'être présent en CDA ? Quel est l'intérêt pour les associations d'être présentes dans ce type d'instance ?
>
> R : L'intérêt c'est la *défense des personnes* en situation de handicap. Alors je ne veux pas dire qu'ils seraient mal défendus autrement. Si on n'était pas là, peut-être que ça marcherait pareil, c'est une chose qu'on ne peut pas dire. Mais bon, on voit bien quand même sur les dossiers qu'on intervient, on amène, quand même, *nos connaissances*, parce que tout le monde n'est quand même pas, forcément, *au courant de tout*, et ça apporte beaucoup de choses.

Cet autre président d'association, dans le secteur de la surdité, défend également l'intérêt de la participation associative en CDA en termes d'apport d'une expertise spécifique :

> E179-D
>
> De même, au niveau de la CDAPH, je pense qu'effectivement les représentants associatifs ont apporté *des compétences*, qui leur étaient propres. Je vais vous donner un exemple. Les techniciens des MDPH, en général, *connaissaient très mal* la surdité. Donc par rapport à certaines questions, ils *ne savaient pas comment faire*. La directrice nous avait réunis avec les associations sur la surdité pour dire : « voilà, sur ces questions-là, quel est votre avis ? Comment on va faire ? ». Ça a été un moment donné des prothèses, tout ça, quoi. Parce que c'est vrai que, *comme c'est très particulier, y'avait peu de techniciens, effectivement, qui maitrisaient le sujet*.

Face à ce qu'ils décrivent comme un manque de connaissance des sujets par le personnel de la MDPH ou les autres représentants en CDA, les associatifs mettent en avant un savoir d'expérience : « On connaît les problèmes […] On a vécu des situations identiques ou similaires » (E95, président d'association dans le secteur de la déficience auditive). Pour des acteurs associatifs en situation de dialogue avec des acteurs institutionnels, et notamment administratifs, cette mobilisation d'expertise (ici, principalement d'une expertise d'expérience ou de proximité) permet indissociablement de défendre les droits des usagers (face à des acteurs administratifs, le registre de l'expertise constitue un appui efficace pour une défense des droits) et

d'établir la légitimité de sa présence (en tant qu'acteur associatif dans une enceinte institutionnelle). De tels usages doublement stratégiques de l'expertise au sein des institutions ont pu être documentés dans d'autres secteurs, notamment celui des droits des femmes (Revillard, 2009). Si l'importance de ce registre de l'expertise a pu être souligné dans d'autres travaux sur les CDAPH (Bureau and Rist, 2012), notons que le recours à l'entretien a pu conduire à la surestimer, dans la mesure où sa mobilisation se verbalise plus facilement qu'une posture qui consisterait à prendre systématiquement la défense des usagers (indépendamment des enjeux de savoir), posture qui peut paraître moins légitime aux yeux d'associations cherchant aussi à donner des preuves institutionnellement valorisables de leur contribution à la CDAPH.

La description des conséquences du handicap dans la vie quotidienne

Ces savoirs mobilisés par les représentants associatifs dans le cadre de l'examen des dossiers individuels en CDA concernent de façon centrale les conséquences du handicap dans la vie quotidienne, et sont typiquement mobilisés dans le cadre des demandes de PCH. De ce point de vue, le décentrement de la loi de 2005 par rapport à une définition strictement médicale du handicap, ainsi que l'introduction de la notion de compensation, confèrent une légitimité nouvelle à ces savoirs d'expérience portés par les associations, dès lors qu'il s'agit, au-delà du diagnostic médical, d'évaluer l'incidence du handicap sur la vie quotidienne des individus. Associatifs et professionnels disposent en effet, du fait de leur expérience personnelle ou proche du handicap, d'une expertise en la matière supérieure à celle des autres membres de la commission, qui n'ont pas nécessairement d'expérience personnelle ou proche de situations de handicap (même si quelques cas individuels montrent des agents administratifs qui ont un rapport familier au handicap). Leur expertise en la matière est principalement fondée sur l'examen des dossiers. Les interventions des associatifs en CDA peuvent ainsi prendre la forme de témoignage sur l'expérience du handicap, visant à faire sentir à des présumés « valides » (ou personnes dont on suppose qu'elles ne font pas personnellement l'expérience du handicap décrit), en les formulant dans leurs propres termes, les difficultés induites par tel ou tel type de handicap. Un président d'association de non-voyants, lui-même non-voyant, utilise ainsi la comparaison avec la vision à travers un « tuyau de stylo bille » pour faire comprendre à une interlocutrice voyante l'expérience de la cécité et ses conséquences pratiques – ce qui le conduit, ici, à dénoncer l'insuffisante prise en considération de la déficience visuelle dans le GEVA[97] :

> E36-B
>
> « Je prends une déficience que je connais bien, la cécité partielle ou totale : une personne qui a un champ visuel inférieur à cinq degrés, c'est-à-dire qu'il voit comme dans le tuyau d'un stylo à bille, vous enlevez la mine et vous regardez, il a un ou deux dixième qui est supérieur - parce que le forfait cécité c'est un vingtième, inférieur à un vingtième. Là, un dixième c'est considéré

[97] La première version du GEVA était critiquée par les associatifs non moteurs pour la surreprésentation d'items liés au handicap physique. Des réécritures récentes du GEVA ont permis l'entrée de nouveaux items relatifs à d'autres types de handicap.

> comme il n'a pas le droit au forfait cécité, mais il n'a pas le droit non plus aux trente heures de vie sociale qui sont dans la loi de 2005 pour compenser le handicap puisqu'on ne lui reconnaît pas les critères d'attribution ; il n'a pas d'éligibilité parce qu'il n'a pas de difficultés graves. La personne ne peut pas assurer sa sécurité toute seule, ne peut pas communiquer toute seule, ne peut pas se déplacer toute seule, et bien, on ne les prend pas en compte. Le guide d'évaluation n'est pas adapté à toutes ces déficiences - le GEVA. Ça, c'est ce que je pense ».

Dans la même veine, ce même interlocuteur dénonce le manque d'accessibilité des lieux publics (ici, une gare) aux déficients visuels et les besoins de compensation qui en résultent :

> E36-B
>
> « Quand vous voyez mal c'est difficile [par exemple si] vous avez une rétinite pigmentaire. Bon, quand vous êtes trop ébloui, vous ne voyez pas ; quand vous passez de l'éclaircissement au nuancé, ombre, vous ne voyez pas non plus ; quand vous êtes dans le noir, vous ne voyez pas non plus. Comment font les gens pour se déplacer ? Comment font les gens pour communiquer ? Vous allez dans les gares : rien n'est accessible à la déficience visuelle. Quelqu'un qui est malvoyant, la hauteur du tableau où ils affichent les horaires : rien. Vous attendez vingt minutes, vous allez entendre la voix, et faut savoir où on se trouve. Nous, quand on est aveugle, y'a pas de problème, on a le forfait cécité – j'ai la chance d'avoir des collègues qui viennent me chercher, mon épouse et tout ça, mais tout le monde n'a pas cette chance-là. Y'en a qui vivent seuls, et comment ils font pour se déplacer, pour aller quelque part ? Rien n'est adapté. Toute l'information passe par l'œil dans cette société actuelle. 95% des informations passent par l'œil. Nous, il nous reste le toucher, l'odorat, et l'ouïe. Et il faut qu'on compense, avec ces trois critères, 95% que la personne voyante a. Vous tournez la tête, vous regardez, vous voyez tout de suite ce qui est affiché. Nous, faut qu'on demande, faut qu'on trouve quelqu'un. Mais ça, c'est de l'expérience de terrain. En CDA, je leur explique ça. Alors, après, on me dit : « c'est très technique ». Je dis : « oui, mais c'est la réalité du terrain ».

Dans ce registre de participation, la prise de parole des associations prend la forme de la transmission d'un vécu jugé difficilement compréhensible par ceux qui ne sont pas handicapés. L'utilisation de cette expertise a pour effet de contrecarrer le registre de l'expertise disciplinaire (médecine, psychologie, ergothérapie…) mobilisé par la MDPH, en lui opposant celui du vécu de personnes handicapées, qu'eux seuls peuvent mobiliser de façon légitime. Les quelques cas d'administratifs ayant un rapport « familial ou familier » (Bourdieu, 1980, p. 126) ne font état que sur le mode de la confidence de cette caractéristique jugée totalement illégitime[98]. Toutefois, si les dispositifs qui associent les usagers ou leurs représentants au nom de leur familiarité le font en revendiquant reconnaître une expertise d'usage, il convient de distinguer différents registres possibles d'expertise (Nez, 2011). Ce « savoir d'usage » (Sintomer, 2008) mobilise moins des registres émotionnels, peu mobilisés par les associations en CDA, que les registres de « l'expertise d'usage », dans des formules qui sont très proches de celle utilisée par John Dewey pour décrire ce type spécifique d'expertise : « C'est la personne qui porte la chaussure qui sait le mieux si elle fait mal et où elle fait mal, même

[98] On opposera ainsi un registre administratif fondé sur la neutralité à celui d'une bureaucratie représentative qui valoriserait au contraire ce type d'expertise partagé (Coleman-Selden, 1998 ; Dolan and Rosenbloom, 2003 ; Krislov, 2013)

si le cordonnier est l'expert qui est le meilleur juge pour savoir comment y remédier » (Dewey, 1927, p. 207).

En effet, cette familiarité au problème est « montée en généralité » par l'utilisation de deux techniques : la technicité des connaissances des éléments d'aides techniques et la distance au récit de vie.

L'apport de connaissances techniques

Si l'expertise mobilisée ici est de l'ordre d'une description des difficultés rencontrées du fait du handicap et du manque d'accessibilité des lieux publics dans la vie quotidienne, les savoirs mobilisés peuvent aussi prendre la forme de compétences effectivement très techniques relatives aux différents types de matériels, permettant d'appuyer des demandes de compensation. Il s'agit ainsi, selon le témoignage de cette autre présidente d'une association dans le secteur de la déficience visuelle, de montrer « à quoi sert tel ou tel appareil » :

> E185-D
>
> [...] C'est vrai que les [administratifs] au niveau de la commission, comment vous dire, ils ne sont pas sur le terrain. Donc ils ne vont peut-être pas, par exemple, avoir idée que cette personne handicapée a vraiment besoin de telle et telle chose pour pouvoir améliorer le quotidien, pour pouvoir être plus autonome. Nous, en tant que représentants d'associations, on est à même d'expliquer, en fait, à quoi sert tel ou tel appareil qui est demandé par la personne. Quand, par exemple, c'est du matériel informatique, des aides techniques qui peuvent être demandées par les personnes non voyantes pour avoir une autonomie - soit, par exemple, un ordinateur, soit une machine à lire, vous voyez ? C'est vrai qu'au niveau de l'administration, ils ne connaissent pas tellement ce genre de matériel, que nous, on est amené à expliquer ce que ça apporte à la personne, le fait d'avoir cet appareil. C'est un p'tit plus pour essayer de motiver un p'tit peu la demande. [...] On est toujours vigilant quand y'a des demandes d'adaptation. C'est le côté pratique. On explique beaucoup à quoi ça sert. C'est un p'tit plus, je pense, pour la MDPH parce que, voilà, ils n'ont pas forcément connaissance du terrain, du handicap au quotidien. C'est plus pour concilier, pour expliquer comment marchent les matériaux, les choses comme ça.

Trouver une juste distance

Ce primat donné à l'expertise dans les interventions vient renforcer la conception « spécialisée » de la représentation décrite dans la partie précédente, l'expertise étant elle-même spécialisée par type de handicap. Bien que cette expertise soit une expertise d'expérience (fondée sur une expérience personnelle du handicap ou de l'accompagnement d'une personne handicapée), elle se doit par ailleurs, pour être crédible, de se distancier par rapport au récit de soi et à une expression trop émotionnelle. De façon significative, une des seules personnes qui, dans les entretiens réalisés, mette en avant la dimension émotive comme un atout du regard associatif, est une représentante simple bénévole (et non présidente d'association) qui siège en CDA depuis peu. Cette interviewée note par exemple que les associations prennent en compte « les affects » là où le Département ne voit que « l'argent », ou encore souligne que les associatifs bénévoles ont une « sensibilité » différente des professionnels :

E176-C

[…] C'est vrai que, quand le département est là, il a tendance à rapporter tout à l'argent. C'est vrai que c'est un problème, mais bon, y'a quand même des affects. […]Et puis, bon, on n'a peut-être pas la même sensibilité sur un dossier que les professionnels qui sont présents.

Dans une réunion associative hors CDA, nous avons constaté que le récit prolongé d'une expérience personnelle pouvait faire l'objet de commentaires quant au caractère novice du locuteur, révélant en creux les conditions d'une « bonne » représentation associative dont l'apprentissage n'avait pas encore eu lieu pour cette personne. Dès lors, la mobilisation des savoirs d'expérience suppose de trouver la juste distance permettant l'exposé de connaissances issues d'une expérience personnelle sans verser dans l'exposé de soi. « Prendre de la distance » est ainsi la condition d'une bonne représentation associative, selon cette présidente qui évoque les parents ou proches de personnes handicapées vivant dans l'anxiété d'un appel urgent sur leur portable :

E177-C

Vous savez, quand vous avez des représentants associatifs, ils sont là, ils sont comme moi, là, tout de suite, parce que j'attends un coup de fil important : le téléphone, là, et dès que le téléphone vibre, ils prennent le téléphone parce que c'est leur enfant qui est au bout du fil… C'est vrai que c'est facile d'en parler quand on n'est pas lié comme ça à… Mais, après, y'a un moment où les responsabilités, même si on y amène son vécu, il faut quand même arriver à prendre de la distance sinon on ne peut pas représenter le monde associatif, c'est ça le problème.

Au-delà de l'apport d'expertise, la défense de principes

Bien que la mobilisation de savoirs constitue une forme importante de défense des droits des usagers en CDA, elle coexiste avec d'autres registres d'interventions. Certaines interventions associatives se situent, de façon plus attendue, sur le plan des principes, dans une démarche de défense des droits qui ne prend pas nécessairement appui sur un rappel à la lettre du droit, mais aussi sur l'invocation de principes fondamentaux. Par exemple, dans le cas suivant, un représentant APF (lui-même en situation de handicap moteur) fait état d'une de ses interventions en CDA dans un cas litigieux : un homme n'ayant pas usage de ses bras, et bénéficiant d'une aide humaine, demandait compensation pour l'installation d'un dispositif lui permettant d'ouvrir seul la porte de son garage (manette actionnée par la bouche). Les autres membres de la CDA contestent la légitimité de sa demande étant donné que « la dame » (aide humaine présente sur place) pouvait s'occuper d'ouvrir le garage, mais le représentant d'une association dans le handicap moteur défend la légitimité d'une compensation au titre de l'objectif d'autonomie des personnes :

[…] y'a un monsieur qui avait besoin d'une porte de garage électrique, justement, parce qu'il n'avait pas ses bras ; il appuyait avec sa bouche. Mais, il avait toujours une présence avec lui, chez lui. Alors, ce qui est ressorti : « mais pourquoi il veut une porte à ce prix-là alors qu'il a une personne chez

lui ? ». Mais, c'est ce que j'ai expliqué : le monsieur, même s'il a une personne chez lui, s'il a envie de se débrouiller tout seul ?

Q : C'est l'autonomie.

R : C'est l'autonomie. Et à l'APF, on défend ça. Et voilà, on m'a répondu : « non, je ne vois pas pourquoi. Il a quelqu'un chez lui. La dame, elle peut venir lever… ». J'ai dit : « Non. C'est pas ça qu'on veut. C'est pas parce qu'on a une personne qui est là, que la dame, elle vient lever la porte ». Et voilà. Dès qu'il y a une présence ou un truc : « la dame le fera ». Non. Déjà, on supporte le handicap qu'on a, si on ne peut pas se débrouiller un peu seul, voilà. On ne paye pas une porte de garage parce qu'il y a quelqu'un qui peut le faire ».

Dans d'autres cas, l'intervention peut se faire sur le mode d'une valorisation de la prise en considération des situations humaines contre une application trop restrictive, à la lettre du droit. Le même représentant fait ainsi état d'un autre cas de refus de PCH pour le financement d'un fauteuil roulant pour une personne qui allait sortir d'hôpital dans les huit jours, au motif qu'un seul devis avait été fourni (et non deux comme l'exige la MDPH). Notre interviewé souligne qu'il s'agissait d'un modèle de fauteuil pour lequel un seul fournisseur existait (mobilisant ainsi une expertise technique), mais condamne surtout, indépendamment de cela, le fait que les membres de la CDA se cantonnent à une application stricte de la règle des deux devis, conduisant, dans la situation évoquée, à contraindre un usager à rester alité :

E10-B

Souvent, moi ce que je dis, c'est que les médecins qui sont autour de la table, des fois, ils sont un peu durs parce qu'ils seraient dans le cas des personnes, je pense qu'ils ne penseraient pas pareil. Enfin, après, c'est mon avis. […] C'est bien qu'on est là parce qu'on explique. Parce que quand ils refusent un fauteuil, mais, moi, je dis : « des fois, vous refusez ça, d'accord, parce que ça vous paraît cher ». Par exemple, y'avait une personne qui sortait de l'hôpital huit jours après, ils ont refusé le fauteuil. Je leur ai dit : « expliquez-moi comment la personne va faire ? ». Parce que y'a des MDPH où ils sont plus souples parce qu'on discute des fois avec d'autres régions, ils sont plus souples. Mais ici, ils sont vachement dans les trucs légaux. Ils ne feront pas un p'tit écart. Mais, après, moi, je trouve que c'est les personnes qui sont en difficultés […] des fois, ils disent : « non, ça, ça ne passe pas parce que c'est trop cher, parce qu'il faut deux devis ». Alors, des fois, y'a qu'un devis. Là, cette fois-là, c'est parce qu'il faut deux devis à la MDPH. Deux fournisseurs différents qui vendent le fauteuil. Et là, ce dossier-là, y'avait qu'un devis parce que y'avait qu'un fournisseur qui pouvait apporter ce type de fauteuil. Et ils n'ont pas voulu lui accorder. Y'a eu un vote, justement, à main levée et puis on a perdu, parce qu'il manquait deux voix avec nous ; et j'ai dit, après : « expliquez-moi : le monsieur qui va sortir de l'hôpital, il va rester chez lui allongé parce qu'il n'aura pas de fauteuil. Et ça, faut m'expliquer ». Des fois, on ne se met pas à la place des gens.

Q : D'accord. Donc, dans ce cas-là, ils disent : « allez faire un deuxième devis et revenez-nous ».

R : C'est ça. Des fois, même, je me fâche, enfin en restant correct, mais je me fâche assez fort ; et il disent : « c'est pas la peine de t'énerver comme ça ». Mais, des fois, quand on voit des trucs… Mais, en CDA, c'est compliqué. Faut pouvoir se défendre. Parce que c'est dur. Même les médecins qui sont autour de la table. La fois où elle a refusé le fauteuil, dans ma tête, je me suis dit : « faut pas qu'un jour, il t'arrive quelque chose parce que… ». C'est là que quand les gens seraient touchés, on voit la différence. Mais là, pour moi, quand on

> passe en CDA, c'est la loi pure et dure. Moi, je le vois comme ça. Je le ressens comme ça. Toujours le médecin, il me dit : « oui, mais la grille, elle ne dit pas ça ». Oui, la grille, elle ne dit peut-être pas ça, mais voilà ».

Est donc ici dénoncée une forme de rigorisme réglementaire conduisant à faire passer le respect des procédures avant un souci pour les usagers et l'urgence de certaines situations. L'argumentation ne se situe plus ici au niveau de l'expertise, mais engage un conflit autour du positionnement de la CDA et des référents souhaitables de son action. L'enquête de terrain réalisée ne permet toutefois pas de faire apparaître de stricte juxtaposition entre la représentation associative et la mise à distance des règles juridico-administrative telle qu'elle est prônée dans l'extrait ci-dessus. Les rappels à la contrainte juridique peuvent aussi être le fait de représentants associatifs (pour qui ils peuvent avoir un effet de légitimation), et les membres institutionnels de la CDA sont également susceptibles de faire valoir des arguments « humains », de prise en considération de l'urgence des situations ou des difficultés particulières vécues par les personnes. Cette question mériterait toutefois de faire l'objet d'investigations empiriques plus systématiques, à partir notamment d'observations de CDA, dont le nombre a été limité dans le cadre de cette enquête.

La défense des droits commence par le fonctionnement de la CDAPH

La défense des droits des personnes handicapées dans le cadre de la CDAPH ne doit pas être envisagée uniquement à partir de la participation des associations à la prise de décision sur des dossiers individuels, mais passe aussi par la mobilisation autour d'un certain nombre de normes de fonctionnement de la commission. Nous allons en étudier trois successivement :

- Sont d'abord visées les règles de définition des orientations : pour définir la notification sur un dossier donné, doit-on faire primer les besoins de la personne ou prendre en considération les structures et ressources disponibles ? La pratique de « l'orientation par défaut » fait ainsi l'objet d'importants débats qui sont pour partie l'occasion pour les associations d'affirmer une posture distincte de défense des droits des usagers, tout en révélant un certain nombre de tensions qui traversent le positionnement associatif en CDA.
- Ensuite, la commission fait l'objet de mobilisations visant à favoriser une réelle inclusion des personnes en situation de handicap en son sein. La question de l'accessibilité se trouve ainsi posée, de façon très discrète ou avec plus de fracas, par certains acteurs associatifs au cœur même de la CDAPH.
- Enfin, ce sont surtout les débats autour des procédures visant à réduire le nombre de dossiers discutés en session plénière (critères pour faire passer des dossiers en « liste bloquée », limitation de l'information donnée aux usagers sur la possibilité de se présenter en CDA) et le temps consacré à chaque dossier (modalités de présentation des dossiers devant la commission) qui suscitent les mobilisations

associatives les plus importantes, ici encore révélatrices des tensions qui traversent une défense des droits fortement acclimatée aux contraintes institutionnelles.

Ainsi, **c'est finalement au moins autant à travers la défense du principe d'un droit de regard associatif sur les dossiers, que dans la lutte pour renverser des décisions sur des cas individuels, que s'exprime l'engagement associatif en faveur des droits des personnes handicapées**.

S'opposer à « l'orientation par défaut », credo des associations en CDA ?

Refuser l'orientation par défaut : position de principe ou instrument de pilotage ?

La pratique des « orientations par défaut », consistant à définir les orientations à partir des capacités d'accueil plutôt que des besoins des requérants, constitue un cas exemplaire des normes de fonctionnement autour desquelles certains représentants associatifs tentent de distinguer un point de vue spécifiquement associatif en CDA, fondé sur le refus de cette orientation par défaut. Cette dernière constitue ainsi, selon la description d'une présidente d'association, un point de cristallisation important de l'opposition entre posture « militante » des associatifs bénévoles et posture « gestionnaire »/ « technique » des gestionnaires d'établissements :

> E177-C
>
> La CDAPH statue sur l'orientation des enfants. Nous, militants, on dit : « l'orientation doit tenir compte des besoins de la personne. C'est le principe de la loi de 2005 ». Bien. Les directeurs disent : « oui, mais si on n'a pas de places, on ne peut pas accueillir, etc. Nous, ce qui nous intéresse… ». Bon. Les parents, d'ailleurs, ont besoin aussi de savoir où ils vont mettre leur enfant. Conclusion : la CDAPH a tendance, sur les notifications, à tenir compte, des moyens qui existent dans le département, non pas des besoins de la personne. Donc on revient, on en parle en commission exécutive, et ça fait plusieurs fois qu'on prend position là-dessus, on dit : « non. La notification doit tenir compte des besoins de la personne ». À partir de là, on peut faire effectivement un diagnostic des besoins en structures au niveau du département, et la MDPH joue pleinement son rôle d'observatoire des besoins, etc. Alors, réponse : « oui, mais il faut que ». Alors, à ce moment-là, on met deux notifications : celle qui tient compte des besoins de la personne et puis celle qui, par défaut, pourrait être une réponse apportée aux familles - on comprend bien que les familles ne peuvent pas rester… Ce positionnement sur les principes, c'est un positionnement de militant. Alors, attendez, c'est pas aussi caricatural que ça : y'a des directeurs qui sont militants. Mais, en général, le problème des directeurs c'est qu'ils sont le nez dans le cambouis, comme on dit. Ils sont sur leur pratique au quotidien, et ils ne vont pas prendre le temps de prendre ce recul pour se positionner dans les principes.

Si notre interviewée admet, au fil de son analyse, que ce n'est « pas aussi caricatural que ça », il n'en demeure pas moins que le positionnement contre l'orientation par défaut constitue un ressort important, pour certains représentants associatifs, de distinction et de légitimation de leur travail de défense des droits au sein de la CDA. Un président d'association évoque ainsi un rôle de vigilance des associations visant à éviter des orientations par défaut :

E184-D

Alors, les associations, c'est vrai, ne sont pas satisfaites du choix des orientations. Y'a beaucoup d'orientations par défaut, à défaut de places.

Q : C'est-à-dire qu'on oriente en fonction des capacités des structures.

R : Voilà. Alors, on a demandé une visibilité, là, à ce niveau-là.

Si le refus des orientations par défaut correspond pour beaucoup à une position de principe (il s'agit de faire formellement primer les besoins des requérants par rapport à une prise en considération des capacités d'accueil ou de prise en charge), il peut aussi correspondre à l'intention beaucoup plus pragmatique de faire émerger le manque de structures et les besoins de créations de places par l'intermédiaire des notifications. La MDPH est alors investie, par le biais indirect des notifications non abouties, d'une mission de recensement des besoins en structures et services qui pourra ensuite être mis en avant face à l'ARS à l'appui de demandes de créations ou d'extensions d'établissements ou de services. De façon significative, dans un des départements visités, c'est la directrice du siège social d'une association gestionnaire qui est à l'origine de cette politique conduisant à rejeter l'orientation par défaut : sur sa suggestion, la CDAPH a décidé de faire des notifications de SAMSAH alors que ce service n'existe pas dans le département concerné, afin de faire apparaître les besoins. Elle mentionne d'ailleurs cette capacité à faire apparaître les besoins comme le premier intérêt de la présence des associations en CDA :

E89-A

Q : Selon votre expérience, quel est l'intérêt pour les associations d'être présentes en CDA ?

R : On se rend compte des besoins non pourvus, par exemple. C'est-à-dire que, là, sur le pôle adulte, on voit bien que ne sont pas présents certains établissements - les SAMSAH, par exemple, y'en a pas du tout sur le département, et on retrouve certains adultes qui devraient être orientés sur les SAMSAH. Mais, on n'en a pas.

Q : Et dans ce cas-là, du coup, vous orientez les adultes autrement ?

R : Au départ, ce qu'il se faisait c'est que, du coup, on faisait des orientations par défaut - mais je n'étais pas encore à la CDAPH. Quand je suis arrivée à la CDAPH, j'ai demandé à ce que l'on fasse des orientations réelles pour pouvoir faire émerger les besoins, justement, parce que, sinon, on n'a aucun indicateur qui viendra étayer le fait qu'il y a besoin de tel ou tel type d'établissement. Donc, on a à cœur d'orienter réellement les personnes.

Le refus de l'orientation par défaut ne fait pas seulement ici suite à une préoccupation quant à l'orientation « réelle » des personnes, mais s'inscrit aussi dans un contexte où les associations, avec la mise en place des ARS et du système d'appel à projets, ne peuvent plus faire directement des propositions de création d'établissements ; elles ne peuvent faire leurs propositions que dans le cadre de la réponse à un appel à projets ; il s'agit dès lors d'influencer en amont l'orientation de l'appel à projet en communiquant à l'ARS des données sur les besoins non pourvus. Ces chiffres, difficiles à compiler, revêtent alors un intérêt stratégique dans le cadre des démarches de création ou d'extension d'établissements ou de

services, et le caractère de « guichet unique » de la MDPH peut ici être utilisé pour favoriser ce recensement des besoins non pourvus[99] :

> E89-A
>
> Avec la création des ARS, et la fin des CROSMS, et l'arrivée des appels à projet, on sait bien que si on ne fait pas émerger le besoin… enfin, l'association seule n'a plus vocation à pouvoir proposer une création d'établissement. Donc, à partir de là, il faut bien que le besoin puisse être transparent quelque part pour qu'un appel à projet puisse exister. […] quand il commence à y avoir une liste un peu significative, c'est que, voilà, le besoin est vraiment là.

Le fait que ce soit une gestionnaire d'établissement qui soit ici à l'origine de cette politique tend à invalider l'opposition précédemment posée (et certes reconnue comme « caricaturale ») entre positionnement « militant » des associations, contre l'orientation par défaut, et positionnement « gestionnaire » des directeurs d'établissements qui en feraient leur politique. Simultanément, cela permet de souligner la complexité du rôle joué par les associations en CDA, dans la mesure où elles sont elles-mêmes gestionnaires d'établissements : ici, la défense des droits des usagers converge avec l'intérêt de la gestionnaire d'établissement qui cherche à étendre l'éventail des services proposés. Contrairement à l'opposition initialement posée entre « gestion » et « militantisme », les deux dimensions peuvent se rejoindre dans des pratiques particulières telles que, ici, l'utilisation des notifications pour faire apparaître des besoins.

Les doubles notifications comme solution de compromis

Bien qu'il soit parfois affirmé comme une position de principe, qui contribuerait à distinguer le positionnement des associations (« Je me refuse à dire qu'on oriente par défaut » (E36)), le refus de « l'orientation par défaut » se heurte rapidement à un principe de réalité, la CDAPH étant dans l'impossibilité d'assurer l'effectivité des orientations qu'elle notifie : les capacités d'accueil des établissements et services sont de fait limitées, et la MDPH ne dispose ni de moyen de contrainte sur ceux-ci ni de la capacité d'assurer la création de places supplémentaires (financements qui passent généralement, pour les établissements et services, par l'ARS, ainsi que par l'Education nationale pour ce qui concerne les AVS). Le risque est donc, en faisant primer les besoins sur les capacités d'accueil, de définir des orientations irréalisables en pratique, là où une « orientation par défaut » aurait permis d'assurer une solution de second rang. Une réponse assez courante à ce dilemme consiste à notifier plusieurs orientations possibles, en indiquant en premier la solution la plus adaptée aux besoins, puis des solutions de second rang (« […] parfois, il peut y avoir trois solutions. On va vous donner le premier choix de la famille et puis d'autres en fonction des places aussi » (E181)). Cette possibilité est communément désignée sous le

[99] Dans le cas évoqué ici, le recensement des besoins est en quelque sorte « facilité » par le fait que le département ne dispose d'aucun SAMSAH : le simple décompte des notifications de SAMSAH permet de donner un chiffre des besoins. Le calcul s'avère plus complexe lorsqu'il s'agit de recenser les orientations non abouties vers des services ou établissements existant dans le département, le calcul supposant alors la compilation de données relatives aux listes d'attentes, qui non seulement sont plus difficilement accessibles, mais peuvent être elles-mêmes redondantes (une même personne peut être en liste d'attente sur deux établissements).

terme de « double » ou « triple » orientation ou notification. Par exemple, dans le cas évoqué ci-dessous, on indiquera en premier choix un ESAT et en second choix un atelier de jour, pour éviter de laisser la personne « sans activité » en cas d'absence de place en ESAT :

> E181-D
>
> Q : Les doubles orientations, c'est quand vous faites une première orientation vers un type d'établissement, et en deuxième choix un autre type d'établissement ?
>
> R : Oui. Vous prenez toute la typologie des établissements, et puis c'est décliné comme ça. Mais ce qu'il faut voir c'est que parfois on met vraiment : atelier de jour, ESAT pour les personnes qui n'auraient pas de places, alors on va les mettre en atelier de jour alors qu'elles ne relèvent pas d'un atelier de jour, qu'elles relèvent vraiment d'un ESAT. Plutôt que de les laisser sans activité.

Un autre interviewé (président d'association) note toutefois que de telles orientations (quand on fait « la totale ») peuvent être mal perçues par les établissements concernés, tout en soulignant la difficulté inhérente au fait de notifier des orientations vers des structures dont on sait qu'elles n'ont pas de places :

> E170-C
>
> Q : Toujours sur le fonctionnement de la CDA, lors de la réunion de l'autre jour, je n'ai pas bien compris le fonctionnement actuel en ce qui concerne les doubles orientations. Je sais que c'est quelque chose qui fait souvent débat dans d'autres CDA : est-ce qu'on fait des orientations par défaut ? Est-ce qu'on fait des doubles notifications ? En pratique, [dans votre département], qu'est-ce qui se fait ?
>
> R : En principe, depuis quelque temps, le Conseil général demandait que y'ait pas de double orientation. C'est-à-dire, par exemple, on sait que c'est dur de trouver une place en foyer d'accueil médicalisé et en MAS, donc on fait une double orientation, voire une triple : foyer de vie, FAM, MAS. On fait la totale. D'abord, je pense qu'en pratique c'est mauvais pour l'usager parce que la direction de l'établissement où il pose sa candidature, qui dit : « tiens, il demande ça. Qu'est-ce que c'est que ça ? Est-ce que c'est un dossier dont on cherche à se débarrasser ? ». Donc l'idée c'est : on fait une orientation FAM ou une orientation MAS, on ne fait pas les deux. Le problème, c'est qu'une fois que vous avez dit ça, vous avez, par exemple, une personne autiste qui arrive à vingt ans, qui sort d'un établissement pour enfant, et qui demande une place pour un établissement pour adulte. À ce moment-là, on sait que le seul FAM du département est plein et qui se vide exceptionnellement, et puis, il s'ouvre une MAS, est-ce que vous pouvez appliquer ce principe et dire : « il faut une orientation FAM, il est plutôt dans l'éducatif que dans les besoins d'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne. On fait une orientation FAM, mais y'aura pas de place ». Alors qu'il y a une MAS qui s'ouvre. Vous voyez ? Pour faire des orientations adaptées, il faut que les structures qui existent soient en quantité suffisante, ou à peu près.

Dès lors, au-delà de sa possible utilisation comme un moyen privilégié de distinguer la posture associative, l'orientation par défaut et les débats qui l'entourent sont révélateurs d'un certain nombre de caractéristiques de la représentation associative en CDA, tels que la coexistence d'un souci de respecter les besoins des usagers avec un impératif gestionnaire, ou encore la tension entre une défense des droits passant par des notifications au plus près des besoins de l'usager et une défense des droits impliquant la prise en

considération de l'effectivité anticipée des décisions. Comme nous le verrons, l'analyse des débats entourant le fonctionnement de la CDA débouche sur un constat similaire.

La CDA est-elle accessible ? Défendre les droits « dans » la commission

En dehors de l'examen des dossiers individuels, la défense des droits des personnes handicapées est apparue au fil des entretiens sous des formes que nous n'avions pas initialement envisagées et qui engagent les interactions de face à face dans la commission et la situation des personnes handicapées en son sein. Les seules personnes en situation de handicap visible que nous ayons rencontrées parmi les membres des CDAPH observées étaient des membres associatifs, et quelques-unes d'entre elles ont fait état de difficultés vécues du fait de défauts d'accessibilité de la commission elle-même : accessibilité limitée du bâtiment et de la salle aux fauteuils, impossibilité de suivre les échanges verbaux pour des personnes malentendantes, impossibilité de suivre le listing des décisions (non fourni en braille) pour une personne non voyante. Prenons l'exemple de ce représentant associatif non-voyant, qui décrit les obstacles à la mobilité et à l'autonomie au sein de la MDPH (couloir, restaurant administratif) pour les non-voyants :

> E36-B
>
> J'ai un copain qui siège avec moi en CDAPH qui représente l'APF, il est en fauteuil, des fois, je lui dis : « tiens, tu me guides ? ». C'est lui qui me guide. Souvent, les personnes, je leur prends le bras et ils m'amènent, on va manger ensemble, tout ça. Mais, ils se rendent compte quand je vais manger au restaurant administratif avec eux le midi - tout seul, je suis incapable d'y aller. Rien n'est adapté. Le seul restaurant administratif. Et pourtant, je sais qu'à la cité administrative, y'en a des personnes en situation de handicap. Des aveugles, y'en a au moins deux qui travaillent à l'ARS. Comment on fait pour aller prendre le plateau, prendre les couverts, aller chercher tout ça ? Y'a rien d'indiqué, rien n'est vocal. C'est de la cuisine traditionnelle : ça, on ne peut rien dire, c'est très bon. Y'a des gens derrière, en plus, c'est sympathique parce que c'est pas des barquettes… Mais, en dehors de là, si je ne suis pas guidé par quelqu'un, je suis incapable… D'abord, en sortant de la CDA, je sors du bâtiment parce que je connais le chemin dans le couloir, maintenant. Mais après, y'a rien d'indiqué. Et on est en plein, dans le cœur de la maison départementale des personnes handicapées. C'est pour ça que je pense qu'il faut leur faire prendre conscience, une conscience collective de par rapport aux besoins que toutes les personnes en situation de handicap.

Dans un autre département, un représentant d'une association de malentendants déplore le manque d'accessibilité de la commission pour un déficient auditif comme lui : il y a « trop de monde, trop de bruit », cela lui demande « beaucoup de concentration » pour arriver à suivre, c'est « fatigant » et « très frustrant » (E95). Parmi les difficultés décrites par les représentants associatifs en situation de handicap, rares sont cependant celles qui ont fait état de plaintes verbalisées, et encore moins au point d'obtenir une véritable amélioration de l'accessibilité de la commission. C'est toutefois le cas du même représentant associatif non-voyant précédemment cité qui, après avoir demandé pendant un an qu'un exemplaire en braille du listing lui soit mis à disposition, quitte la CDA avec fracas (le jour du

deuxième anniversaire de la loi du 11 février 2005) pour voir finalement sa demande satisfaite la semaine suivante :

> E36-B
>
> J'ai de la chance d'avoir les documents en braille à la CDAPH - mais, je me suis battu un an. J'ai claqué la porte le 11 février 2007 de la CDAPH ; je suis arrivé le matin ; le directeur à l'époque, avec qui je m'entendais très bien, en plus, en tout bien tout honneur, c'est-à-dire que chacun campait sur ses positions, et je lui ai dit : « ça serait bien qu'on ait quand même à la CDAPH et pour la maison départementale, ça serait bien que je puisse avoir le listing au moins en braille » - « oui, on va vous les transférer en braille, on va acheter une endosseuse, et patati, et patata ». Et ça a duré un an, et je ne l'avais toujours pas. Alors, je travaillais à l'aveugle, et puis, le jour de l'anniversaire, le 11 février 2007, de mémoire, le 12, le lendemain, j'ai regardé à ma place, y'avait les listings en noir, y'avait pas les documents en braille, j'ai demandé. Alors le directeur m'a dit : « oui, ça va venir ». J'ai dit : « écoutez, maintenant, ça suffit. Ça fait un an, vous me dites que vous allez acheter une endosseuse, vous me dites ceci, vous me dites cela. Ça fait un an que ça dure. Maintenant, je regrette, mais je ne reste pas là parce que si je ne peux pas avoir accès dans la maison départementale des personnes handicapées, à des documents pour un non voyant, c'est pas la peine d'être dans une MDPH». Et je suis parti. J'ai claqué la porte. Je n'ai pas eu un coup de fil de la semaine. Je suis retourné le lundi d'après en CDA, parce que je siège en plénière tous les lundis pour adultes et enfants, le lundi matin, je suis arrivé, j'avais mes listes en braille. Vous vous rendez compte ? Un an. J'ai siégé un an à écouter. J'avais la tête comme ça le soir [*il mime une tête qui explose*]. Là, maintenant, j'ai le bout du doigt qui fume quand je sors le soir parce que lire du braille, j'en ai des piles comme ça [*mime une pile énorme*]. On fait entre quatre-vingt et cent vingt dossiers. C'est énorme. Alors, imaginez-vous qu'une page format A4 recto, ça fait deux pages et demi en braille. Alors, vous voyez, les dossiers… Et moi, je n'ai demandé à avoir que le nom, prénom, la date de naissance, le numéro de dossier, quand il était déposé, et ce qu'il réclamait, l'AAH… ou si c'était des enfants : une orientation en milieu ordinaire, en scolarité ordinaire, ou en CLIS. Mais, je n'ai pas toutes les informations qu'ils ont, eux, sur leur listing en noir. Mais, après, c'est moi qui ai demandé aussi parce que c'est vrai que c'est du boulot de transcrire en braille. Mais, là, je peux suivre. Alors, des fois, quand y'a des erreurs - parce que, eux, ils ne le voient pas forcément avec les yeux, mais, moi, je sens avec le doigt. Des fois, on attribue pour cinq ans, pour dix ans. Des fois, c'est pas concordant avec le dépôt du dossier : « oui, on n'avait pas vu ». Je dis : « oui, c'est normal. Vous n'avez pas les yeux au bout des doigts » (*sourire*). Et je leur ai dit : « c'est pas parce qu'on ne peut pas se voir qu'on ne peut pas s'entendre ». Mais, je suis quelqu'un qui fait beaucoup d'humour pour détendre un peu l'atmosphère aussi en CDA.

Dans un autre département où le listing est projeté sur écran et non imprimé sur papier, une représentante malvoyante a fait sans succès la demande d'avoir à disposition un ordinateur individuel pour pouvoir suivre les dossiers (en les affichant en caractères plus gros, qu'elle peut lire). Ce défaut est le seul bémol qu'elle apporte à une évaluation globalement très positive de la MDPH :

> E93-A
>
> Je trouve qu'on a une bonne direction. Je trouve que c'est pas mal. Sauf que j'attends toujours un ordinateur pour moi (sourire). Parce que y'a une personne, qui s'occupe des dossiers, qui lit le document, mais en même temps, il est projeté sur l'écran, mais je ne peux pas le lire.

La mise en lumière, à des degrés de virulence divers, de défauts d'accessibilité de la commission par des membres en situation de handicap (en l'occurrence, membres associatifs, principalement dans le domaine de la déficience motrice et sensorielle), conduit à poser la question des droits des personnes handicapées au cœur même de la CDA en tant que telle, dans les interactions qui y prennent place. Peut être rattachée à cette même dimension interactionnelle l'évocation, par une membre associative, d'un rôle de vigilance des représentants associatifs par rapport au registre de langage utilisé par les membres de la commission pour désigner les requérants et décrire leurs situations. Les associations endossent alors un rôle de rappel à l'ordre en cas de débordements langagiers (lorsque des membres de la CDA se « tordent de rire » ou font « des réflexions déplacées » sur des dossiers) :

> E181-D
>
> On avait fait une réunion, justement, avec toutes les associations pour pointer tout ce qui n'allait pas, justement, en commission départementale. Un peu de réserve sur certains dossiers. Parce que quand y'en a qui commencent à se tordre de rire sur certaines choses, bon…
>
> E : Parce que y'a des gens qui pouvaient rire ?
>
> R : Y'en avait certains. Ou faire des réflexions qui étaient un peu déplacées. Y'a quand même un devoir de réserve. C'est quand même des humains.

Apparaît ainsi l'idée d'un rôle associatif conçu sur le mode de la vigilance, du droit de regard, conception qui donne également sens à toutes les interventions associatives autour des procédures de traitement des dossiers et des normes de fonctionnement de la CDA.

L'invention d'un « droit de regard » associatif dans les CDA

Non seulement les normes de fonctionnement de la CDA sont-elles différentes d'un département à l'autre et en constante évolution (cf. *supra*), mais elles constituent également un point important de focalisation des mobilisations associatives. Dans trois des quatre départements étudiés, de telles mobilisations étaient en cours au moment de notre enquête : dans l'un d'entre eux, sur l'initiative autonome d'une coordination interassociative, et dans les deux autres, en réaction à des changements de fonctionnement proposés par la direction de la CDAPH. Un tel constat suggère que le fait d'avoir une prise sur les procédures de fonctionnement de la CDA revêt un sens important pour les associations. L'explication que nous en proposerons ici est double. Il s'agit d'abord pour les associations de défendre le principe d'un droit de regard associatif sur les décisions, droit de regard qui apparaît comme une forme alternative de défense des droits des usagers, à défaut d'une capacité effective de participation à la prise de décision sur chaque dossier individuel. Ces mobilisations constituent ensuite une occasion de coordination entre acteurs associatifs, débouchant fréquemment sur une prise de position associative commune ; dans cette optique, elles revêtent un intérêt fédérateur pour les associations, favorisant la construction d'une unité dont nous avons vu précédemment qu'elle n'avait par ailleurs rien d'évident dans les interventions sur les dossiers individuels, marquées par la spécialisation. Afin de démontrer ce double sens que revêt l'investissement

associatif de ces enjeux de fonctionnement, nous nous appuierons sur une analyse des discours portés sur ces enjeux par les responsables associatifs en entretiens ainsi que sur une étude des réformes en cours (observation de CDA et de COMEX, ainsi que d'un « atelier de refonte de la CDA » dans un département étudié).

Les mobilisations associatives autour des normes de fonctionnement de la CDA ont à leur fondement la volonté de mettre à distance la figure repoussoir d'une CDA « chambre d'enregistrement », dans laquelle les associations n'auraient aucun rôle à jouer et où elles perdraient le pouvoir de participation à la prise de décision qui leur est théoriquement conférée par le dispositif institutionnel. Ce spectre de la CDA « chambre d'enregistrement » revient à plusieurs reprises dans les discours des associatifs. Par exemple, pour ce responsable associatif dans le département B, il est important de se mobiliser pour limiter les critères permettant à des dossiers de passer sur « liste bloquée » pour éviter que la CDA ne devienne une « chambre d'enregistrement » :

> E27-B
>
> Je dis : « faut pas se laisser faire des choses comme ça sinon ça quoi ça sert qu'on aille en CDA ? On enlève tout l'intérêt du monde associatif dans cette commission. Si on ne voit plus les orientations - même pour les enfants », moi, y'a quelque chose qui m'échappe. Si on fait du passage direct, à quoi on sert ? On est une chambre d'enregistrement. Point.

Cependant, la participation même des associations à l'institution, dont ils vivent les contraintes (notamment temporelles, en termes de charge de travail[100]) au même titre que les membres institutionnels, les conduit par ailleurs à reconnaître l'impossibilité de participer pleinement à la prise de décision sur chaque dossier individuel : les dossiers sont trop nombreux, l'information nécessaire à la prise de décision est complexe à transmettre. Dès lors, et ne serait-ce qu'en raisonnant du point de vue des associatifs, appliquer à la lettre la mission de participation à la prise de décision qui leur est conférée supposerait une implication à plein temps, ou en tout cas au-delà de l'effort qu'ils sont prêts à fournir, ou encore un retard excessif dans le traitement des dossiers qui serait dommageable à l'usager. Par conséquent, les associations acceptent généralement la légitimité de dispositifs restreignant de fait leur capacité à participer à la prise de décision sur chaque dossier individuel, mais se mobilisent autour de leur *délimitation* : il s'agit de contrôler l'extension de ce type de dispositif afin d'éviter de se retrouver dans la situation d'une CDA « chambre d'enregistrement » qui ôterait tout sens à la participation associative, mais aussi de défendre, par cette mobilisation même sur les procédures, le sens de la présence associative au cœur du dispositif MDPH. Au fil de ces interventions se forge ainsi en creux la défense d'un « droit de regard » associatif, qui tend à se substituer à la prétention à participer à la prise de

[100] Un interviewé du département B, où les CDA se tiennent de 9h à 18h, témoigne ainsi : « Si j'y vais le lundi… Déjà, le lundi, quand on y va, on commence à neuf heures et on finit à dix-huit heures trente. On a la tête…
Q : Oui, j'imagine bien.
R : Moi, j'y suis la journée. Arrivé vers seize heures… (Il souffle). Parce qu'on a trois quart d'heures pour manger » (E10-B).

décision au cas par cas. La préservation de ce droit de regard apparaît alors comme une modalité alternative de défense des droits. Elle permet, en outre, de fédérer des associations par ailleurs très éclatées dans leurs différentes spécialités.

Trois points de focalisation des débats sur le fonctionnement de la CDA nous permettrons d'illustrer cette forme alternative de défense des droits des usagers acclimatée aux contraintes institutionnelles : les modalités de présentation des dossiers en CDA, la définition des critères de passage des dossiers en « liste bloquée », et la question de l'audition des requérants en CDA.

La lutte pour l'information : la présentation des dossiers en CDA

Une réelle participation à la prise de décision suppose une information adéquate sur le contenu du dossier. Or les représentants associatifs ne disposent que d'éléments partiels à ce sujet : aucun élément ne leur est communiqué préalablement à la tenue de la commission[101], et lors de la commission, leur seule source d'information réside dans le compte-rendu (généralement uniquement oral) présenté par les équipes de la MDPH. Or plusieurs représentants associatifs se plaignent du caractère lacunaire de l'information transmise, notamment pour ce qui a trait au dossier médical, les médecins étant alors critiqués pour leur tendance à s'abriter derrière une invocation du secret médical. Ce représentant associatif fait état des luttes qui ont dû être menées («il fallait leur arracher les vers du nez ») pour obtenir communications d'un plus grand nombre d'éléments médicaux afin d'éclairer la compréhension des enjeux du dossier :

> E28-B
>
> Quand ils présentent leurs dossiers, en fait, souvent - moins maintenant parce qu'à force de nous entendre, mais il fallait leur arracher le vers du nez pour comprendre, en fait. On est là pour valider une proposition d'équipe pluridisciplinaire mais faut quand même qu'on ait un minimum de connaissances. Donc, y'a eu tout l'aspect aussi secret médical qui était très complexe [...]... On nous demande, en tant que membres de la commission - on a signé un papier comme quoi ce qu'il se disait en commission, c'est pas à répéter. Y'a un secret de commission. Et maintenant, la loi, depuis le mois de juillet, permet, en fait, que certaines pièces du dossier médical soient portées à connaissance des membres de la CDA. Ça, c'est clair. Mais, c'est vrai que c'est pas facile : les médecins veulent, comme qui dirait, se garder un certain privilège alors que c'est important, des fois, de comprendre.

A l'instar d'autres analyses concordantes de la part d'autres représentants associatifs, pour cet interviewé, la réserve des médecins ne masque pas une volonté de limiter les droits octroyés, mais s'explique essentiellement par le souci de maintenir un « privilège » professionnel, le secret médical leur permettant de délimiter un ensemble de savoirs relevant de leur juridiction exclusive :

> E28-B
>
> Je ne pense pas qu'il y ait une volonté de cacher quelque chose pour dire « la personne, elle va avoir le droit à quelque chose ». C'est pas ça en fait. Mais

[101] Un atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA a donné lieu à une discussion sur la possibilité d'envoyer à l'avance aux participants à la CDA le listing anonymisé des décisions.

> c'est que le médecin se dit : « non, ça, ça fait partie de mon domaine. On n'a pas à le dire ».

Plusieurs représentants associatifs décrivent des stratégies de contournement permettant, par effet d'apprentissage lié à une présence durable dans la commission, d'identifier les pathologies non nommées dans la présentation du dossier :

> E28-B
>
> Bon, à force, on le sait : « tiens, on a affaire à… ».
>
> Q : Vous arrivez à repérer.
>
> R : « Tiens, c'est une déficience psychique ; tiens, c'est une déficience motrice ; tiens, c'est un aveugle ». Autant dire que la personne, elle est mal voyante, c'est pas plus compliqué que ça. Et puis, c'est pas dévoiler un secret médical.

L'enjeu de préservation d'une juridiction professionnelle pour les médecins converge toutefois aussi avec **un enjeu de pouvoir au sein de la CDAPH, puisque le manque de connaissance du dossier limite en pratique la capacité de participation à la prise de décision**. Il s'agit, selon le témoignage d'un représentant associatif, d'éviter que la CDA ne devienne une simple « chambre d'enregistrement », court-circuitant ainsi la participation associative à la prise de décision :

> E31-B
>
> […] un des soucis des membres de la CDA (ils sont très soucieux par rapport à ça), c'est de ne pas être une chambre d'enregistrement. D'où la nécessité de bien travailler sur la manière de présenter les dossiers. Parce qu'en même temps, on ne peut pas refaire le dossier - l'équipe pluridisciplinaire c'est son boulot. Donc, on est toujours entre les deux, là.

La remarque selon laquelle « en même temps, on ne peut pas refaire le dossier » témoigne simultanément de l'intégration des contraintes institutionnelles : il s'agit de définir des modalités de participation à la prise de décision qui n'impliquent pas une nouvelle instruction du dossier. Dans le cadre de l'atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA dans un département étudié, a été envisagée la préparation par les équipes de la MDPH de fiches synthétiques sur les dossiers présentés en CDA, qui serviraient de support à la discussion. Les dispositifs envisageables à cet égard dépendent toutefois du nombre de dossier présentés en commission, qui varie très fortement d'un département à l'autre (cf. infra : *Les associations en CDA*) – ce qui renvoie au deuxième point de conflit essentiel entourant les modalités de fonctionnement de la commission, les critères de passage des dossiers en « listing » ou en « liste bloquée ».

Accepter la décision « sur liste » tout en préservant un droit de regard

En pratique, tous les dossiers individuels ne font pas l'objet d'une discussion devant l'ensemble de la commission. Plusieurs dispositifs organisationnels et/ou matériels ont été mis en place afin de restreindre le nombre de dossiers effectivement présentés à l'oral devant l'ensemble de la commission. Les deux principaux dispositifs rencontrés dans les départements étudiés sont la CDA « restreinte » et l'adoption « sur liste ». Si ces deux dispositifs constituent deux moyens de limiter le nombre de dossiers délibérés en CDA

plénière, ils ne se situent pas sur le même plan par rapport à l'encadrement juridique de la CDAPH : le décret de 2005 sur le fonctionnement des CDA prévoit effectivement la possibilité d'une « procédure simplifiée » en commission « restreinte » (Art. R. 241-28 du décret du 19 décembre 2005 relatif à la CDAPH), mais ne fait pas mention de la possibilité d'adoption sur liste, qui correspond dès lors plus nettement à un bricolage institutionnel local, et néanmoins répandu (présent dans les 4 départements étudiés et très largement dans l'ensemble des MDPH selon les rapports de la CNSA[102]). La CDA restreinte correspond à la réunion d'un nombre limité de membres de la CDA pour statuer sur certains dossiers, en alternance avec les CDA « plénières ». Dans le système d'adoption « sur liste », les dossiers remplissant un certain nombre de critères sortent complètement du circuit de discussion en CDA, les notifications étant alors définies par l'équipe pluridisciplinaire, et validées par la CDAPH par la simple présence, lors de la tenue de la commission, d'un ou de quelques exemplaire(s) d'un listing imprimé compilant les décisions. Ces deux types de dispositifs (CDA restreinte et adoption sur liste) posent la question des critères retenus pour faire basculer un dossier de l'examen en commission plénière à un examen en commission restreinte ou une adoption sur liste. Notons que dans le cas des commissions « restreintes », le décret de 2005 relatif aux CDAPH indique les demandes qui *peuvent* passer par cette procédure simplifiée[103]. Or non seulement la définition des critères effectivement utilisés fait-elle l'objet d'une négociation au niveau local, mais on observe en outre que les débats se focalisent plutôt sur la délimitation de la réciproque, soit les critères délimitant les dossiers qui *doivent* passer en plénière (ou être effectivement présentés à l'oral devant la commission, dans le cas de l'adoption sur liste). C'est principalement sur la définition de ces critères, ainsi que sur la définition de moyens alternatifs de contrôle des décisions prises, que vont se cristalliser les mobilisations associatives.

Des critères en débat

Demandes refusées, primo-orientations, recours gracieux, sortie administrative, diminution d'une prestation : les critères fréquemment retenus (cf. encadré) révèlent en creux le rôle communément dévolu à la CDA, selon lequel le passage en CDA est censé représenter, notamment du fait de la présence des représentants associatifs, une garantie supplémentaire en termes de défense des droits des usagers. Implicitement, la CDA est conçue comme n'ayant pas vocation à aller « en deçà » des

---

[102] Le rapport 2009 de la CNSA indique (annexe 6, p. 38) « qu'il n'est pas possible de dire combien de décisions de CDAPH sont prises avec l'examen explicite du dossier ou globalement prises sur listes (la grande majorité) »

[103] Selon l'article R. 241-28 du décret du 19 décembre 2005, la CDA peut déléguer « peut déléguer [à la formation restreinte] le pouvoir de prendre en son nom tout ou partie des décisions dans les matières suivantes :
« 1° Renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont bénéficie une personne handicapée lorsque son handicap ou sa situation n'a pas évolué de façon significative ;
« 2° Reconnaissance des conditions prévues au 2° de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale ;
« 3° Attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention "Priorité pour personnes handicapées, mentionnées respectivement aux articles L. 241-3 et L. 241-3-1 du présent code ;
« 4° Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé répondant aux conditions définies par l'article L. 323-10 du code du travail ;
« 5° Situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence ».

préconisations de l'EP. Le passage en CDA a toutefois pu être mobilisé par le passé à des fins inverses dans un des départements étudiés, selon le témoignage d'un associatif, du fait du poids majoritaire donné au CG dans les attributions de PCH, permettant aux représentants du CG de faire passer des notifications pour des montants de PCH inférieurs aux propositions de l'EP (E169). Nous avons par ailleurs effectivement observé en CDAPH dans le département C une situation dans laquelle le CG a failli obtenir le renversement d'une décision favorable de l'EP sur un dossier de PCH (cf. infra : *une tentative échouée de recours au vote*).

▪ Présentation en CDA *vs* adoption sur liste : les critères discutés dans un atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA

Une MDPH étudiée a organisé à l'occasion d'un changement de direction de la CDAPH un atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA visant à discuter du mode de fonctionnement de la CDAPH. Parmi les points discutés, une liste de critères de présentation des dossiers en CDA a été adoptée lors de la première journée de l'atelier :

Recours ou désaccord de la famille

Question de principe à trancher – prestation à titre dérogatoire et décision inhabituelle

Dossier avec audition à la demande de la personne

Sortie d'ESAT et conflit du travail

1ère demande d'AAH 50-80

Diminution d'une prestation ou retrait d'un avantage (s'il ne s'agit pas d'une stricte application de la loi)

Rupture de parcours : suivi AVS, sortie d'établissement conflictuelle

Projet d'accueil en Belgique

Orientation mixte (SAS, SAVS) subie [renvoie au cas d'une orientation par défaut, lorsque le premier choix d'orientation n'est pas disponible]

PCH aide humaine supérieure à 18h et aménagement de logement avec un fort reste à charge

Désaccord de la famille avec le PPC

Proposition de l'équipe pluridisciplinaire faute de solution adaptée

Choix de l'équipe pluridisciplinaire

L'agente de la MDPH qui présente ces critères note à l'oral qu'il a par ailleurs été convenu lors de la première réunion que le nombre de dossiers discutés serait limité à « 8 à 15 dossiers par séance », et que donc, la CDA ne se réunissant d'une demi-journée par semaine, « on ne pourra pas traiter tous les dossiers qui rentrent dans ces critères. On fait confiance à l'équipe [pluridisciplinaire] pour sélectionner les 15 dossiers ». Ce principe de limitation à 15 dossiers, faisant en sorte que seule une partie des dossiers remplissant les critères énoncés serait discutée en CDA, n'est pas remis en question par les représentants associatifs dans la suite de la discussion, alors même qu'un des représentants associatif reviendra sur la définition des critères, pour faire ajouter les refus de RQTH (« il faut ajouter la non RQTH et les refus de formation, ça a été un des problèmes les plus graves en [commission] insertion professionnelle »), proposition qui sera validée par la direction de la CDA.

Hormis donc cet usage particulier qui nous a été narré par un interviewé, les critères révèlent, dans leur définition, un rôle implicitement dévolu à la CDA de contrôle des décisions des EP : on voit ici émerger l'idée d'un droit de regard de la CDA, et notamment de ses représentants associatifs, sur les décisions prises par les EP. Cette question est nettement apparue dans les mobilisations en cours dans le département B au moment de notre enquête, cas qui illustre simultanément de façon particulièrement significative le rôle unificateur de ces mobilisations pour un milieu associatif par ailleurs éclaté. L'extrait suivant, tiré d'un entretien avec un président d'association représentant en CDA, illustre particulièrement bien ce rôle. En effet, en réponse à une question portant sur l'existence ou non d'une ligne de clivage entre membres associatifs et non associatifs dans « positions des uns et des autres en CDA » (nous avions alors en tête les prises de position sur les dossiers individuels), ce responsable associatif répond en défendant l'idée d'une « cohérence associative », mais sa démonstration pour ce faire prend appui non pas sur un exemple de positionnement homogène des associations sur des types de dossiers discutés en CDA, mais sur un exemple de mobilisation des associations contre une réforme envisagée des modes de fonctionnement de la CDA qui aurait fait passer plus de dossiers en « liste bloquée » :

> E28-B
>
> Q : Et en ce qui concerne les positions des uns et des autres en CDA, est-ce qu'il y a des lignes de clivage qui apparaissent de façon un p'tit peu récurrente ? Est-ce que, par exemple, les associations sont toujours dans la même position versus…?
>
> R : On a une cohérence associative et on essaye à l'avoir ; notamment, je sais que, moi, j'ai… Là, on a travaillé sur - dans le dossier du groupe de travail, y'avait ce qu'on appelle les listes bloquées. Les listes bloquées c'est quelque chose qui est contraire à la loi puisque théoriquement, on n'a pas à passer des dossiers en liste bloquée. Bon. Force est de constater qu'on est bien obligé parce que sinon il faudrait que l'on soit en commission tous les jours ; puisque y'a à peu près soixante pour cent des dossiers qui sont en liste bloquée. Mais, la liste bloquée, bon, c'est bien établi, et tout ; et par contre là, justement, ils voulaient faire passer beaucoup de dossiers en liste bloquée, notamment dans le secteur « enfants », ils voulaient tout faire passer en liste bloquée, sauf quand les parents faisaient appel, ou quand ça posait des difficultés à l'équipe pluridisciplinaire. Et sinon, tout le reste des dossiers passait en liste bloquée. Je sais que nous, les associations, on a dit : « non, il est hors de question ». On n'était pas d'accord. Donc, par rapport à ça, moi, j'ai tout de suite téléphoné à toutes les associations qui siègent, via le canal CDHL, pour qu'on se fasse une réunion de préparation et qu'on obtienne une position. J'ai écrit un document que j'ai fait partager aux autres associations, pour porter une parole commune aux associations. Ce qui n'est pas facile parce que, vous savez, pour faire causer un aveugle et puis un sourd… (*Rire*).

Cet extrait illustre simultanément l'intégration des contraintes institutionnelles induite par la participation en CDA : on ne remet pas en cause le principe des listes bloquées du fait de la charge de travail excessive qui serait induite par une discussion systématique de tous les dossiers individuels en commission :

E28-B

Force est de constater qu'on est bien obligé parce que sinon il faudrait que l'on soit en commission tous les jours…

En l'occurrence, la proposition a effectivement fait l'unanimité chez les associations, ce qui illustre le caractère fédérateur de ce type d'intervention sur les procédures de fonctionnement plutôt que sur les dossiers[104] :

E28-B

Q : Et donc là, pour prendre cet exemple de la contestation sur les listes bloquées, ça s'est fait concrètement par l'envoi d'une lettre ?

R : La directrice de la MDPH, elle nous a envoyé une liste de dossiers qu'ils voulaient passer en liste bloquée. Tout de suite, nos cheveux se sont hérissés. Tout de suite, moi, j'ai pris le téléphone et j'ai dit : « faut convier toutes les associations, qu'on se réunisse ». Donc, on a profité : y'avait une [réunion de la coordination interassociative] la semaine d'après, donc j'ai tout de suite rajouté ça à l'ordre du jour. J'avais préparé quelque chose, moi, puisque c'est moi qui ai posé la question, j'ai préparé. J'ai exposé ça. Et avec les gens qui siègent dans [la coordination interassociative], on s'est réuni et puis voilà.

Q : D'accord. Et donc ce cas-là, ensuite, vous avez rendu compte…

R : Après, quand y'a eu la commission, y'avait des votes et tout, mais toutes les associations ont voté dans le même sens. Donc, automatiquement…

Q : Sur cette histoire de listes bloquées ?

R : Sur cette histoire, oui.

Q : Et donc, du coup, finalement ?

R : On a obtenu gain de cause. Heureusement.

Simultanément, le détail de la position défendue par les associations illustre le fait que les associations sont par ailleurs loin de se placer dans une posture oppositionnelle vis-à-vis de l'institution, mais font nettement œuvre de conciliation et signalent, par leur positionnement, leur intégration des contraintes institutionnelles

E28-B

On n'est pas, je dirais, on n'est pas les emmerdeurs, les empêcheurs de tourner en rond. On est là pour travailler ensemble.

En effet, la protestation précédemment décrite, et qui joue effectivement un rôle important pour la création d'une forme de conscience de la représentation associative, porte en réalité sur des aspects quantitativement marginaux par rapport à l'ensemble de la réforme proposée, qui n'est pas contestée dans ses grandes lignes :

[104] Soulignons toutefois la mobilisation sur les procédures peut aussi être un moyen pour les associations de faire valoir leurs objectifs plus spécifiques, de défenses de catégories particulières de personne handicapées. Ainsi, dans le cadre de la mobilisation décrite ici autour des listes bloquées, un représentant associatif dans le secteur du handicap psychique indique avoir fait passer une disposition permettant aux dossiers de demandes d'AAH incluant un handicap psychique de sortir systématiquement de la liste bloquée : « on a réussi que, quand il y aurait le flux d'AAH, que ce ne soit pas passé en liste bloquée pour le handicap psychique » (E34).

E28-B

Q : Et juste pour finir sur cette histoire de liste bloquée, votre recommandation à vous, c'était… Enfin, vous avez, du coup, fait diminuer la liste des cas concernés ?

R : Y'a beaucoup de choses qu'on a validé. Y'a plein de choses qu'on a validé. Mais simplement, y'a des choses : par exemple, les orientations en établissements, ils voulaient les passer en liste bloquée ; les primo orientations, les premières orientations. Donc, nous, on veut absolument les voir.

Le « on veut absolument les voir » illustre bien l'idée d'un droit de regard associatif. Mais ce qui est en jeu dans la revendication de « voir » les dossiers importants n'est pas seulement la défense du droit de regard associatif, mais aussi le caractère stratégique de cette information en vue d'un recensement des besoins, comme l'indique la suite de l'extrait :

E28-B

C'est important. Faut qu'on sache, en fait. D'autant plus que le gros problème qu'on rencontre avec la MDPH, c'est qu'on n'arrive pas obtenir, en fait, de bilans et de chiffres. C'est-à-dire sur l'analyse des besoins, sur les besoins, on n'arrive pas - ça, ça fait partie de la mission de la MDPH…

On retrouve donc ici l'idée, précédemment évoquée, d'une utilisation de la CDAPH visant à permettre un recensement des besoins existant en termes de création ou d'extension de services ou d'établissements.

Le déroulement de l'atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA dans un département étudié donne également à voir, du côté des associations, le même type de coexistence entre l'adoption de postures de principe et une posture très largement conciliatrice qui témoigne de l'intégration des contraintes institutionnelles. Ainsi, lorsque sont présentés les critères de présentation des dossiers en CDA, l'agente de la MDPH qui présente ces critères note à l'oral qu'il a été convenu que le nombre de dossiers discutés serait limité à « 8 à 15 dossiers par séance », les autres dossiers correspondant à ces critères étant, de fait, non soumis à discussion en CDA. Ce principe de limitation à 15 dossiers, qui limite fortement la portée des critères formellement énoncés, n'est pas remis en question par les représentants associatifs dans la suite de la discussion, alors même qu'un des représentants associatif revient sur le détail de la définition des critères (cf. Encadré « *Présentation en CDA vs adoption sur liste* »).

Comment contrôler sans décider ?

Dans certains cas toutefois, les critères retenus, alors souvent très faiblement formalisés et secondaires dans les discussions, ne laissent pas véritablement la possibilité de ce droit de regard par la discussion en session plénière. Ainsi, dans le département D, n'est présenté devant la commission qu'un petit nombre de dossiers sélectionnés par l'équipe pluridisciplinaire. Le récit d'un responsable associatif ayant participé à la création de la MDPH dans ce département montre qu'avait initialement été envisagée la possibilité d'un tirage au sort des dossiers ouverts à la discussion en commission,

option qui avait finalement été abandonnée du fait de la nécessité d'un travail préparatoire sur les dossiers :

> E176-D
>
> Q : Du coup, j'imagine qu'il y a eu, au moment de la mise en place de la MDPH, des discussions sur ce fonctionnement particulier que j'ai vu ce matin qui consiste à ne discuter en CDA qu'un nombre restreint de dossiers, est-ce que vous avez assisté à ces débats-là à l'époque ?
>
> R : On a envisagé x choses. De tirer au sort des dossiers pour voir comment ils étaient traités par les équipes pluridisciplinaires : pas facile à fonctionnement pare que, bon, pour que les professionnels MDPH présentent un dossier, faut qu'ils aient quand même bien étudiés pour pouvoir le présenter correctement (parce que, bon, ça ne va pas être nécessairement eux dans leur équipes qui l'auront traités, etc.). Donc c'était pas quelque chose de pertinent. Vu le nombre de dossiers, on est arrivé petit à petit au fonctionnement tel que vous l'avez vu ce matin.

Ce département a finalement opté pour un fonctionnement conformément auquel seuls sont présentés quelques dossiers choisis par les équipes de la MDPH. Les dossiers présentés en commission sont « ceux qui ont posé des difficultés à l'équipe pluridisciplinaire », ainsi que « des dossiers qui illustrent telle ou telle problématique » (E176) choisie soit par les techniciens de la MDPH, soit sur la demande de membres de la CDA (« surtout associatifs » (E176)) : « Ça peut être, par exemple, on voudrait voir les dossiers pour lesquels y'a eu des refus d'orientation en établissements médico-sociaux, type IME » (E176). Dans ce contexte où seul un petit nombre de dossiers sont soumis à la discussion, des responsables associatifs évoquent le caractère illusoire de la validation sur « liasse » des 600 dossiers :

> E176-D
>
> Faut dire qu'en CDAPH, on ne voit que les dossiers qui posent problème à l'équipe pluridisciplinaire. Ça veut dire qu'il y a à peu près six cents dossiers chaque semaine qu'on ne voit pas. Nous, on voit entre six et huit dossiers à chaque séance. Moi, je dis que, par exemple, dans les six cents dossiers qui passent sans nous puisqu'ils ne posent pas problème à l'équipe pluridisciplinaire, c'est là (alors, je ne sais pas comment on pourrait faire), mais c'est là, peut-être, qu'on devrait avoir… Comment dirais-je ? Vous savez, il y a une liasse qui est posée, chaque jeudi matin, quand on y va, une liasse avec dix cents dossiers, adultes et enfants réunis, et il faudrait je ne sais pas, qu'on arrive à cinq heures du matin (rire) pour voir… Parce qu'en fait, c'est marqué « oui » ou « non », s'il y a une AAH accordée, oui ou non. S'il y a une prestation qui n'a pas été accordée, on ne sait pas pourquoi. Il faudrait dire, par exemple, en début de CDA : « tiens, au petit bonheur la chance bien sûr… »
>
> Q : Oui, « tel dossier, on va vérifier ».
>
> R : Oui, voilà.
>
> Q : Vous avez le droit de demander à regarder un dossier…
>
> R : Oui à ce qu'il soit examiné. Alors, maintenant… On se dit : « on fait confiance à l'équipe pluridisciplinaire ». C'est quand même des professionnels. C'est des gens comme tout le monde, on va dire, qui font leur profession.

Cet extrait, évoquant la possibilité d' « arriver à cinq heures du matin » pour vérifier les dossiers du listing, illustre bien, simultanément, le caractère symboliquement important de cette « liasse » qui matérialise le droit de regard associatif sur les dossiers, à défaut d'une participation systématique à la prise de décision, pour laquelle les associatifs doivent s'en remettre à l'équipe pluridisciplinaire.

Certains responsables associatifs ont encouragé la mise en place (encore en cours de discussion au moment de notre enquête) de dispositifs alternatifs permettant d'incarner ce droit de regard associatif sans alourdir le travail de la commission. A notamment été promue la mise en place d'une fiche d'une page qui, présentée à chaque CDA, ferait une compilation des décisions prises sur liste.

> E176-D
>
> Q : Ce mode de fonctionnement-là sur lequel on fait confiance aux EP pour remonter les dossiers qui posent vraiment problème, est-ce que c'est quelque chose qui a fait l'objet de débats, de contestations éventuelles de la part des associations ? Est-ce qu'il y a eu des revendications du type : « on veut tout voir », « on veut voir les refus » ?
>
> R : J'ai envie de dire, contestations au cours du temps. Y'a toujours de remarques qui sont faites, des évolutions, un pas en avant, un p'tit pas en arrière. Bon. C'est un p'tit peu ça. Mais on ne peut pas parler de contestation au sens premier du terme. Ça ne veut pas dire pour ça qu'on est pleinement satisfait du fonctionnement de la CDAPH. Là, par exemple, on prend des décisions - vous avez vu le pavé qu'on a ? Ça ne sert pas à grand-chose. Donc on a demandé à ce qu'on soit un peu mieux sensibilisé à ce qu'on faisait et aux conséquences de ce qu'on faisait. Donc la première chose ça a été le PV et puis on va voir un p'tit peu. Parce que le problème c'est que, là, c'est bien, on a parlé de quatre ou cinq dossiers, mais on en a validé cinq cents. Qu'est-ce qu'on a validé ? On fait confiance aux équipes, mais bon… Donc on est un p'tit peu sur cette réflexion pour être quand même mieux informés sur ce qu'on valide. [La présidence de la CDA] nous a proposé de nous donner en début de séance un tableau (mais je ne sais pas si je l'ai là - il cherche dans ses documents) qui répertoriait les décisions, les demandes qui avaient été faites, les refus, etc., mais ça engageait quand même un gros travail de la MDPH. […]Vous demandiez tout à l'heure si y'a eu de grosses contestations, non… (*Sourire*). Mais, on essaye petit à petit d'avancer, mais sans briser ou sans gripper la machine.

Ici encore, la manière dont ce responsable associatif rend compte des interventions associatives autour du fonctionnement de la CDA illustre une forte intégration des contraintes institutionnelles : il s'agit « d'avancer, mais sans briser ou sans gripper la machine ».

Une autre modalité de participation indirecte à la décision passe par une consultation de la CDAPH par les équipes pluridisciplinaires sur des sujets qui leur posent problème et sur lesquels elles souhaitent que la CDAPH se prononce, en vue d'établir une forme de jurisprudence. Cette démarche peut être formalisée, comme dans le cas du département C où l'ordre du jour d'une des CDA auxquelles nous avons assisté inclut par exemple « Intervention de 2 représentants EP sur les prothèses auditives ». Une heure environ après le début de la CDA, deux assistantes sociales de l'EP entrent effectivement dans la salle pour faire état de leur indécision face aux demandes de remboursement des boucles HF, appareillage dédié aux

déficients auditifs. Une longue discussion s'ensuit sur la nature du dispositif technique (à quoi cela sert ? Est-ce réutilisable ? Transférable d'un utilisateur à l'autre ?) et sur la légitimité de la compensation (sont notamment introduites des comparaisons avec d'autres dispositifs précédemment financés, ainsi qu'avec les pratiques d'autres départements). Dans d'autres cas, la démarche est moins formalisée, mais correspond en pratique à un des effets de la discussion approfondie de cas individuels présélectionnés par l'EP, qui donnent lieu à la confrontation de différents critères de justice et alimentent également le travail des EP.

Auditionner les usagers : les associatifs face à leurs contradictions

La possibilité pour les usagers de venir présenter et défendre leur dossier en commission constitue un point important de la loi du 11 février 2005[105]. Or de l'avis de la plupart des participants à la CDA, y compris associatifs, la généralisation de cette pratique mettrait concrètement en péril le fonctionnement de l'institution. En effet, les dossiers de requérants auditionnés font l'objet d'une discussion beaucoup plus longue que les autres dossiers discutés en CDA, non seulement du fait du temps de l'audition elle-même, mais aussi parce que le dossier fait l'objet de discussions plus longues que les autres immédiatement avant et après l'audition. Ainsi, dans le département B où nous avons assisté à une demi-journée de CDA enfants faisant se succéder 3 auditions de requérant et la discussion de 6 dossiers sans audition, chaque dossier avec audition a fait l'objet d'une discussion d'une trentaine de minutes (dans un cas : 7 minutes de présentation du dossier avant l'entrée du requérant, 20 minutes d'audition, 10 minutes de discussion et prise de décision après le départ du requérant), alors que le temps moyen passé sur chacun des 6 dossiers restants était de 6 minutes. Ceci fait en sorte que, du point de vue de la faisabilité des séances dans une limite de temps impartie, les membres de la CDA (y compris associatifs) n'ont pas intérêt à encourager les usagers à demander à être auditionnés. L'effort de limitation du nombre de dossiers présentés en CDA, précédemment décrit, suppose en outre une limitation du nombre d'usager qui viennent défendre leur dossier devant la commission, étant donné que la venue d'un usager suppose que la CDA discute de son dossier. Cette tendance des CDA à décourager les requérants à se présenter devant la commission a été documentée dans d'autres départements : Céline Borelle parle à ce sujet de « non-communication intentionnelle sur

[105] L'audition des usagers était également prévue dans la loi de 1975, mais prenait en pratique la forme d'une "convocation" plutôt que d'une invitation à défendre ses droits : « - la loi 75 voulait que les gens soient prévenus de la date de passage de leurs dossiers en commission, et donc qu'ils soient, avant on disait « convoqués », maintenant on dit « invités » puisque y'a pas de caractère obligatoire, c'est le choix de la personne » (E170-C). En pratique, cet interviewé du département C raconte des situations flagrantes de négation des droits à l'époque de la CDES : « À l'époque de la CDES, j'ai accompagné des familles dans tous les départements - pas tous les départements, ça serait exagéré - mais dans cinq, six départements [de la région] : alors, les gens n'étaient pas prévenus du passage en CDES ; lorsqu'ils faisaient un recours et qu'ils demandaient d'être reçus, ils recevaient des courriers comme quoi la CDES ne reçoit jamais les familles ; et quand, après leur avoir rappelé la loi, on allait en CDES, quand on allait en CDES sur les problèmes d'intégration scolaire et qu'on demandait une notification en classe ordinaire ou en classe intégrée, on nous disait : « la CDES ne notifie pas les classes ordinaires ou les classes intégrées, elle ne notifie que les établissements médico-sociaux » » (E170).

l'existence d'un droit » induisant une « forme de non-recours au droit institutionnalisé, inscrit dans le fonctionnement de l'institution » (Borelle, 2012). Ceci prend notamment la forme d'une absence d'information de l'usager relativement à la possibilité de se présenter devant la CDAPH, contrairement à l'information préalable (deux semaines avant la tenue de la commission) prévue par le décret de 2005 régissant le fonctionnement de la CDAPH[106].

Or cette incitation objective à ne pas encourager les requérants à se présenter en commission tend à placer les représentants associatifs face aux contradictions de leur travail de défense des droits, non seulement parce que l'audition en commission est un droit de l'usager, mais aussi parce que la plupart des représentants associatifs que nous avons rencontrés sont persuadés que cette présence physique de l'usager dans la commission joue tendanciellement en sa faveur :

> E178-D
>
> Q : Vous avez le sentiment que ça fait une différence le fait que les gens se présentent ?
>
> R : Oui. Écoutez, je crois qu'il est très rare - c'est arrivé, mais c'est peut-être arrivé deux fois - que les personnes qui se présentent, qu'on ne leur accorde pas ce qu'elles demandent. Ça a vraiment été très rare. Alors qu'au départ, ça a été refusé, donc, de les entendre, et de les voir, et de comprendre mieux…
>
> E28-B
>
> R : Il nous arrive de dire aux familles : « vous avez intérêt à venir en CDA. Vous avez tout intérêt à venir pour porter votre dossier ». Mais, on ne va pas les accompagner.
>
> Q : D'accord. Et oui, vous avez le sentiment que ça fait une différence, effectivement ?
>
> R : Oui, c'est flagrant. Enfin, sur certains dossiers délicats. Sur le dossier qui n'a pas de problème, ça va. Mais sur des prestations de compensation, sur certains dossiers, je dirais que la personne qui vient, ça lui apporte - disons, elle peut défendre son dossier et vis-à-vis de l'équipe qui est autour de la table, ça a du poids. D'autant plus que - enfin, ça aurait peut-être moins de poids si les dossiers étaient présentés d'une manière un p'tit peu plus équitable. Mais ça, c'est un manque de temps des équipes pour préparer les dossiers correctement.

Dans certains cas, la présence de l'usager conduit à faire apparaître des décalages importants avec le récit de l'équipe médicale :

> E32-B
>
> On s'est fâché plusieurs fois parce qu'elle [médecin] nous le présentait en disant : « ce malade-là, il va bien », le pauvre jeune homme, il rentrait, c'était un boulanger, il avait une jambe coupée. Alors, là, on se fâchait franchement. D'ailleurs, ça sidérait tout le monde.

Ceci conduit plusieurs responsables associatifs à tenir un discours favorisant la présentation des usagers en CDA :

---

[106] « Art. R. 241-30. - La personne handicapée ou, le cas échéant, son représentant légal, est informée, au moins deux semaines à l'avance de la date et du lieu de la séance au cours de laquelle la commission se prononcera sur sa demande, ainsi que de la possibilité de se faire assister ou de se faire représenter par la personne de son choix. » (Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005 relatif à la CDAPH).

E32-B

Je proposais à tous nos malades de venir pour que les gens puissent se rendre compte dans quelle position ils étaient parce que les gens ne connaissent pas les maladies.

E33-B

Donc, on invite assez souvent pour les situations complexes, on dit : « demandez à être reçu ». D'une part, parce qu'ils sont mal à l'aise, et puis ils voient, devant les yeux. C'est beaucoup plus difficile, même s'ils ne donnent pas la réponse tout de suite, mais, là, tout le monde voit : les associations, les services, etc. Parce que sinon un examen sur dossier, c'est facile.

L'interviewé suivant, du département B, se place ainsi dans une optique classique de défense des droits des usagers contre les barrières que l'institution chercherait à poser à l'exercice de ce droit :

E10-B

Et puis, ce que je regrette en CDA, c'est que, normalement, on peut assister à la commission. Ils n'aiment pas qu'on assiste à la commission (*sourire*) parce que ça retarde les dossiers. Parce que quand les familles viennent, on discute plus longtemps du dossier, et ça ils n'aiment pas.

Q : Donc, vous voulez dire « quand on vient en commission » : c'est-à-dire, les familles ?

R : Quand les familles viennent. Oui, ils n'aiment pas ça parce que le dossier, quand la famille n'est pas là – pour vous dire – en quatre minutes, il est passé. [...] Ils n'aiment pas parce qu'on passe à peu près - pour vous dire, je ne raconte pas de bêtises - au moins quatre-vingt dossiers dans la journée. Donc, bien sûr que quand y'a des familles qui viennent, et bien... Ils n'aiment pas trop, quoi. Et d'ailleurs, la CDA se plaint quand y'en a trop qui viennent. Ils disent aux directeurs : « ça serait bien qu'ils ne viennent pas » ; mais nous, on trouve, le contraire, que c'est bien que les gens viennent se défendre.

Cependant, cet encouragement à la présentation des usagers en commission, qui fait l'objet d'une défense de principe en entretiens et peut effectivement correspondre à des recommandations faites individuellement à des usagers, ne trouve pas réellement son pendant dans les revendications des associations relatives au fonctionnement de la CDA. Les interventions d'un représentant associatif en ce sens lors de l'atelier de réflexion sur le fonctionnement de la CDA sont particulièrement significatives à cet égard, comme l'indique l'extrait d'observation ci-dessous :

atelier CDA, automne 2012 – Anne Revillard.

2ème journée de l'atelier de « refonte de la CDA ». Lors de la discussion sur l'information des usagers sur la possibilité d'être entendu par la CDA et les modalités de leur accueil, la présidence de la CDA présente sur écran (powerpoint) un projet de courrier standardisé à destination des usagers les informant de la possibilité de passer en commission et précisant qu'ils n'auront pas la réponse de la commission en leur présence. Le représentant de l'association A demande que soit mentionnée dans le courrier de la possibilité de se faire représenter « parce que c'est la loi », et que la phrase sur la prise de décision de la commission précise « après vous avoir reçu et écouté ». La présidente de la CDA modifie le texte de la lettre sous sa dictée directement sur la diapo projetée à l'écran. Une discussion s'ensuit sur le délai de réponse indiqué (entre audition par la commission et envoi de la notification). Le représentant de l'association A conteste la mention d'un délai de 1 mois prévue dans la lettre projetée à l'écran, soulignant que cela

représente le quart des 4 mois prévus pour le traitement complet du dossier. Un agent de la MDPH commente : « c'est une marge large, mais on fait le maximum pour rester dans ce délai ». Le représentant de l'association B pose une question sur les destinataires de la lettre : « Toutes les personnes ne recevront pas la lettre ? ». La présidente de la CDA lui répond : « non, que les dossiers présentés à l'oral. Ce n'est certes pas satisfaisant du point de vue de la loi, du respect des droits, mais c'est le principe de réalité, c'est la solution réaliste ». Un agent MDPH la reprend « on avait acté que c'était tous ceux dont le dossier avait fait l'objet d'une évaluation approfondie, pas ceux qui sont présentés à l'oral » [donc un périmètre plus large]. La présidente acquiesce, mais cette restriction de l'envoi de la lettre à un nombre limité d'usagers (ceux dont le dossier a fait l'objet d'un examen « approfondi ») ne fait pas l'objet de commentaires de la part des représentants associatifs. En revanche, le représentant de l'association A, qui consulte pendant cet échange un guide juridique (*Handicap – le guide pratique*), indique : « j'ai retrouvé la loi, sur les délais : 1 mois ». Ceci clôt la discussion sur ce thème.

Les interventions associatives sont ici significatives : bien que le représentant de l'association B pose une question sur les destinataires du courrier, la réponse de la présidente de la CDA selon laquelle l'envoi est limité aux usagers dont le dossier est présenté à l'oral en CDA (« Ce n'est certes pas satisfaisant du point de vue de la loi, du respect des droits, mais c'est le principe de réalité, c'est la solution réaliste ») ne fait l'objet d'aucune contestation associative. Simultanément, le représentant de l'association A trouve, en se concentrant sur le libellé de la lettre, des prises pour se placer dans une posture de défense des droits des usagers, sans pour autant remettre en cause l'objectif du limitation du nombre de personnes se présentant en CDA.

Les MDPH permettent d'associer les représentants des intérêts des personnes handicapées au fonctionnement de l'instance chargée d'évaluer et de notifier les droits. L'analyse de la participation des associations au fonctionnement de la MDPH nous permet de relativiser une approche en termes de néocorporatisme, dans la mesure où le rôle des associations porte moins sur l'attribution des droits relatifs aux usagers défendus. En effet, le fonctionnement concret de la CDAPH la fait s'éloigner d'une instance décisionnelle, tout en n'étant pas une commission purement formelle. L'analyse attentive des registres et objectifs de participation que les associatifs se sont donnés en investissant cet espace – que la masse des dossiers à traiter ne pouvait qu'éloigner de l'objectif d'examen personnalisé des droits – montre que la prise en considération des intérêts des personnes handicapées ne porte pas uniquement sur l'attribution de prestation, mais plus largement sur l'inclusion du handicap dans le fonctionnement même de l'administration. La mise en place de ces modes de participation ne peut se penser hors des opportunités de participation qui sont offertes, globalement, par la loi et, localement, par les organisations différenciées du travail de la MDPH.

Chapitre 2 **La création d'une culture « maison »**

La participation des associations au fonctionnement des institutions qui évaluent et attribuent les droits est l'un des succès revendiqués par les promoteurs de la loi dans les rapports parlementaires d'évaluation de cette loi[107]. Ainsi, Paul Blanc avance dès 2007 :

> Les associations de personnes handicapées se félicitent de la plus large place qui leur est faite au sein des commissions des droits et de l'autonomie et de la plus grande attention qui est portée à leurs observations dans ce cadre.[108]

Les MDPH se présentent comme des institutions en rupture avec le fonctionnement des COTOREP et des CDES. La participation des associations en l'un des symboles de ce changement même si, comme nous venons de le dire, leur implication était déjà un fait du temps des COTOREP et des CDES. Institutions de rupture, les MDPH doivent toutefois composer avec l'héritage des COTOREP et des CDES. Cet héritage est double : héritage du volume de dossiers à traiter et héritage du personnel (lorsque le personnel « Etat » n'a pas choisi de revenir dans son administration d'origine). Cet héritage en ressources humaines porte sur la transmission de méthodes de travail. L'exemple paroxystique de ce type de prolongement, par-delà les ruptures annoncées et revendiquées, se trouve lors d'un entretien dans la MDPH D : une médecin nous montre en entretien la fiche sur laquelle elle effectue son évaluation médicale. Elle n'utilise pas le GEVA, mais une simple fiche cartonnée avec une étiquette en haut à gauche où sont portés les noms et prénoms de la personne.

L'institution MDPH s'est développée en fonction des pratiques antérieures des institutions auxquelles elle succède. Pour les MDPH, il s'agit de comprendre comment s'est fabriquée une « identité maison » par-delà la résistance des pratiques des COTOREP et des CDES. Au-delà même des changements dans la composition des personnes (du fait du nombre important de refus de mise à disposition par les personnels de l'Etat), les pratiques peuvent avoir perduré du fait de la reproduction de techniques, de savoir-faire ou de routines transmises par le biais de marques portées en marge des dossiers, par-delà les ruptures institutionnelles (Baudot, 2008).

L'imposition de ce discours de la « rupture » est intéressant en soi : sa diffusion et sa reprise dans l'ensemble des discours témoigne d'un intérêt partagé à affirmer et revendiquer une rupture profonde, par-delà l'évidence pérennité de certaines pratiques. L'ensemble des acteurs en présence (directeurs de MDPH, associations, conseils généraux, acteurs étatiques) ont eu intérêt à définir la situation comme « nouvelle » dans le sens où c'est

[107] Partie rédigée par Pierre-Yves Baudot.
[108] Rapport de Paul Blanc au Sénat, 3 juillet 2007, p. 22.

l'héritage des COTOREP et des CDES qu'ils cherchent conjointement à effacer. Des acteurs liés aux « anciennes » structures (par exemple : l'évaluation pédopsychiatrique) voient ainsi leurs positions menacées par la « nouveauté » du processus. L'enquête montre pourtant, sur de très nombreux aspects, la continuité avec les modèles organisationnels préexistants. La mise à jour de ces éléments de continuité est en soi intéressante, mais la revendication de « rupture » ou de « nouveauté » initiée par les MDPH indique surtout que l'ensemble des acteurs étaient prêts à revendiquer l'existence et à faire exister une structure positionnée de façon originale dans la configuration des pouvoirs locaux, entre Etat local et pouvoirs territoriaux. Ce discours sur la nouveauté ne doit pas masquer la pérennité de certaines structures. Il doit aussi nous inviter à rechercher les raisons qui ont amené ces acteurs à « jouer le jeu » de la loi, comme nous l'a indiqué le président de la COMEX du département A, vice-président du Conseil Général [E57-A]. Nous voudrions surtout ici nous concentrer sur deux outils qui ont été pensés en partie **pour imposer de nouvelles formes d'organisations et d'identité pour la structure**.

Nous voudrions donc ici analyser dans un premier temps la façon dont le développement des **outils d'informatisation** et de numérisation ont affecté et reconfiguré le travail des professionnels appelés à travailler sous un même toit. L'injonction du « guichet unique » a amené des professionnels non seulement à se croiser autour de tables de commissions, mais aussi à échanger leurs informations, à accepter la notion de « secret partagé » et à tenir compte de contraintes qui, bien managériales ou procédurales, affectent directement le contenu de leur travail. En forçant les professions bien établies du secteur social à perdre leur prééminence, la création des MDPH a conduit à faire accepter de nouvelles hiérarchies. La mise en avant de la **notion d'interdisciplinarité** peut être comprise en partie comme la valorisation de cette partie de supériorité – notamment médicale, revendiquée ou perçue – sur le fonctionnement des organisations chargées de l'évaluation du handicap. Nous voudrions ici analyser la façon dont, au concret, se pratique cette interdisciplinarité. Nous montrerons que l'injonction à la pluridisciplinarité donne essentiellement naissance à deux traductions imparfaites : **une pluridisciplinarité séquentielle et une collégialité.**

Conflits maisons : Controverses sur les réorganisations informatiques

A partir d'une controverse forte dans la MDPH Z[109] à propos du rigorisme autour de la recevabilité des dossiers, qui révèle en réalité de fortes tensions entre le pôle chargé de la numérisation et le pôle chargé de l'évaluation, nous voudrions reprendre la question du rôle de l'informatisation dans la transformation des pratiques professionnelles[110]. Nous allons montrer que le

[109] Nous modifions ici notre système d'anonymisation afin de ne pas permettre l'identification de cette MDPH dans le reste du rapport.
[110] Partie rédigée par Pierre-Yves Baudot.

conflit auquel la MDPH Y est confrontée a pu se jouer dans d'autres MDPH sur d'autres questions que la question informatique : ce qui est en jeu ici renvoie en réalité à un affrontement sur la légitimité des professions dans l'organisation.

L'inégal développement des outils statistiques dans les MDPH

Les MDPH étudiées présentent, au moment de l'enquête, des niveaux d'informatisation variés : les ordinateurs y sont diversement présents. Certaines MDPH comptent un ordinateur sur chaque bureau, dans d'autres, les bureaux des médecins ne sont pas équipés en informatique. Dans certaines MDPH, les dossiers papier encombrent les couloirs et circulent d'un bureau à l'autre, s'empilant sur les bureaux des agents. Dans d'autres, les dossiers ne sortent que pour l'examen en CDA. Toutes les pièces sont examinées sur ordinateur. Dans certaines MDPH, l'ensemble des séquences de travail qui marquent la vie d'un dossier dans la *Maison* pourrait se dérouler sur ordinateur. Dans d'autres départements, cela n'est encore qu'à l'état de projet.

Ces projets (envisagés, en cours, réalisés) ont supposé à chaque fois, pour chaque management de chaque MDPH, une phase préalable d'analyse et de remise à plat des fonctionnements de l'organisation administrative. Ces séquences préalables de réorganisation sont l'un des moyens par lesquels l'informatique produit ses effets. C'est dire par là, comme nous l'avons montré par ailleurs (Baudot, 2011), que l'usage de l'informatique en tant que tel ne garantit aucune transformation des modes d'agir de la MDPH. En revanche, la phase préalable à l'implantation provoque des « opérations de connaissance » (Leca, 1993, p. 190) qui permette de mettre à plat le fonctionnement de l'organisation, de défaire les « zones d'incertitude » (Crozier and Friedberg, 1977) en redéfinissant des procédures qui limitent donc l'autonomie de certains agents de l'organisation. Comme nous allons le mettre ici rapidement en évidence, le développement de la numérisation dans l'organisation dépend pour l'essentiel de la résistance que les « zones d'incertitudes » identifiées par les réformateurs dans l'organisation vont pouvoir opposer aux tentatives réformatrices s'appuyant sur l'informatique.

Le tableau ci-dessous entend identifier sur un plan séquentiel l'informatisation différenciée des MDPH.

■ Informatisation d'un dossier au cours de son trajet dans la MDPH

	MDPH W	MDPH X	MDPH Y	MDPH Z
Numérisation du dossier de demande par la MDPH à sa réception	Oui	Non Projet de GED qui n'est pas entré dans sa phase de réalisation au moment de l'enquête	Oui	Oui
Informatisation de l'accueil	Oui Identique au *back office*	Non	Oui Identique au *back office*	Différent du *back office* de la MDPH
Numérisation du travail médical	Non	Non	Oui	Non
Numérisation de la CDAPH (présentation informatisée des dossiers)	Oui	Non	Non	Non
Numérisation des décisions en cours de CDA	Non	Non	Non	Non
Informatisation du calcul de la PCH	Oui Outil Excel autoproduit par un personnel MDPH	Oui Intégré au progiciel de gestion	Oui Intégré au progiciel de gestion	Oui Intégré au progiciel de gestion
Edition informatisée des courriers	Non	Non	Non	Oui
E-administration (accès en ligne au dossier, remplissage en ligne de formulaires)	En projet, rénovation du site internet, téléchargement de dossiers papiers déjà possible, possibilité de suivre le dossier à distance en développement)	Non	En projet à long terme (téléchargement de formulaires papier déjà possible)	En projet à long terme (téléchargement de formulaires papier déjà possible)

Ce tableau met en évidence le fait que l'informatisation est loin d'être réalisée pour toutes les séquences d'évaluation du dossier. Les aller-retour entre dossiers papier et numériques sont donc fréquents. Ce tableau met également en évidence le fait que l'accueil occupe dans une MDPH une position différente, le système informatique employé par l'accueil étant différent de celui utilisé par le reste de la MDPH. Ce tableau met également en évidence le fait que seule une des 4 MDPH étudiées a mis en place une numérisation des évaluations sociales et médicales.

EXX-Y

Mais, voilà, là, le travail de tout le monde a été impacté. Même les médecins, qui eux ne sont pas du tout au niveau administratif, là, on leur demande – pas d'en faire – mais quand même d'utiliser l'outil informatique

Cet élément va nous retenir ici. Le fait que les médecins et les travailleurs sociaux n'aient pas vu leur travail passer sur des supports informatiques n'est pas le résultat d'un hasard, mais de l'échec de tentatives conduites par une coalition que nous désignerons par le vocable Organisation & Méthodes (O&M) et qui regroupe une coalition de professionnels qui ne sont pas à proprement parler des informaticiens mais davantage des gestionnaires de systèmes informatiques (sur l'opposition entre informatique et O&M dans les années 1960-1970 : (Baudot, 2013).

Les entretiens que nous avons conduits dans les différentes MDPH montrent deux choses.

1- Tout d'abord, le conflit entre les organisateurs qui promeuvent la mise en place de la nouvelle structure et les médecins a pu se jouer à d'autres niveaux ou à d'autres étapes que celle de l'informatisation. Dans la MDPH W, le conflit a été réglé à l'occasion d'une mise à plat des procédures qui visait moins à accroître l'efficacité de l'organisation qu'à établir le leadership de la direction sur le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, comme l'indique le directeur de la MDPH W :

EXX-W

R : Il y a un gros travail qui a été fait par le directeur-adjoint sur les diagnostics de fonctionnement à partir de fin 2010 Ça a donné lieu à une grosse exploitation, on a vraiment beaucoup bossé là-dessus et du coup, ça nous a permis de faire évoluer – enfin, au moins de restructurer les choses qu'on avait remonté, aussi, au fil du temps, de manière un peu empirique, qui avaient été adaptées comme ça, à la marge ; mais, il n'y avait jamais eu de bilan sur le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire. Donc là, ça nous a permis quand même de remettre les choses bien à plat. On a vraiment remis à plat le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire. (...) C'est la charte de fonctionnement qui a été établie, et puis le règlement intérieur. Ce qui fait que maintenant… je dirais qu'il y avait beaucoup de gens qui faisaient partie de l'équipe pluridisciplinaire sans le savoir. (...) Et qui venaient ici, et qui ne connaissaient pas vraiment le rôle. Donc, avec effectivement le risque de dérives, de dysfonctionnements, de conflits d'intérêt aussi. Donc, là, maintenant, c'est vrai qu'un membre de l'équipe pluridisciplinaire, logiquement, il s'engage à respecter une charte. Quand on le désigne, il signe bien qu'il s'engage à respecter la charte et le règlement intérieur. On a remis à plat la procédure de désignation : c'est vraiment une désignation, là, pour le coup, un peu unilatérale de la part du directeur, mais c'est comme ça que le texte le prévoit. Donc, voilà. On a remis ça à plat. A tel point que là, on se retrouve, du coup, en porte-à-faux avec le secteur, la pédopsychiatrie, les médecins parce qu'eux n'ont pas voulu signer – comme toujours, il faut toujours qu'ils se distinguent un p'tit peu du lot – donc, ils n'ont pas voulu signer cet engagement. Ils avaient des états d'âmes sur la charte liés à leur situation particulière du fait qu'il y a une déontologie professionnelle, ils ne sont pas obligés de signer autre chose. (...) D'ailleurs, dès le début, dès la mise en place des MDPH, on a été, d'un seul coup, face à une espèce de procès d'intention où les pédospy disaient : « mais pourquoi vous voulez vous débarrassez de nous ? ». Attendez… Les bruits ont couru, ont été entretenus qu'en arrivant, nous, à la MDPH, quand on a pris la direction, en 2006, on

voulait dégager la pédopsychiatrie. Mais attendez, ça ne nous a jamais, même, traversé l'esprit ; ça sort d'où ? C'est une espèce de parano.

E : C'est ce qui était en force à la CDES.

D : Oui, et puis aussi, ils avaient un pouvoir énorme. La CDES, je vous dis, les décisions étaient prises entre la pédopsychiatrie et les médecins de l'Education nationale. C'était les deux organes qui géraient la CDES. Donc, ils avaient tout à fait l'intention de rester puisque ce n'est pas neutre sur leur activité derrière, sur leur organisation. Et donc, donc nous, on a dit : « non, on a absolument aucune velléité à vous dégager ». Non seulement, aujourd'hui, on s'arrange pour qu'ils restent mais quand même, a minima, je veux dire, ils respectent la règle. Ce n'est pas eux qui expliquent comment ils doivent être présent dans l'équipe pluridisciplinaire. Jusqu'à preuve du contraire, c'est moi qui ai la maîtrise de l'équipe pluridisciplinaire, donc c'est à moi de leur imposer des choses. Ça, ils ont quand même un peu de mal à le comprendre.

2- Ensuite, il est possible que les tentatives d'informatisation du travail des médecins se soient soldées par des échecs :

EXX-Z

A ajouter à ça la difficulté qu'on a à adhérer aussi les médecins et travailleurs sociaux dans la boucle – ça, c'était pas une partie de plaisir. J'exagère un peu. Moi, là-dessus, je ne dirais pas que j'ai baissé les bras, mais si, quand même. Ça fait des années que je milite pour qu'on ait en équipe. Parce que c'est vrai que, rien que ça, aujourd'hui, vous avez une différence entre l'agent qui saisit son dossier sur informatique, et puis l'équipe, elle qui va se retrouver avec le dossier papier et qui, donc, complètement déconnectée de l'aspect informatique, ne va pas savoir si telle ou telle mesure a été oubliée, rajoutée, ceci, cela, alors qu'elle pouvait corriger à ce stade-là, ou même se rendre compte elle-même qu'elle fait une erreur.

Les problèmes ne sont pas techniques et ne tiennent pas à la complexité de la saisie informatique des données d'évaluation, mais davantage au fait que l'informatisation n'est pas défini comme une « aide à la décision » mais comme un simple outil de gestion[111].

EXX-Z

R : l'évaluation, justement, en sens détaillé, ça, c'est quelque chose que tous les éditeurs ont mis du temps à intégrer. C'est qu'au début personne ne voulait les mettre dans l'applicatif métier. C'était : « c'est pas une aide à la décision », en gros, ce qu'ils nous objectaient à chaque fois (...) [L'équipe] pourrait aussi saisir en ligne parce qu'aujourd'hui, derrière, vous avez un travail de ressaisie qui est fait par les agents qui leur prend le plus de temps.

Q : On m'a raconté ça : y'avait eu la possibilité de mettre des portables, ça a été évoqué, mais ça n'a pas été fait.

R : Ça fait deux ans que c'est évoqué. Ça revient régulièrement. C'est un serpent de mère aussi ça. J'ai bien compris que l'équipe, ils n'étaient pas spécialement motivés, on va dire. Peut-être aussi qu'ils s'estiment un peu au-dessus de ça.

[111] Cette controverse sur la nature de l'outil informatique, entre ces deux fonctions maximales – aide à la décision, gestion de l'organisation par *reporting* de l'activité – et une troisième, minimale, de substitution au travail mécanique et répétitif des catégories de travailleurs les moins qualifiés – existe depuis l'invention de l'outil informatique, et peut se fixer sur différents techniques, comme le montre l'histoire des attentes projetées sur les formes antérieures d'automatisation du travail administratif, comme la mécanographie (Baudot, 2011, 2013 ; Mounier-Kuhn, 2005 ; Neumann, 2008)

Dans un autre département, un gestionnaire de SI évoque le fait que la saisie des informations d'évaluations se fait nécessairement au domicile de la personne handicapée, et pourrait donc troubler le déroulement de l'évaluation :

> EXX-W
>
> R : C'est pas forcément ça. Mais bon, à la limite, quelle est l'utilité d'informatiser ? C'est déjà la première question. Après, bon, si même y'avait une informatisation – et je pense que c'est sur ce produit-là qu'on irait : ce serait un produit séparé de l'outil PERCEVAL, ou ça serait sur des tablettes ou des choses comme ça, mais séparées. On pourrait faire des connexions, donc, de temps en temps, avec l'outil principal. Mais, un GEVA, ça veut dire qu'il est saisi à domicile. Donc, ça veut dire qu'après… Après, c'est une éthique aussi : est-ce qu'on va chez les gens avec un ordinateur ? Pas évident[112].

Si le travail d'évaluation est visé globalement, ce sont davantage les médecins qui apparaissent comme les porteurs de la résistance à l'informatisation de leurs outils de travail. Cette résistance s'appuie sur la réputation de leur profession et le statut auquel ceux-ci prétendent à l'intérieur de l'organisation. Profession clé du fonctionnement des organisations chargées d'évaluer le handicap, les médecins sont décrits comme ne pouvant s'abaisser à des tâches répétitives et basiques.

> EXX-Z
>
> J'ai déjà entendu des médecins dire : « c'est pas à moi de faire ça, c'est à ma secrétaire », alors qu'ils n'ont pas de secrétaire au secrétariat médico-social, en tout cas c'est pas la secrétaire du médecin. Ça, ils ont du mal à comprendre. Je pense aussi que même les animateurs d'équipe n'ont pas envie de « s'abaisser », entre guillemets, à ça. C'est un peu cash ce que je dis, là, mais, à la fois, je pense que c'est ça… Je préfère dire les choses carrément aussi plutôt d'imaginer que… Mais, les travailleurs sociaux, ils étaient en sous effectifs, dans [progiciel], on avait prévu de leur faire rentrer les conclusions, la synthèse, on va dire, globalement – une partie, vraiment. Ça n'a pas été facile. On recommence doucement sur ce chantier-là. Mais, c'est très long. Par contre, [société informatique] commence à intégrer le fait qu'on a besoin de cette partie équipe dans [progiciel], là, par exemple, ils sont en train de travailler sur un GEVA dématérialisé, complètement, et en lien avec les données [progiciel]. Peut-être qu'un jour on pourra avoir cet aspect bilan, évaluation, etc., dedans.

La résistance des médecins n'est toutefois pas la même partout. Des départements connaissent ainsi une informatisation totale des tâches, y compris des tâches médicales, comme en témoigne ici le gestionnaire SI d'un département visité à propos d'un département non visité par notre étude :

---

[112] Des entreprises pensent actuellement à développer des outils de saisie d'informations qui ne seraient ni sous formes de tablettes tactiles, ni sous formes d'ordinateurs, mais sous formes de stylos qui pourraient collecter les informations que le travailleur social ou le médecin écrit sur un support papier normal. En rentrant sur son lieu de travail, le médecin ou le TMS connecterait son stylo et les données écrites manuellement seraient directement informatisées. Je remercie Guillaume Marrel de m'avoir fait part de cette information. Comme le notent Guillaume Marrel et Magali Nonjon, les entreprises qui développent les outils et système de gestion ont pris en considération les spécificités du métier pour pouvoir vendre leurs produits. (Guillaume Marrel, Magali Nonjon : « L'équipement informatique du social : dynamiques gestionnaires et jeux d'acteurs dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique et l'action sociale départementale », communication à la journée d'études : La fabrique des droits sociaux individualisés : acteurs et outils de l'expertise sur autrui, Paris-XIII, 8 avril 2013.

EXX-Z

R : Peut-on envisager de mettre un instructeur au sein de l'équipe pour faire la saisie [informatique] en même temps ?

Q : Ça a été évoqué. Après, est-ce que c'est nécessairement la solution ? J'en sais rien. Ça, là-dessus, c'est pas à moi de me prononcer parce que je ne suis pas du tout en charge de l'organisation de la MDPH. Déjà, toutes les équipes ne contiennent pas d'instructeurs aujourd'hui, donc ça serait un changement de pratique un peu important pour elles. Après, la formation des équipes, j'ai été très surpris dans le [département voisin], effectivement, là-dessus, où je voyais les médecins qui saisissaient tout dans [progiciel]. Quand j'ai vu ça, je me suis dit : « on se croirait dans une autre dimension, un film de science-fiction » (sourire). Mais, c'est vrai que, nous, on a eu un moment où on avait un docteur ici au tout début de [progiciel] qui voulait tout mettre sur informatique et très vite on a vu des bisbilles au sein de l'équipe elle-même, ceux qui voulaient et ceux qui ne voulaient pas.

Il convient donc de se pencher sur les facteurs qui permettent de rendre compte du conflit entre médecins et O&M et qui débouchent sur une organisation plus ou moins informatisée des différentes séquences du travail. Précisons ici qu'il ne s'agit pas de se demander pour quelles raisons certaines MDPH ont été plus précoces que d'autres dans la production d'une interface numérisée. Nos entretiens ne nous permettent pas de répondre à cette question. En revanche, nous pouvons nous demander comment l'informatique a été implantée, et les effets éventuels que cela produit sur les usagers.

Médecins vs O&M

Notre analyse va ici se concentrer essentiellement sur la MDPH Y. En effet, seule MDPH à avoir informatisé le travail des médecins, elle nous permet d'observer un conflit entre médecins et management de l'organisation. Nous évoquerons donc pour l'essentiel cette MDPH, en prenant pour points de comparaison les autres départements étudiés.

Prenons pour commencer la mesure du conflit qui oppose dans la MDPH Y les médecins au pôle (qui fait office de) gestionnaire des ressources informatiques. Les conflits de « réputation » sont intenses entre ces deux services. Une personne en charge de la numérisation des documents indique ainsi n'avoir aucun échange au sein de l'organisation avec le pôle de l'évaluation :

EXX-Y

Après, je ne déjeune pas avec eux parce que je n'ai pas d'affinités non plus, enfin voilà. Mais je suis beaucoup en communication avec eux. Je n'hésite pas à leur envoyer un mail, je n'hésite pas à prendre mon téléphone, eux non plus. Au début, non. C'est moi qui ai mis ce pas-là. Je me suis rendu compte que j'ai dû commencer avec tout le monde pour que tout le monde le fasse avec moi. Donc, là, c'est bien. Maintenant, l'évaluation, je ne le fais pas parce que… comment dire ? C'est des médecins, donc c'est une autre population, sans vouloir être… C'est qu'ils sont très fermés, très rigides dans le sens où, comme je vous disais, l'évaluateur : « de toute façon, ils renvoient tous les dossiers, ils font n'importe quoi ». Je ne peux pas entendre ça. Je veux dire, je ne dis pas que l'évaluation fait n'importe quoi, je ne dis : « ils ont un an de retard, ils font n'importe quoi » ; j'imagine bien que s'ils ont un an de retard

> c'est qu'il y a une explication. Je ne peux pas entendre comme ça, tout de suite, des réflexions aussi arbitraires, si tranchées.

Pour comprendre les fondements de ce conflit, analysons ce qui se noue dans cette MDPH Y autour de la numérisation des documents. Dans cette MDPH, depuis le 1er janvier 2012, il est demandé que les dossiers comportent 4 pièces administratives (certificat médical – carte nationale d'identité - justificatif de domicile – formulaire complet). Une personne en charge de la numérisation des dossiers nous l'indique avec autorité :

> EXX-Y
>
> Les dossiers, maintenant, sont soumis à recevabilité. Pour qu'un dossier soit accepté à la MDPH, il doit y avoir quatre pièces, voire cinq s'il y a une mise sous tutelle, pour qu'il soit accepté.

Cette MDPH est la seule à avoir mis en place une numérisation des documents pour les actes médicaux. Même si les séances de CDA se déroulent encore à base de dossiers papiers, les documents sur lesquels travaillent les médecins sont des documents dématérialisés.

Numérisation et réorganisation : productions de *jurisdictions*

Ce processus de numérisation a été conduit en même temps qu'un processus de réorganisation de la MDPH, processus lui-même engagé à l'occasion d'un déménagement des services dispersés de la MDPH dans un seul et même bâtiment (cf. Première partie / chapitre 1 : *des opérations immobilières et des finalités réorganisatrices*).

> EXX – Directeur MDPH Y
>
> Cette réorganisation a été rendue possible par le fait qu'on avait un projet d'aménagement en commun.

Ce plan de modernisation prévoit une numérisation des documents[113]. Il prévoit simultanément un renforcement des procédures d'entrées des dossiers.

Les deux sont fondamentalement liés. En effet, la clause de recevabilité implique que soient clairement réparties les responsabilités. La division du travail dans l'organisation est donc affectée par l'émergence de ce nouveau service de numérisation. En effet, ce service doit définir sa responsabilité dans les processus de réception, d'instruction et d'évaluation des dossiers. Du fait que les pièces sont détruites 6 mois après numérisation pour éviter de reconstituer des dossiers papiers et de reconstituer des classothèques que la numérisation vise justement à éliminer, la clause de recevabilité permet de prouver, au moment de l'examen du dossier qui peut avoir lieu parfois plus d'un an après le dépôt des pièces (et donc après destruction) qu'une absence de pièces n'est pas liée à une faute de numérisation, mais à un défaut de fourniture du document par l'administré. L'établissement de la norme de recevabilité vient donc soutenir le secteur de la numérisation qui trouve là une protection contre le blâme (*blame avoidance)* (Weaver, 1986) si

[113] Les documents issus des services du CG qui ont menés la réorganisation en font spécifiquement état.

un document venait à être découvert manquant par les services d'instruction ou d'évaluation.

> EXX-Y
>
> Q : Donc si c'est un dossier accueil, on ne pourra pas savoir si le certificat médical n'a jamais été donné ou s'il a été perdu ou s'il n'a pas été numérisé.
>
> R : Voilà. Alors s'il n'a pas été numérisé, non, parce que, nous, ça ne sort pas de ce bureau – après, c'est numérisé dans les boites de carton. Maintenant, est-ce que l'accueil l'a bien demandé ou est-ce qu'il a jugé que ce n'était pas utile parce que c'était un renouvellement ? Parce que, moi, sans arrêt, c'est ça.

Dans l'organisation, la mise en place de ce service suppose la définition d'une *jurisdiction* (Abbott, 1988). Celle-ci porte sur la gestion et l'entreposage des dossiers individuels. Ainsi, dans cette MDPH Y, le service numérisation s'établit en revendiquant une expertise sur le rangement des dossiers dans la classothèque. Dans cette MDPH, la réorganisation administrative prévoit la spécification d'un poste dédié à la gestion de la classothèque[114]. Le processus est identique dans une autre MDPH que nous n'avons pas visité (la MDPH des Ardennes[115]). A l'inverse, dans la MDPH X, l'absence de numérisation se traduit par une gestion non centralisée des dossiers, ainsi que par des dossiers qui sont souvent « égarés » dans l'institution et qui sont souvent difficiles à retrouver.

> EXX-X
>
> Q : Vous passez du temps, quand même, à rechercher ces informations ?
>
> R : Ce qu'on recherche le plus c'est les dossiers, des fois (rire). C'est tout. Parce que le classement, y'en a un peu partout. On manque de place. Mais, sans ça, c'est pas gênant. On arrive, toujours, à retrouver. On met du temps, mais on retrouve les dossiers. Quelquefois, ça dure quinze jours, un mois, mais on les retrouve, c'est bon (rire).
>
> Q : Parce qu'ils peuvent être en plusieurs…
>
> R : La classothèque, elle est au deuxième. Mais, des dossiers, y'en a dans tous les bureaux. Et puis, les dossiers ne sont pas tout le temps reclassés au fur et à mesure de la prise, donc c'est pas évident, évident. Et puis, ils ne sont pas tout le temps replacés au bon endroit, donc il faut peut-être faire toutes les lignes de classement pour retrouver un dossier. Mais bon, on s'habitue. C'est pas grave. Je crois que j'ai cherché un dossier un mois, et puis, il est revenu sur mon bureau, un jour. Mais bon. C'est pas grave, on fait avec, et puis c'est tout. Donc, la GED, ça va peut-être améliorer ; ça va peut-être, au début, peut-être, un p'tit peu, moins améliorer. Mais bon, on va voir. On a connu autre chose, on s'habituera (rire).

En revanche, dans la MDPH Y, le service numérisation s'efforce d'établir un monopole sur l'accès aux dossiers. Ceci n'est pas sans rappeler le fait que la constitution d'un service administratif s'entend à la fois comme une juridiction revendiquée en vertu d'une expertise spécifique portée sur une séquence de traitement du dossier et comme la définition géographique et matérielle d'un périmètre d'autonomie au sein de l'organisation.

> EXX-Y

---

[114] Organigramme prévisionnel – MDPH C – Projet février 2011.

[115] Rapport d'activité MDPH 08 – 2008, p. 69 : « Gestion documentaire assurée par le pôle "accueil info-com." de la MDPH. Agent dédié à la gestion de la classothèque, en cours d'élaboration ».

> C'est comme nous en classothèque enfant. Je veux dire, en classothèque enfant, quand je l'ai récupéré, là, c'était porte ouverte, c'est-à-dire que tout le monde y allait – tout le monde : instructeurs, médecins, SMS, la directrice, la directrice adjointe. Donc j'ai récupéré quelque chose de monstrueux, mais réellement monstrueux. C'était un foutoir – excusez-moi, je n'ai pas d'autres mots. Des dossiers qui étaient mal placés, dérangés, qui étaient totalement décalés. Donc, voilà, faut pas s'étonner aussi. Nous aussi, quand on a commencé, là, au 9 janvier, on leur a dit : « c'est fini ». Ça aussi, ils ont eu du mal au début : « je descends en classo » ; je leur disais : « non, la classo est fermée à clé. Vous ne descendez pas. Y'a des agents aux classo maintenant. C'est le courrier/numérisation qui s'occupe de la classo, vous n'irez pas en classo ». Quand on leur a laissé pendant dix ans, ou je ne sais x années, aller en classo, ils ont très mal pris le fait de ne plus pouvoir aller en classo.

La fragilisation de l'accueil

Toutefois, la constitution du périmètre de ce service numérisation provoque un renforcement des contraintes pesant sur d'autres services de la MDPH, à commencer par l'accueil. Or, cette MDPH Y est soumise – comme d'autres MDPH de départements dont les indicateurs socio-économiques montrent la paupérisation croissante de la population - à une pression importante des demandes au guichet. Demander des dossiers recevables, c'est donc mettre la pression sur un service de l'organisation déjà en difficulté, du fait de la pression des usagers et de la faible valorisation du travail.

Le rapport d'activité de la MDPH Y indique sur plusieurs années que le public accueilli, en difficulté face aux formulaires administratifs, provoque un surcroît d'activité des agents du guichet :

> Bilan 2010 de la MDPH Y
>
> Un nombre croissant de personnes se présentent en indiquant ne pas être en capacité de remplir le dossier et le travail lié au dépôt des dossiers comporte souvent un moment plus long d'aide à la complétude du dossier.

L'amélioration de la qualité des formulaires soumis à la MDPH Y fait l'objet d'une attention soutenue dans le cadre de cette MDPH. Ceci se traduit notamment par l'instauration de permanences associatives au sein de la MDPH qui visent à déléguer l'action de remplissage des formulaires à des associations qui interviennent en complément et en médiation des fonctionnaires placés au guichet. Ce travail confié aux associations s'accompagne d'un travail de simplification des documents administratifs mené avec les usagers et prévu dans le schéma directeur départemental du handicap des années passées :

> O29 – Y : COMEX – MDPH Y – 2012
>
> *Directeur MDPH Y :* Nous avons travaillé la notice d'utilisation du CERFA avec les usagers en salle d'attente. On a essayé de clarifier les choses. Beaucoup de dossiers qui nous parviennent qui ne sont pas adéquats et sont peu renseignés, ce qui oblige du coup à courir après l'information pour prendre la décision en connaissance de cause. Nous devons inciter dès le départ à fournir les informations éclairantes pour l'évaluation. (…)
>
> *Directeur direction personnes handicapées CG :* Dans le schéma départemental est programmée une réunion de simplification des documents courrier, en lien et en articulation avec la MDPH.

Le bilan 2011 de la MDPH Y présenté en COMEX indique une vacance de poste de 4 mois sur l'année de la fonction de responsable ainsi qu'une « fatigue » des agents sur ce poste, faisant état d'une importante « mobilité » des agents occupant ces fonctions, un renouvellement progressif de l'équipe et un « enjeu de formation »[116]. Le stress organisationnel ressenti par les agents au guichet est donc important dans cette MDPH Y (Buscatto *et al., 2008 ; Weller, 2008)*. En réunion de direction, la position du guichet dans l'organisation est un objet de conflit entre les différents services. Lors d'une réunion à laquelle nous avons assisté, le responsable du service accueil demande à ce que ses agents puissent être remplacés à tour de rôle par des instructrices (soit la catégorie symboliquement située juste au-dessus des postes de guichet), dont la fiche de poste prévoit qu'elles (le féminin s'impose puisque ce sont ici, comme ailleurs, uniquement des femmes qui occupent ces positions) puissent être amenées à passer au guichet. Ceci n'évite pas que surviennent de fortes résistances :

> O43 – Comité de direction – MDPH Y
>
> La responsable du bureau de l'instruction effectue un bref retour sur une question relative aux instructeurs : la question de leur présence à l'accueil. Elle indique qu'elle rencontre beaucoup de résistances des instructeurs pour participer à l'accueil. Elle n'indique pas spécifiquement si elle les défend ou si elle déplore leur attitude. La responsable du service accueil lui répond qu'il est nécessaire de rappeler aux instructrices leur statut : elle dit qu'il faut rappeler que chaque agent est titulaire de son grade et pas de son poste, et que les agents « doivent respecter la règle de continuité de service public ». Elle dit que dans une réunion récente avec la RH du Conseil Général, ce terme les a choqué, qu'on puisse invoquer ce principe large pour les obliger à aller travailler au guichet. La responsable rappelle encore que le profil de poste (sur lequel elles seront évaluées) inclut cette notion de continuité du service public, et donc de pourvoir au remplacement des guichetiers absent.

Mettre en évidence ce conflit entre secteurs de l'organisation invite à prendre systématiquement en considération les positions occupées par les différentes parties du conflit. Nous opposons ici à des fins de simplification le réseau O&M qui regroupe les services chargés de l'organisation, appuyés à l'extérieur de la MDPH par la direction de l'Organisation (qui peut prendre dans certains départements l'appellation ancienne de direction Organisation & Méthodes) et peut afficher le soutien officiel de la direction. De l'autre côté, nous isolons les médecins du pôle évaluation. Ce sont essentiellement les médecins qui sont visés par les critiques sur le refus de l'introduction de la numérisation, même si dans les faits les autres professions de l'évaluations – au premier rang : les travailleurs sociaux – ne sont pas particulièrement plus ouverts à cette informatisation. Mais parce qu'ils apparaissent comme moins décisionnaires que les médecins, les travailleurs sociaux sont moins visés par les critiques.

Construit à partir de nos observations dans le département Y, à l'occasion du conflit portant sur la numérisation des documents, ces conclusions sont potentiellement généralisables à l'ensemble des MDPH.

[116] Bilan d'activité de la MDPH, présenté en bureau de COMEX, 2012, p. 5.

▪ Positions dans l'organisation et numérisation de la MDPH

	Médecins	O&M
Légitimité dans l'organisation	Déclinante	Ascendante
Discrétion	++	--
Jurisdiction	La MDPH La situation	La classothèque La procédure
Point de passage dans l'organisation	Point de passage obligé En voie de contournement	Contournement, appropriation, *et* attentes d'irréversibilité
Soutien de la hiérarchie	Officieux	Officiel
Définition du métier	Accès aux droits	Accessibilité des droits
Mobilisation et production de l'usager	Priorisation de l'urgence Relations de face-à-face Connaissance des situations Individualisation et moralisation	Egalisation procédurale Délai garanti Anonymisation des usagers Standardisation de l'individualisation

Les médecins ne sont plus les points de passage obligés de la MDPH

Les médecins étaient les points de passage obligés dans les anciennes COTOREP. Dans les MDPH, leur pouvoir est contesté, comme nous allons le montrer. Mais ils sont encore des points de passage obligés dans la mesure où les évaluations sur les éléments constitutifs des dossiers (certificat médical, apposition du taux…) sont encore des éléments médicaux. L'évaluation pluridisciplinaire ne s'entend d'ailleurs non pas comme une appréciation en situation des déficiences médicales, mais la prise en compte, en complément des éléments médicaux, d'éléments aggravant le verdict médical (cf. partie sur pluridisciplinarité). De fait, pour trois raisons essentielles, les médecins constituent des éléments indépassables du fonctionnement des la MDPH. Premièrement, dans les CDAPH, ce sont les médecins qui présentent les éléments médicaux des dossiers. Deuxièmement, et nonobstant les hiérarchies propres à la profession médicale qui dévalorisent les médecins du secteur public qui ne font plus de prescriptions et de soins, la position des médecins dans les organisations que sont les MDPH leur permet également de discuter d'égal à égal avec leurs collègues qui établissent les certificats médicaux sur lesquels se basent

leur évaluation. Ils peuvent ainsi les solliciter directement pour obtenir les renseignements manquants et compenser l'absence de contacts directs avec les usagers, comme l'indique ici le médecin d'une autre MDPH :

> EXX-W
>
> R : Enfin, moi, c'est mon idée. Des fois, effectivement, je trouve très enrichissant de pouvoir – alors, là, je m'éloigne, j'élargis au pôle adulte : les dossiers que j'ai là, quand je peux téléphoner aux collègues, soit, on me dit : « vous, la MDPH », je dis : « attendez, voilà », et ça permet de discuter sur le travail, etc. ; soit ils sont très contents de pouvoir exprimer aussi leur vision de la personne.
>
> Q : C'est fréquent le coup de fil aux collègues ?
>
> R : Oui. Pour les adultes. Je trouve que ça les implique.

Enfin, au sein des MDPH, comme au sein des COTOREP, la hiérarchie implicite de l'organisation place les médecins parmi les professions dominantes (sur ce point, cf. infra : *La pluridisciplinarité en actes*).

Toutefois, **cette position de point de passage obligé est progressivement remise en cause**. Trois éléments expliquent pour l'essentiel la légitimité déclinante des médecins dans les MDPH. Il s'agit bien sûr premièrement du passage du modèle médical au modèle social du handicap qui amène à discuter une évaluation purement médicale du handicap. Le monopole exercé par les médecins en la matière pouvait avoir pour effet d'imposer une définition limitée des déficiences et de transformer le sens de certaines prestations sociales. Un de nos interlocuteurs à la DGCS explique ainsi que le taux important d'AAH dans certains départements pouvait être lié à l'absence de contrôle des pairs le travail médical :

> E207 - DGCS
>
> Il y a des départements où on avait 80% d'AAH 1, voir même plus, 85% (c'est un des départements expérimentateurs, d'ailleurs, c'est la Côte d'Or qui avait un rapport genre 85-15), on ne sait pas pourquoi, c'est comme ça. Et puis, à force un p'tit peu de chercher, de rentrer aussi dans les mémoires de la MDPH, on s'est aperçu que pendant des années l'équipe pluridisciplinaire c'était un médecin, et un médecin qui ne s'y connaissait absolument pas sur toutes les autres déficiences qui n'étaient pas dans son champ. Donc par mesure de précaution, il a mis tout le monde a un taux d'incapacité supérieur à 80%, et la CDAPH, qui ne savait pas de quoi il parlait, a validé cette proposition-là d'un seul médecin, même pas de l'équipe pluridisciplinaire – en tout cas, d'une équipe qui se réduisait è un seul médecin. Voilà l'explication d'un 85-15, ou d'une augmentation très forte de l'AAH 1.

Toutefois, nos observations sur le fonctionnement de certaines MDPH amènent à relativiser ce déclin du pouvoir médical. Dans la MDPH X, l'ouverture des dossiers qui conditionne le niveau de pluridisciplinarité des évaluations est confiée à un médecin seul.

La légitimité déclinante est due à une seconde cause. Dans les CDAPH, les négociations internes au fonctionnement ont pu amener les médecins à devoir renoncer à la maîtrise du secret médical (c'est-à-dire, prosaïquement, le nom de la pathologie) mais ce sont les médecins qui doivent prendre la parole en CDAPH pour présenter la dimension médicale et procéder à l'ouverture du certificat médical.

EXX-W Directeur MDPH

L'anonymat a été lié aussi au fait que – on a fait plusieurs fois des réunions, plénières, fonctionnelles de la MDPH. Cette question de l'anonymat, c'est la MDPH qui l'a proposé puisqu'on avait dit : « on ne peut pas continuer comme ça ». Le médecin a dit : « OK. Moi, je veux bien donner les infos médicales mais dans ce cas-là, c'est anonyme ». On a dit : « pourquoi pas ». Mais bon, la CDA était quand même au début… Elle n'était pas chaude, pas du tout. Il a été décidé de tester pendant six mois. Au bout de six mois, on a dit : « qu'est-ce qu'on fait ? ». On était revenu, à un moment donné, à une présentation nominative et puis finalement, au bout du compte, ils ont dit : « non, finalement, c'est mieux comme ça » ; et du coup, on est resté à l'anonymat. Et aujourd'hui, tout le monde en est, je pense, très satisfait parce que, du coup, ça donne un débat extrêmement libre sur les situations, avec des infos médicales qui sont des fois très, très précises.

Troisième explication de cette légitimité déclinante, le fait que les organisations soumises à la pression de la demande, doivent apprendre à se passer d'évaluations médicales. L'absence de médecins provoque, selon les termes du directeur de la MDPH Y, un « goulot d'étranglement », qui rend la situation finalement comparable à celle qui prévalait du temps de la COTOREP.

O29 – Y : COMEX – 2012

Directeur de la MDPH Y : Les délais n'émergent pas essentiellement sur l'instruction mais sur l'évaluation, en raison de l'absence de médecins ! Nous n'avons pas de solutions, les pistes tombent les unes après les autres, nous pensions faire appel aux médecins des centres médicaux de santé, mais le problème est celui de la qualité de l'évaluation. Depuis 2009, il y a 2.5 ETP vacants que nous n'arrivons pas à recruter. (…) C'est à ce niveau là que l'effet entonnoir fonctionne à plein. Si on libérait ce goulet, nous ferions peut-être émerger un goulet ailleurs. On ne peut pas remplacer le regard médical.

Vice-Président Conseil général en charge des personnes handicapées : Ca rappelle la situation des COTOREP, où il y avait ce même goulet. Il y a un problème de démographie médicale sur le département, c'est général.

Cette situation n'est bien sûr pas spécifique à la MDPH C. Dans la MDPH X, le rapport d'activité 2008 signalait le même type de difficultés :

Rapport d'activité MDPH X - 2008 – p. 7

La vacance d'un poste de médecin se traduit par un allongement des délais de traitement, principalement pour les demandes d'AEEH.

Deux ans plus tard, dans la MDPH X, le rapport d'activité envisage la poursuite de l'effort entrepris pour réduire les délais mais indique :

Rapport d'activité MDPH X – 2010 – p. 10

Ce chantier est toutefois engagé dans un contexte difficile sur lequel la MDPH n'a aucune influence : la pénurie de médecins

La MDPH Y a commencé à aller aussi loin que possible dans le contournement du « verrou médical ». Ainsi, dans la MDPH Y, face à la pénurie durable de médecins, plusieurs décisions ont été prises, comme le renforcement des secrétariats médicaux auquel il est demandé de valider les dossiers médicaux pour les simples renouvellements afin de limiter autant que possible le nombre de dossiers soumis à l'évaluation :

EXX-Y

Les médecins se plaignent, à juste titre, d'avoir trop de travail administratif. On a supprimé des postes de médecins qu'on n'arrivait, de toute façon, pas à pourvoir, pour les transformer en deux postes de secrétaires médico-sociales avec le projet de retirer la partie administrative du temps de travail des médecins. Donc y'avait neuf secrétaires médico-sociaux, trois chez les enfants, six chez les adultes : on est passé à quinze, cinq et dix ce mois-ci ; et on leur demande à partir de ce mois-ci de devenir secrétaires médicaux, et ils ne l'ont jamais été.

Ont aussi été mises en place des procédures d'examen des dossiers fondés sur les dossiers sur les personnes détenues par les institutions sociales partenaires. Cette procédure a finalement amené à évaluer des dossiers indépendamment de l'avis des médecins de la MDPH.

Quatrième explication : elle renvoie à la lutte que se livrent, dans l'organisation, médecins et personnels administratifs pour le contrôle de l'organisation. En ce sens, la réorganisation de la MDPH Y préalable à la numérisation des documents s'inscrit aussi dans la perspective de la prise de contrôle par les administratifs sur l'organisation, au détriment des médecins. Le directeur de la MDPH Y explique ainsi que la création d'un encadrement intermédiaire vise aussi à renforcer les positions des administratifs. C'est ce critère qu'il emploie pour juger des mérites de la réorganisation qui vient de s'achever.

EXX-Y

Q : J'ai vu dans le bilan de 2011 que vous étiez arrivée finalement à une proportion de cadres A qui était un tout petit peu supérieure à celle qu'on trouve dans les départements. Chiffres CNSA.

R : Oui, mais c'est factice – enfin « c'est factice ». C'est parce qu'on a beaucoup de vacataires, médecins, etc. Donc le nombre est grand, mais en ETP, je ne suis pas sûre que ce soit le cas – je suis même sûre du contraire. En plus, là, je vous parle d'encadrement, et pas de médecins, psychologues qui effectivement sont…

Q : C'est de l'encadrement administratif.

R : Voilà. De la filière médicale, médico-sociale. Mais l'encadrement administratif, on est sur – alors, ça a un p'tit peu évolué, quand même – on est quand même sur une proportion d'encadrement qui est faible. Aujourd'hui, ça va. Encore une fois, un des résultats de la réorganisation c'est quand même d'avoir structuré…

Le contournement des O&M

La mise en place des nouvelles techniques dans des organisations s'accompagne d'une faible appropriation de leur potentiel. Les acteurs en place cherchent également à contourner les nouvelles règles qui sont établies. De leur côté, les promoteurs de ces nouvelles techniques attendent un moment où le recours à ces techniques deviendra inéluctable et le basculement de l'organisation dans un processus irréversible. Nous pouvons ainsi montrer que, au sein des MDPH, les agents administratifs, organisateurs et évaluateurs, s'affrontent pour éviter de rendre irréversible le processus de numérisation, et ce qu'il implique de réorganisation des rapports de pouvoir en son sein. L'exposition de ce conflit nous intéresse

donc surtout en ce qu'il permet d'en montrer les enjeux : le renouvellement du contrôle bureaucratique sur le travail et la discrétion des professions médicales et sociales.

Les procédures de numérisation font tout d'abord l'objet de contournements avec l'assentiment de la direction. C'est ainsi le cas dans la MDPH Y où la clause de recevabilité (le fait que le dossier ne puisse être instruit que s'il comporte 4 pièces) a fini par ne plus être respectée. En effet, comme nous l'explique un médecin, devenu responsable de l'évaluation, plus aucun dossier ne serait parvenu à l'Education Nationale qui s'en serait inquiétée auprès de la MDPH. Devant le stock de dossiers que l'accueil ne faisait plus remonter à l'instruction car non « recevables » (du fait de l'absence de l'une des quatre pièces demandées), les médecins de l'évaluation auraient obtenus de la direction la possibilité d'étudier des dossiers même irrecevables. D'après les médecins, cette dérogation à la règle a permis d'orienter les enfants à temps – c'est-à-dire avant les congés d'été.

> EXX-Y
>
> Q : Les consignes qui vous avaient été données, vous avez parlé de consignes, il y a un décalage entre les consignes et la réalité, les consignes…
>
> R : Les consignes, c'est par exemple, sur la recevabilité des dossiers, au 1er janvier 2012, [le directeur] a dit : seuls les dossiers recevables seront enregistrés. Pour les familles, des dossiers recevables, elles ne savaient pas ce que c'était, donc pendant 4 mois, tous les dossiers enfants qui arrivaient incomplets à la MDPH ont été refoulés. Donc moi le 31 avril, l'Inspecteur d'Académie est venue me voir en me disant : « on a reçu aucune notification ». Oui, effectivement, j'ai pas fait de notifications, j'ai pas reçu de dossiers. Mais ils sont où les dossiers ? Et là, je vais à l'accueil et je me rends compte qu'il y a mille dossiers qui ont été renvoyés aux familles parce qu'ils n'étaient pas recevables. Juste parce que du jour au lendemain on a décrété un truc, nous on était dans le déménagement, dans la réorganisation, on n'a pas du tout pris la mesure de ce qui se passait. Donc entre avril et juin, j'ai dû arrêter, faire arrêter à l'accueil la recevabilité, récupérer tous les dossiers des familles à la sauvage, les dossiers non recevables…
>
> Q : que normalement vous n'aviez pas à traiter…
>
> R : … que normalement, je n'avais pas à traiter, traiter les dossiers à la sauvage, ca a été un enfer pas possible, et le 4 juillet en réunion de direction, [la directrice] m'a dit : « maintenant, c'est fini, tu remets la recevabilité des dossiers ». Voilà, c'est comme ça. Sans évaluer, sans vraiment mesurer en pratique, ce que ça veut dire pour nous un dossier non recevable.
>
> Q : On remet le filtre. Donc, [le directeur] s'était aperçu…
>
> R : Ah, j'avais demandé l'autorisation, j'avais été voir, en disant on peut pas continuer comme ça. Elle a dit d'accord, mais on remet en juillet.
>
> Q : Donc vous n'avez à nouveau plus de travail (sourire)
>
> R : En fait, il y en a encore qui arrive, des dossiers, malgré la recevabilité. J'ai pensé que [la directrice] avait été voir l'accueil, mais les dossiers arrivent encore. Moi je n'ai pas prévenu le pôle accueil, donc les dossiers continuent à arriver.
>
> Q : Mais ils ne sont toujours pas recevables. Enfin, certains…
>
> R : Mais ils continuent à arriver.
>
> Q : A l'heure d'aujourd'hui, quelle est la règle ?

R : Bah, j'en sais rien. C'est le flou. La règle c'est la recevabilité, mais en pratique, je ne sais pas. En plus je ne suis que médecin.

Q : Et les mille dossiers, ils ont fini par revenir ?

R : Ils ont fini par revenir.

Q : Recevables ou pas recevables ?

R : Pas recevables. Mais on les a traités bien que non recevables. Parce que là il ne s'agit pas d'AAH, il ne s'agit pas d'argent, il s'agit que des enfants, qu'on ait pas 1000 enfants non scolarisés au 4 septembre.

Q : C'est de la non-recevabilité pour quels critères ?

R : Pour des critères administratifs. Alors qu'on a les infos. Un justificatif de domicile, il manque, même si on a un enfant, avec un dossier dans le logiciel, normalement le dossier il repart.

Q : Là, il a tendance à rester en ce moment ?

R : Là il reste, parce que je joue sur cette espèce de flou.

Les procédures liées à la numérisation peuvent donc être contournées, rétablissant finalement le magistère des médecins sur le flux des dossiers. Ces procédures peuvent également être appropriées par le personnel. Ceci s'explique par le fait que l'organisation a informatisé très rapidement ses postes de travail, comme l'indique une responsable administrative de la MDPH Y :

EXX-Y

Q : Donc en deux ans et demi, vous êtes passés de pas d'ordinateurs du tout à des dossiers numériques.

R : Oui. Je crois qu'on ne pouvait pas les fatiguer plus.

Q : Donc, y'a deux ans, l'essentiel des gens qui travaillaient ici ne savaient pas ce qu'était [progiciel] ?

R : Non, ils ne savaient pas du tout. C'est même pas l'essentiel, c'était du 100%. Les secrétaires savaient, mais l'équipe d'évaluation ne connaissait strictement rien. Ils ne savaient pas ce que c'était Windows.

Dans la MDPH Y, une personne du pôle de la numérisation nous indique un recours encore important à l'impression des documents numérisés.

EXX-Y

Q : Est-ce qu'il y a des agents qui impriment ?

R : J'ai entendu dire – et surtout, beaucoup des médecins parce que les médecins c'est encore autre chose pour les mettre à l'informatique (y'en a, c'est carrément comment on ouvre l'ordinateur, malheureusement). Y'en a qui impriment, apparemment, c'est des ouï-dire, mais apparemment, y'en a qui impriment tout ce qu'on leur met dans leur bannette. Voilà, c'est triste, surtout qu'on essaye de faire zéro papier.

Ces déficits d'appropriation ne sont pas spécifiques à cette MDPH. Dans une autre MDPH, une instructrice nous dit avoir recours au calendrier disponible dans la suite bureautique installée sur les postes informatiques plutôt qu'à la fonction « rappel » de son progiciel :

EXX-Z

R : Pareil, faut qu'on gère les relances de courrier. Donc, normalement, les gens ont un délai de trente jours. Si au bout de trente jours on n'a pas reçu la

pièce, on les relance encore pour trente jours. En fait, ils ont deux mois. Pareil, c'est [progiciel] qui nous le fait. On fait « demande de courrier de relance », et il nous sort…

Q : C'est [progiciel] aussi qui vous avertit qu'il faut le faire ?

R : Non, ça, par contre… Enfin, je pense qu'on a la possibilité, mais je pense que ça n'a pas été encore…

Q : Ça serait peut-être possible informatiquement…

R : On nous a dit que c'était possible, mais c'est pas… Du coup, on a le logiciel Outlook, on a des alertes dessus. Le calendrier [sur la suite bureautique), on regarde tous les jours : tiens, faire rappel.

Le gestionnaire SI de cette MDPH Z fait le constat d'une importante différence entre les potentiels du logiciel et les résultats effectifs de la mise en œuvre. Il introduit une explication en termes de génération pour tenter de comprendre les oppositions ou les acclimatations différenciées à l'objet informatique :

EXX-Z

Le problème c'est qu'on a un gros, gros delta entre ce que les utilisateurs savent faire de [progiciel], ce que les utilisateurs veulent faire de [progiciel] et ce que les utilisateurs peuvent faire de [progiciel]. Je considère qu'il y a trois catégories de personnes. Y'a les gens qui ont connu l'époque ITAC/OPALE [*nom des anciens systèmes d'information du temps des COTOREP et des CDES*], voire même, parfois, antérieurement, et qui ont connu la bascule avec le nouvel applicatif. Là, en général, ça va un p'tit peu ramer, sauf exception. Alors que les gens qui sont nouvellement arrivés, eux n'ont connu que [progiciel], globalement, ça se passe quand même vachement bien, et je pense que ça va aller en s'améliorant. Après, on a une troisième catégorie qui est paradoxale, c'est, entre guillemets, les « jeunes vieux », c'est-à-dire des gens qui sont très récents à la MDPH mais qui vont se comporter comme si ça faisait vingt ans qu'ils étaient ici au niveau informatique.

A l'inverse de ces remarques qui désignent l'absence d'appropriation par les utilisateurs, le gestionnaire SI de la MDPH A signale également que son travail consiste à éviter une appropriation trop poussée du logiciel. Selon ce gestionnaire SI, lorsque les utilisateurs se sont appropriés un logiciel, cela signifie qu'ils ont identifiés des raccourcis qui leur permettent d'accélérer les modalités de saisie (en occultant des items dont ils ont appris qu'ils n'étaient pas obligatoires) ou de contourner certains « écrans ». Si cette appropriation indique bien une utilisation du logiciel, elle est sous-optimale du point de vue notamment de la production des statistiques, les items non remplis apparaissant finalement à ce niveau :

EXX-W

R : Mais bon, le gros boulot en ce moment, c'est plutôt de canaliser, d'éviter la déviance. Parce que maintenant, le principe aussi d'un administrateur informatique c'est : quand vous travaillez sur un thème pendant une quinzaine de jours ou un mois, vous montez un système pendant deux mois, vous êtes à fond dedans, vous donnez le produit au référent qui, lui, va continuellement travailler dessus, on va arriver à un décalage. C'est-à-dire que moi, je vais décrocher de cette procédure là ; l'instructeur, lui, il va continuer à travailler, il va se l'approprier, il va évoluer et à un moment donné, le référent, en saura plus que moi qui ait monté la procédure, ou qui ait monté le système. Après, c'est de canaliser les gens en disant : « effectivement, on avait une optique à ce moment-là de telle chose. Peut-être

> que vous, en bout de course, avec le recul que vous avez, c'est peut-être pas la meilleure solution ». Mais on sait bien que tous les utilisateurs, à un moment donné, trouvent des solutions qu'ils ne font pas remonter. C'est-à-dire qu'ils valident leur propre procédure – qui n'est pas forcément l'officielle, mais qui peut être aussi bonne, voire meilleure. Donc, le principe c'est de canaliser quand même sur la procédure officielle.

Alors même que le contrôle des utilisations des logiciels paraît être continu, exigeant une attention constante, le pôle numérisation de la MDPH C attend le passage d'un point de non retour, le moment l'impact de la numérisation sur l'organisation sera irréversible.

> EXX-Y
>
> R : C'est pour ça que je dis qu'on va vraiment voir où le bât blesse, où y'a un souci au niveau de la compréhension quand les médecins vont ouvrir ces dossiers de juin 2012, parce que, là, en juin 2012, ça ne sera plus moitié-moitié. Quand ils vont commencer à ouvrir juillet, excusez-moi, ils n'auront que ça.
>
> Q : Donc, là, soit ça passe, soit ça casse.
>
> R : Exactement. Et ça, malheureusement, on ne le verra que l'an prochain puisqu'on est sur retard d'un an. Je ne pense pas qu'il soit facilement résorbable.

L'aspect continu de la lutte pour le contrôle des procédures présidant à l'organisation du travail au sein de la MDPH invite à dépasser la question du moment où la réorganisation par numérisation deviendra réellement effective. Cela invite à se demander quelles sont les différentes légitimités qui sont ici en concurrence.

Au cœur de l'évaluation globale du handicap : pratiques de la pluridisciplinarité

Une partie de notre enquête de terrain a porté sur l'analyse des équipes pluridisciplinaires (EP)[117]. Nos analyses se sont fondées à la fois sur l'observation de plusieurs réunions d'équipe pluridisciplinaires (n = 8[118]) et sur l'analyse des entretiens semi-directifs, durant lesquels une part de nos questions ont porté sur la nature, le fonctionnement des réunions d'équipe, ainsi que sur la perception qu'en avait l'interviewé-e.

Pourquoi étudier le fonctionnement des réunions d'équipe pluridisciplinaire ? Trois raisons apparaissent déterminantes.

D'une part, si l'on suit à la lettre le contenu de la loi de 2005, le CASF reconnaît la centralité de l'équipe pluridisciplinaire, puisque son article L. 146-8 mentionne que c'est elle qui « évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente » et qui « propose un plan personnalisé de compensation du handicap ». Cette centralité s'explique à la fois par le fait qu'elle constitue un des éléments de distinction principaux des MDPH par rapport aux COTOREP et aux CDES. Son

[117] Partie rédigée par Gwenaëlle Perrier.

[118] Dans l'une des MDPH, l'accès aux réunions d'équipes pluridisciplinaires ne nous a pas été autorisé.

existence constitue une « objectivation institutionnelle » (Dubois, 1998) de l'approche sociale du handicap. En ce sens, les équipes pluridisciplinaires (et la tenue de leurs réunions) constituent un enjeu décisif par rapport au possible existence d'une « identité MDPH ».

D'autre part, les travaux portant sur la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 ont nombre d'entre eux porté prioritairement sur les CDAPH. Parce que ces commissions constituent l'instance décisionnelle officielle et la « part émergée de l'iceberg » (Bureau and Rist, 2012, p. 120), elles ont suscité l'intérêt d'un certain nombre de chercheur-e-s (Bertrand *et al., 2012 ; Bureau and Rist, 2012, 2013)*. Cet intérêt pour les CDAPH fait d'ailleurs écho à une littérature plus vaste, concernant d'autres champs que le handicap, qui a analysé via les commissions d'attribution des droits (voir par exemple Hauchecorne, Lacan et Louvet, 2008) – dispositif emblématique du processus d'individualisation des politiques sociales – le fonctionnement des premières loges des « magistratures sociales » (Astier, 2001).

Comprendre le processus décisionnel d'attribution des droits des personnes handicapées suppose cependant de déplacer le regard par rapport à ces commissions, que l'on pourrait aussi qualifier de **vitrines des magistratures sociales**, en raison du faible (voire très faible, selon les MDPH[119]) nombre de dossiers qui y sont effectivement examinés. Certes, la proportion de dossiers effectivement étudiés par la CDA est variable selon les MDPH, mais les MDPH ont en commun de toutes « reléguer » une partie des dossiers sur des « listes bloquées ». Pour tous ces dossiers, l'inscription en CDA n'est que formelle, puisque n'y est effectué aucun examen effectif par les membres de la commission de leur contenu. Pour tous ces dossiers relevant de telles listes, **le centre de gravité effectif du processus décisionnel est donc déplacé en amont de la CDAPH**.

Au vu de la diversité des parcours possibles des dossiers traités par la MDPH, il apparaît difficile d'identifier un lieu unique qui constituerait la véritable antichambre de la CDAPH : tandis que certains dossiers sont examinés par un seul médecin, ou par un simple binôme d'acteurs (constitué, au gré des ressources et des choix organisationnels, d'un-e médecin et d'une assistante sociale, ou encore d'un-e médecin et d'une instructrice), d'autres sont examinés une ou deux fois en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Pour autant, comme mentionné ci-dessus, les équipes pluridisciplinaires sont formellement en charge de l'examen des demandes de droit – et une grande part des dossiers des MDPH sont de fait examinés par ces équipes. Dans le cas des dossiers passant sur « liste bloquée », l'avis formulé lors des réunions d'équipe s'apparentera finalement à la formulation de la décision.

Troisième raison pour laquelle l'analyse des réunions d'équipe pluridisciplinaire apparaît nécessaire : le fait que lors de l'enquête de terrain, « la pluridisciplinarité » ait fait l'objet d'appréciations fort contrastées. Ainsi, elle constitue parfois la motivation à venir travailler en MDPH, en partie déçue par la réalité de la pratique. C'est selon plusieurs interviewé-e-s ce qui fait le sel du métier, ce qui constitue le « vrai boulot » selon Alexandra Bidet

[119] Dans la MDPH D, 600 dossiers sont passés toutes les semaines sur liste bloquée.

(2010). Elle peut aussi être vue comme une chimère impossible à mettre en place dans un contexte de pression au traitement de masse dans les organisations, ainsi que le laisse entendre une cadre :

> E 164-C
>
> La pluridisciplinarité… la loi en parle, mais chacun court dans son coin. On boit le café en pluridisciplinaire… c'est toujours un bonhomme tout seul le pluridisciplinaire!

Tous ces éléments tendent à faire de la pluridisciplinarité une norme floue.

Pour toutes ces raisons, comprendre les logiques de composition et de fonctionnement de ces équipes apparaît essentiel pour comprendre le travail concret des MDPH.

Nous montrerons que si la loi valorise l'apport d'expertises plurielles, les enjeux des réunions d'EP ne sont pas seulement relatifs à la connaissance des situations des usagers et à l'évaluation de leurs besoins, mais aussi à la mise en place d'une approche sociale du handicap. Leur constitution revêt également des enjeux forts pour l'organisation et pour les professionnels qui la composent.

La littérature existante (sur les CDAPH, et plus généralement sur les magistratures sociales) a surtout mis l'accent sur « le déploiement concret de [la] justice locale » (Fassin, 2001) et les principes de justice à l'œuvre (Bureau et Rist, 2012) dans l'élaboration des décisions ; ce sont donc les rapports que les professionnels entretiennent aux demandes des usagers qui ont pour l'essentiel retenu l'attention des travaux existant. Il s'agira ici de déplacer le regard **en analysant ces instances comme le produit de contraintes organisationnelles (et, dans une moindre mesure, politiques) ainsi que de logiques professionnelles**.

Composer l'EP : enjeux professionnels, contraintes organisationnelles et luttes politiques

L'article L. 146-8 du CASF stipule que les besoins de compensation du handicap doivent être évalués par une équipe pluridisciplinaire.

Si la composition de l'EP est prévue par voie réglementaire (Décret n°2005-1587 du 19 décembre 2005), ce décret contient – à l'instar de nombreuses règles juridiques (Lascoumes and Le Bourhis, 1996 ; Lascoumes, 1995) – une formulation susceptible d'interprétations ou de traductions diverses. En effet, selon l'article R146-27 du CASF, « l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle.»

Dans toutes les MDPH, plusieurs types d'EP existent : EP emploi, EP scolarisation, EP psy, etc. Ces distinctions laissent à penser que la logique d'adaptation aux demandes et les logiques expertes sont centrales – c'est d'ailleurs le sens du de l'article R146-27 du CASF : « cette composition peut varier en fonction des particularités de la situation de la personne

handicapée ». Notre recherche montre que la configuration des EP ne s'inscrit cependant pas uniquement dans des logiques d'expertise (consistant à choisir, pour créer les EP, les professionnels qui apporteront l'expertise la plus appropriée pour déterminer les besoins de compensation des usagers), mais qu'elle constitue aussi, pour une large part, **une réponse à des contraintes organisationnelles et à des enjeux politiques.**

Contraintes organisationnelles et contours des réunions d'EP

Le choix des membres présents en EP ne répond pas uniquement à des logiques professionnelles.

Le choix du type de médecin

Toutes les réunions d'EP comportent au moins un-e médecin. Sa présence renvoie souvent directement au thème principal de l'EP. Par exemple, c'est un médecin de rééducation fonctionnelle qui a été choisie pour participer aux réunions d'équipes « handicap moteur » d'une des MDPH et une médecin psychiatre pour ses équipes dites « neuropsy ». Cependant, le fait que beaucoup de médecins viennent faire des vacations à la MDPH et n'y travaillent pas à temps plein a pour conséquence que la MDPH n'a pas toujours le choix des spécialités qui seraient les plus adaptées au type de handicap, ou au type de public. Ainsi, la logique qui peut aussi prévaloir est celle d'une adaptation à l'offre. Un exemple illustre de manière claire cette logique. On trouve dans l'une des MDPH un spécialiste de gérontologie qui participe à certaines réunions d'équipe enfance. On peut également citer le cas d'un médecin participant aux EP traitant des demandes de PCH logement, qui n'est pas médecin rééducateur, mais médecin du travail. L'explication donnée à ce fait en entretien est la suivante :

> E 128-D
>
> Elle a refait toute sa maison, (...) elle aime bien lire tous les devis, et puis (...) elle est à fond là-dedans.

La taille de l'EP

Concernant la formation des réunions d'EP, plusieurs observations méritent d'être faites.

D'une part, la taille et la composition des réunions d'EP apparaissent variables.

La composition des EP peut varier selon les pôles, mais aussi à l'intérieur d'un même pôle d'une même MDPH. Ainsi, dans deux d'entre elles (C et D), le secteur enfance organise deux types de réunions d'EP : des EP approfondies, pour les demandes d'orientation et de parcours scolaire, et des binômes (AS et médecin dans l'une, responsable de pôle instructrice et médecin dans l'autre) pour les demandes de prestations (AEEH + cartes) : les demandes de prestations, considérées comme plus simples, ne mobilisent ainsi pas autant de personnels que les demandes d'orientation, considérées comme plus complexes. Cette distinction apparaît comme le résultat d'un compromis organisationnel entre la nécessité d'une part de respecter la

législation[120] et celle d'utiliser les ressources en personnel – globalement insuffisantes – de la manière la plus économe possible.

Cette contrainte de l'utilisation rationnelle (et donc rationnée) des ressources en personnel apparaît également dans la mise en place dans une des MDPH d'une procédure d'analyse initiale de la demande, pour trier les dossiers qui passeront en équipe pluridisciplinaire et ceux qui n'y passeront pas. La logique de rationalisation des procédures d'examens des dossiers apparaît clairement dans les propos da la responsable du pôle adultes de cette MDPH :

> E 25-B
>
> Tous les dossiers ne passent pas en équipe pluridisciplinaire (…). Y'a des dossiers qu'on peut être amené (…) à voir directement avec Madame [X], suivant la problématique posée, pour **éviter d'engorger trop les équipes** compte tenu du volume des flux – on ne peut pas tout rendre à l'équipe.

Ainsi, le coût en personnel que représente l'évaluation pluridisciplinaire amène les MDPH à dimensionner de manière variable les réunions d'EP. Sa composition se trouve au cœur de la tension entre le développement de l'approche sociale (et individualisée) du handicap et l'augmentation de la demande, constatée dans tous les rapports d'activité, qui ne s'accompagne pas d'une hausse équivalente des ressources en personnel.

Pluridisciplinarité ou collégialité ?

Ce n'est pas seulement la taille, mais aussi la composition de l'équipe qui peut modifier l'esprit de la loi. Prenons l'exemple d'une des réunions d'EP observées (O24-D). Cette EP « emploi » réunit un médecin, un responsable administratif de la MDPH… et une kyrielle de professionnels de l'emploi (représentant-e-s de Pôle Emploi, Cap Emploi, d'un ESAT, du service RSA du Conseil général et de la CARSAT). Certes, la MDPH parvient à associer de nombreux partenaires, mais l'objectif de pluridisciplinarité cède la place à un principe de collégialité. On ne trouve dans cette EP ni professionnel du travail social, ni psychologue. La diversité des professionnels de l'emploi confère à cette équipe un effectif déjà important. Cet effectif important rend plus délicate l'insertion des travailleurs sociaux, par ailleurs mobilisés prioritairement sur l'examen des demandes de PCH. De même, dans une réunion d'équipe pluridisciplinaire enfance, sont rassemblés trois médecins (dont un pédopsychiatre), une conseillère d'orientation psychologue et un conseiller pédagogique de la direction d'académie) – mais aucun représentant-e du travail social (O40-A). Dans de tels cas, c'est davantage le principe de la collégialité, plutôt que celui de la pluridisciplinarité, qui prévaut.

Ces différents éléments permettent donc de parler de **pluridisciplinarité à géométrie variable** ; ils viennent nuancer la centralité de la pratique de

[120] Notons toutefois que dans la MDPH où les binômes examinant les demandes d'AEEH et de cartes sont composés de la responsable de pôle instructrice et médecin, le respect de la législation, qui prévoit que l'EP « réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle » n'est pas effectif.

l'évaluation pluridisciplinaire en MDPH. Cet objectif entre en effet en tension avec celui de gestion rationnelle des ressources en personnels.

Des logiques politiques

Toutes les MDPH observées organisent des réunions d'EP spécifiques pour les examens de demandes de PCH. Trois des MDPH observées ont recours à des évaluatrices rattachées aux centres médico-sociaux du Conseil général, où travaillent également des personnels en charge de l'APA, de l'ASE, etc. Ces professionnelles sont donc rattachées à des structures s'insérant le maillage local dessiné dans le cadre de la politique sociale du Conseil général (CG). Le degré de rattachement est toutefois variable entre ces trois départements.

Dans l'un, ce rattachement apparait essentiellement fonctionnel : après avoir été rattachées au CG, les évaluatrices sont maintenant considérés personnels MDPH, travaillant au quotidien dans les centres médico-sociaux – plus près des populations dont elles doivent évaluer les besoins. Dans ce département, le directeur semble soucieux de développer une identité MDPH partagée par ses différents personnels, et l'on peut lire le rattachement institutionnel des évaluatrices comme une décision s'inscrivant dans cette dynamique de consolidation de l'identité de la MDPH. Dans cette MDPH, toutes les réunions d'EP se déroulent à la MDPH, en présence des évaluatrices – pour lesquelles la tenue de ces équipes constitue une occasion de se rendre sur le lieu de leur institution d'appartenance.

Dans deux des autres départements, les personnels en charge des évaluations PCH sont, pour une part d'entre elles, des personnels du Conseil général, rattachés hiérarchiquement au Conseil général, qui ne travaillent pas physiquement à la MDPH, même si elles travaillent pour elle. Elles ont même très peu de contacts avec les personnels de la MDPH. Toutefois, des différences existent dans les logiques à l'œuvre dans la composition des réunions d'équipe pluridisciplinaire : alors que dans l'une, ce sont de véritables équipes qui sont « délocalisées » dans les centres médico-sociaux du département et que ces équipes organisent elles-mêmes les réunions d'EP où les évaluations sont examinées collectivement, dans l'autre, le travail d'évaluation à domicile est externalisé, en direction des travailleuses médico-sociales du Conseil général, mais les réunions d'EP restent l'apanage de la MDPH, qui dispose d'ailleurs (de manière permanente et/ou de manière temporaire via le recrutement de vacataires) d'autres types de personnels présents dans les réunions d'EP (médecin, ergothérapeute, psychologue, etc.).

On peut lire ces différentes configurations des équipes pluridisciplinaires comme le résultat de rapports de force entre les MDPH et « leur » conseil général, et de modes de gestion des ressources des MDPH.

Ainsi, dans le premier cas, la MDPH, en recrutant les évaluatrices travaillant en circonscription, a renforcé son autonomie par rapport au Conseil général, le deuxième cas évoqué apparait comme une situation où le CG conserve le plus le contrôle sur l'évaluation des PCH qu'il finance. Enfin, le dernier cas

apparaît comme une situation intermédiaire, comme une forme de compromis.

C'est aussi en se référant aux relations qu'entretiennent les MDPH avec leurs partenaires institutionnels que l'on peut comprendre la présence de trois médecins en réunion d'EP enfance dans la MDPH A : la présence d'un médecin MDPH, d'un pédopsychiatre et d'un médecin de l'Education Nationale peut être lue comme le résultat d'une concession faite à l'Éducation nationale de continuer à avoir un droit de regard (plus fort que si seuls un conseiller d'orientation y siégeait comme seul représentant de l'institution) sur les orientations des enfants handicapés.

La pluridisciplinarité : enjeux pour les usagers, enjeux pour les professionnels

Si le CASF envisage les EP au vu de l'évaluation des besoins des usagers, l'analyse des réunions d'EP montre que se jouent aussi en ce lieu des questions relatives aux concurrences que se livrent les différents professionnels réunis dans ces instances.

Évaluer les besoins des usagers : méthodes, difficultés, aléas

Il s'agit ici de montrer comment les difficultés rencontrées par les professionnels des EP pour statuer sur les cas.

Diagnostiquer la situation et définir les besoins : une difficile individualisation

La plupart du temps, les membres présent-e-s en réunion d'EP ne connaissent pas directement les usagers dont ils évaluent la situation. En effet, la grande majorité du temps, ce ne sont pas eux qui ont réalisé l'évaluation (que cette évaluation ait été réalisée à domicile ou à la MDPH ou encore sur dossier), mais des collègues extérieurs à la MDPH (par exemple le psychiatre de l'établissement où se trouve l'enfant ; l'enseignant référent, etc.). Même dans les cas où l'évaluation a donné lieu à une rencontre physique entre le demandeur et l'évaluateur, en raison des modalités d'organisation du travail en MDPH, les membres de l'EP évaluent donc les dossiers « sur pièce ». Dans ce contexte, l'enjeu premier pour les participant-e-s de l'EP consiste à saisir les différents aspects de la vie la situation de la personne dont le dossier est examiné (Borelle, 2012). Ainsi, au moins pour certains dossiers, une part des échanges s'apparente davantage à une sorte de **puzzle interactif**, où chacun apporte une pièce qu'à un échange de savoirs professionnels sur les usagers.

De nombreuses difficultés peuvent surgir dans la constitution de ce puzzle. D'une part, en effet, certaines évaluations sont **lacunaires** ; des pièces telles que l'avis du psychiatre, ou un avis scolaire, peuvent être manquantes. Ainsi, dans un dossier où est formulée une demande de SESSAD pour un enfant déjà suivi par une AVS, aucun document de l'école ne figure dans le dossier (O 36-C). Il en est de même dans un autre dossier où figure une demande d'ULIS (O 36-C). Les évaluations peuvent aussi, plus souvent selon

nos observations, être **contradictoires**. C'est le cas par exemple d'un enfant vivant en famille d'accueil, pour lequel l'assistante sociale et la psychologue disposent de documents évaluant de manière apparemment contradictoires les liens noués entre l'enfant et la famille d'accueil. Dans un autre cas, un enfant est décrit comme étant « très agité » dans l'évaluation lue par la psychiatre, et comme « calme » dans les documents scolaires (O 42-C).

Les évaluations du GEVA et du certificat peuvent également ne pas être convergentes :

> O 41-A
>
> Assistance sociale : pour la mobilité, de bout, transfert, j'ai des 3, chute beaucoup, ne se déplace plus seule, ne sort plus seulement pour la chimio, perte de force importante.
>
> Médecin : alors que dans le certificat médical, c'est tout bon pour les gestes de la vie quotidienne ; c'est une évaluation par un interne de Villejuif, ils n'ont pas le temps, ils ne lisent pas tout ça.

Certaines évaluations (beaucoup plus rares) peuvent aussi dire la difficulté à cerner les difficultés de la personne. Finalement, même dans le cas où les pièces sont nombreuses, l'évaluation n'est pas nécessairement plus simple à effectuer pour les membres de l'EP.

L'indétermination peut également – plus rarement toutefois – trouver son origine dans la formulation de la demande. Celle-ci peut être obscure, notamment lorsque le dossier a été rempli à la fois par les parents et par l'école, impliquée dans plusieurs procédures d'ouvertures de dossier.

Quelle place pour les usagers dans la définition des préconisations ?

Les usagers disposent de deux moyens pour faire entendre leur voix en réunion d'EP : le projet de vie, joint le cas échéant au dossier, souvent lu (ou parcouru et résumé) en réunion, et l'audition par les membres de l'EP.

Si le projet de vie, en général établi par la famille ou la personne elle-même, peut aider à mieux cerner la situation de l'enfant ou de l'adulte handicapé, il peut aussi se retourner contre l'usager. Quand le projet de vie est lu en équipe, les membres de l'EP « ne sont pas simplement informés de la situation objective de requérants (…) mais se trouvent prises à partie par l'exposition subjective des demandes » (Fassin, 2001, p. 440). Celle-ci est davantage susceptible de susciter des réactions d'agacement ou des moqueries de la part des membres que l'exposition « froide » et objective de la situation de l'usager. Par exemple, une médecin commente d'un ton agacé la longueur d'un projet de vie où la mère de l'enfant revient sur son accouchement au forceps, laissant entendre que cette mère recourrait abusivement à l'expression d'un certain pathos – peu approprié selon elle au vu des difficultés de l'enfant en question, considérées par la médecin comme peu importantes par rapport à celles d'autres enfants (O 36-C). Alors qu'un parent mentionne les difficultés occasionnées par la situation de handicap de l'enfant dans la gestion des tâches courantes, les commentaires sarcastiques fusent : « *ils se foutent de qui les parents ?* » « *On peut notifier une PCH aspirateur ?* » (O 36-C)…

La présence de l'usager en EP peut être préférée à sa présence en CDA, car elle permet aux membres de l'EP de garder la main sur l'évaluation (au lieu de s'en « dessaisir » au profit des membres de la CDA). Elle est rare (par exemple un cas sur 25 pour O40-A, aucun pour O41-A et pour O25-D). De fait, cette présence n'est sollicitée que lorsque l'équipe n'arrive pas à trancher, ou lorsqu'une personne conteste le PPS ou le PPC envoyé par la MDPH. Il s'agit donc essentiellement d'aider les membres de l'EP à prendre une décision.

L'établissement de la préconisation: la place toute relative des savoirs professionnels

Si des représentant-e-s de diverses professions sont souvent présents en EP, les savoirs convoqués ne sont pas systématiquement des savoirs professionnels. Après qu'une femme de 31 ans, mère de trois enfants et demandant une AAH a été auditionnée, le responsable du secteur adultes de la MDPH s'exclame lorsqu'elle a quitté la pièce :

> O 24-D
>
> En fait, elle sait très bien ce qu'elle veut : c'est rester chez elle avec ses enfants, et avoir un emploi à mi-temps.

Ces propos relèvent davantage de la transposition de représentations sur un supposé idéal féminin d'articulation entre travail et famille que de savoirs professionnels sur l'insertion professionnelle. Citons également le cas d'une une pédopsychiatre qui déclare en réunion d'EP :

> O 40-A
>
> La maman est fiable ; c'est une partenaire professionnelle, donc je l'ai reçue, même si c'est pas ma catégorie d'âge.

Cette remarque clôturera la discussion, et la demande ne sera pas remise en question, alors même que le dossier contient un certificat médical de la fin mai 2011 et que le dossier est examiné en février 2013.

L'extrait d'entretien suivant, relatif aux cas d'une jeune enfant qui présenterait des troubles cognitifs, constitue un autre exemple, concernant cette fois-ci l'existence d'un lien supposé entre carences affectives et milieu social :

> O 42-C
>
> *Médecin* : c'est un milieu…?
>
> *Représentante de l'Éducation nationale* : oui, défavorisé
>
> *Médecin* : ça peut être des troubles liés à des carences éducatives, affectives précoces.

Un autre élément amène à nuancer la place des savoirs professionnels dans le fonctionnement de ces équipes pluridisciplinaires. La difficulté à trancher peut ne pas venir d'un manque de connaissances ou d'expertise, mais de manières divergentes, voire opposées, d'envisager la situation de la personne. L'analyse posée par le responsable du pôle d'une MDPH au sujet de la reconnaissance d'une RSDAE est éclairante :

E 125-D

Sur l'AAH, par exemple, on va avoir des approches très sociales de l'allocation adulte handicapé – ils vont dire : « la pauvre dame ». Si on prend un exemple simple c'est ce qu'on appelle le « syndrome de la femme de ménage », à la MDPH : c'est le cas de la femme de ménage de plus de cinquante ans qui présente une déficience de l'appareil locomoteur, du dos ; qui a fait femme de ménage toute sa vie ; et qui est frappée d'inaptitude à son poste de femme de ménage, et puis elle a plus de cinquante ans. Alors, elle a un niveau six. Elle n'a pas envie de se former. Elle n'a pas de permis de conduire. Elle habite Trifouilly les Oies en pleine campagne… Vous accumulez en fait tous les freins à l'insertion pour cette brave dame. Cette brave dame, elle nous demande l'AAH. Alors, est-ce qu'on donne l'AAH à cette personne-là parce qu'on estime qu'elle est inapte à tout travail, ou pas ? – de façon schématique, pour le dire simplement. À partir de là, en fait, vous divisez votre groupe, immédiatement. Ça, ça marche dans n'importe quelle situation – vous le faites avec des agents CAF, des gens de Pôle emploi, des formateurs – n'importe qui va se trouver diviser, en fait, grosso modo. Automatiquement, vous allez avoir deux groupes. Vous allez avoir le premier groupe qui va dire : « l'AAH. Cette pauvre dame, cinquante ans, c'est fini pour elle, elle ne va jamais se reformer, elle ne retrouvera jamais de travail. Même si elle se forme, elle ne retrouvera jamais de travail. J'ouvre les droits à l'AHH ». Là, je viens de vous décrire la tendance molle si je puis dire, et la dérive vers « l'AAH sociale ». Et puis, la tendance dure qui est le respect de la réglementation, c'est de dire : « écoutez, cette dame, certes, elle est inapte à son métier de femme de ménage, mais enfin, elle a cinquante ans, elle peut encore rebondir, se former, et se réinsérer sur un emploi adapté à son handicap, en fait ». Donc, là, on se dégage complètement de tous les freins que sont : niveau de qualification, motivation, mobilité, etc. qui n'ont rien à voir avec le handicap. Puisqu'on est, quoi qu'il en soit, devant une femme de cinquante ans qui a un problème de dos, donc elle n'est pas inapte à tout travail. C'est sûr qu'elle ne peut plus porter de charges, qu'elle ne peut plus se mettre accroupie, etc. etc. Donc, y'a une réflexion sur l'aptitude très importante sur des postes physiques, mais sur des postes tertiaires, en théorie, vous n'auriez pas de retentissement du handicap.

Un instructeur rapporte quant à lui s'être opposé à un médecin qui considérait que le financement de couches pour un enfant était trop élevé et qui voulait donc préconiser l'achat de litière à la famille pour leur enfant (E 129-D). L'opposition de l'instructeur s'est ici construite non sur la base d'une contre-expertise professionnelle, mais sur celle **de principes éthiques.**

Entre professionnels du handicap : se connaître, s'informer, s'affronter, s'affirmer

Les réunions d'équipes pluridisciplinaires réunissent des professions qui sont, d'une part, inégalement reconnues dans la hiérarchie sociale des métiers, et dont, d'autre part, l'ancienneté dans les instances administratives du handicap est variable[121]. En raison de cette situation potentiellement génératrice de rapports de domination, les réunions d'EP apparaissent comme un lieu où la possible construction d'un dialogue interdisciplinaire est mise à l'épreuve.

[121] Ainsi, l'ancien article D.323-5 du code du travail stipulait-il que « seuls les professionnels de la santé – et notamment les médecins – sont nommés dans cet article qui régissait la composition des anciennes équipes techniques ».

Un discours de la distinction

Sous la même étiquette d'évaluatrice, on trouve dans les MDPH un panel de formations professionnelles diversifiées : assistantes sociales, infirmières, éducatrices spécialisées, conseillères en économie sociale et familiale, ergothérapeutes. De manière assez récurrente, ces différentes professionnelles tiennent un « discours de la distinction » en entretien, caractérisé par des logiques de démarcation des formations et logiques professionnelles des unes par rapport aux autres. Ce discours montre que l'unité de cette fonction en MDPH est loin d'aller de soi, et que le fait de faire travailler ensemble des professionnelles d'origines différentes ne va pas sans questionnements quant aux savoirs portés par les uns et les autres.

E 13-B – assistante sociale[122]

R : Je suis la seule interlocutrice soumise au secret professionnel, ici. (…)

Q : Et votre collègue, elle est ?

R : Elle est conseillère en économie sociale. Ce n'est pas la même profession. Donc, ici, ils font énormément l'amalgame. Ils disent : « les assistantes sociales », sauf qu'on n'a pas du tout le même cursus, pas du tout les mêmes formations, ni même les mêmes missions, ni les mêmes outils, enfin voilà. Donc c'est difficile, déjà, par rapport à ça.

E 198-C - ergothérapeute

De toute façon, ils [les travailleurs sociaux] n'ont pas la connaissance du handicap, donc les conséquences du handicap. Ils n'ont pas les connaissances médicales, et puis du matériel, de toute façon. (…) On est aussi performant, voire plus qu'un travailleur social. C'est pas pour dire qu'ils ne font pas bien le boulot, mais le travailleur social, au niveau de son évaluation, il part davantage de ce que dit la personne et sa famille au niveau des besoins. Nous, on a la formation pour évaluer les capacités des personnes. (…) Voilà, si quelqu'un nous dit : « non, je ne peux pas marcher », on va essayer. Le travailleur social, il ne peut pas. C'est vrai que, nous, on est formé, d'une part, pour évaluer d'un point de vue théorique, déjà, les rapports de causes à effets, mais aussi pour pouvoir mettre les gens en situation.

E 195-C – conseillère en économie sociale et familiale

Je n'ai pas du tout la même vision que, par exemple, (…) un professionnel qui aurait été aide-soignant, infirmière et qui serait évaluatrice à la MDPH. (…) La formation d'ESF [économie sociale et familiale], elle nous donne une rigueur de travail que d'autres travailleurs sociaux, comme les éducateurs, à mon sens, ont rarement. (…) On ne se noie pas forcément dans la recherche d'interprétations comme le font les éducateurs. Les éducateurs ont une formation complètement différente, plus psychologisante, je dirais. Donc, ils ont une autre vision. Mais, honnêtement, c'est une autre vision qui parfois m'agace parce qu'une petite formation de psychologie, ça ne veut pas dire qu'on soit psychologue. C'est parfois, je pense, un simple vernis. Et (…) en côtoyant beaucoup d'éducateurs pendant quatre ans en foyer, (…) ça dédouanait de s'engager vraiment dans les choses un p'tit peu concrètes, et ça m'a un p'tit peu énervée. (…) Ce que je constate, c'est que souvent, chez les éducateurs, y'a un côté assez brouillon.

E 86-A - ergothérapeute

On a une formation paramédicale que n'ont pas d'autres personnes, ici, que ce soit les TMS, soit toutes les autres personnes administratives, on va dire,

[122] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot.

> enfin qui gèrent toute la partie administrative. La connaissance de la dépendance de la personne et tout ce qui est mise en situation. Parce que, contrairement à la [travailleuse sociale] qui va remplir la grille, elle va remplir la grille mais elle ne va pas voir la personne en situation.

Pour certain-e-s professionnels, cette logique de distinction ne va pas nécessairement de pair avec une hiérarchisation des différents professionnels présents en EP.

> E 195-C
>
> Par contre, je reconnais tout à fait que, moi, avec ma formation d'ESF, j'étais parfois très, très démunie face à des publics avec lesquels il était impossible de parler rationnellement, d'agir rationnellement. C'est vrai que j'étais sans doute beaucoup plus démunie que quelqu'un qui avait une formation d'éducateur.

Une hiérarchie des savoirs et des rôles, au sein des EP

Pour autant, plusieurs entretiens réalisés auprès de travailleuses médico-sociales et plusieurs observations (reposant notamment sur l'analyse de la répartition du temps de parole dans les réunions d'équipe auxquelles nous avons assisté) laissent penser que le poids des membres de la commission varie en fonction de leur place dans la hiérarchie implicite des métiers. Une psychologue souligne par exemple que plusieurs fois en EP, certain-e-s membres « *[n'ouvrent] pas la bouche* » (E 202-C), et poursuit dans la suite de l'entretien :

> R : Y'a une hiérarchie implicite.
>
> Q : C'est quoi cette hiérarchie ?
>
> R : Je pense que la hiérarchie implicite c'est – alors, je vous dis mon point de vue (enfin, je vous dis du fait de ce que je peux voir en équipe, et en effet, comment ça se passe, qui prend plus la parole) – donc, pour moi, après ça dépend des professionnels, mais, en gros, c'est : groupe médecins/psychiatres/psychos, ergo si c'est quelque chose dans le domaine de l'ergo, c'est l'ergo et que l'ergo parce qu'on n'y connait, tous, rien. L'ergo dit, on suit. Mais après, si c'est une problématique générale qui va concerner tout le monde, on va dire qu'il y a quand même un bloc médecins/psychiatres/psychos, et les travailleurs sociaux, je dirais, quand même, en dessous. D'une manière générale, je dirais qu'en effet, les travailleurs sociaux ont plus de mal à prendre leur place en réunion, en équipe. Voilà.

Dans cette même MDPH, l'observation d'une réunion d'EP à laquelle participe une autre psychologue que celle citée ci-dessus, montre des interactions beaucoup plus nombreuses entre celle-ci et la médecin qu'avec l'AS – et aussi, dans une moindre mesure, qu'avec l'enseignante référente. La médecin se tourne vers la psychologue pour avoir son avis au sujet d'un taux de handicap, alors que l'enfant n'est pas atteint d'un handicap mental ou psychique, mais moteur (O 25-C).

Interrogées en entretien sur les rapports de force en EP, plusieurs travailleuses médico-sociales évoquent – plus ou moins explicitement – le poids plus important des médecins par rapport au leur :

E 69-A

Q : Et, du coup, les décisions sont prises comment si elles ne sont pas vraiment prises en interdisciplinarité ?

R : Beaucoup avec l'avis du médecin. Si y'a un avis à trancher, c'est l'avis médical qui va trancher.

E 71-A

Q : Et ça arrive souvent que le GEVA et que le certificat médical soient divergents ?

R : Je dirais qu'on a bien une ou deux situations par ITEC.

Q : Et dans ces cas-là, qu'est-ce qui a le plus de poids ?

R : Alors là, sans hésiter, le certificat médical.

E 70-A

Q : Tout le monde s'exprime en ITEC, ou c'est délicat parfois ?

R : C'est délicat dans la mesure où, parfois, le médecin a constaté… Enfin, voilà, il a quand même une connaissance du dossier médical que nous n'avons pas, donc, on doit quand même aussi se rallier…

Cette hiérarchie des métiers se lit et se réaffirme en même temps au cours de l'EP. Ainsi, à plusieurs reprises lors d'une même réunion d'EP, la médecin dicte la réponse à l'enseignante référente qui consigne les décisions au dossier (O 25-C), c'est donc celle-ci qui endosse le rôle de secrétariat. Lors de cette même réunion, c'est la médecin qui formule la décision dans la majorité des cas.

Cette hiérarchie s'explique en partie par des critères qui fondent classiquement la hiérarchie des métiers[123] (niveau de diplôme), mais aussi par l'inégale technicité et spécialisation des savoirs. Ainsi les travailleuses sociales possèdent-elles des savoirs généraux (Ravon and Ion, 2012) et peu techniques, pouvant donc paraître discutables, tandis que les médecins, psychologues et ergothérapeutes possèdent des savoirs techniques (langage non commun, connaissances spécialisées), qui les rendent incontestables. Une psychologue (E 202-C) mentionne d'ailleurs en entretien, au sujet des logiques qui président à la composition des équipes :

E202-C

Généralement, les cadres prévoient des équipes avec ou sans spécialistes, en fait, donc psycho, psychiatre ou ergo.

Le statut de spécialistes est ainsi dénié aux travailleuses médico-sociales.

Cette hiérarchie implicite des savoirs est intériorisée par certaines évaluatrices. Ainsi une ergothérapeute (E 72-A) dit-elle, en parlant de la difficulté à établir le diagnostic pour un usager et de la nécessité de faire venir le médecin pour évaluer la situation: « *Lui avait vraiment la connaissance du handicap* ».

[123] Cette hiérarchie est probablement encore renforcée par le fait que dans les réunions d'EP que nous avons observées, tous les médecins étaient des spécialistes, et non des généralistes, qui se qui se trouvent , eux, dans une position dominée au sein des spécialités médicales (Bloy and Schweyer, 2010).

E 69-A

R : Et vous pensez que ça [le fait que l'avis médical prime sur l'avis des autres membres de l'EP en cas de divergences] renvoie à quoi ? Que ça renvoie, je ne sais pas, à une hiérarchie implicite des métiers, ou à une certaine approche du handicap où l'avis médical reste…

C : Je pense que l'avis médical… C'est eux les spécialistes du handicap, quoi. Donc, nous, ce qu'on apporte, c'est effectivement le quotidien, c'est effectivement les difficultés au quotidien et la façon dont la personne vit tout ça. Mais, au bout du compte, le poids de ce qu'on peut apporter est moins lourd que le médecin qui, lui, sait de quoi il parle.

Une inégale reconnaissance des savoirs professionnels, en évolution permanente

En dépit de cette hiérarchie des savoirs, les rôles ne sont pas figés lors des réunions d'EP.

La piste des trajectoires professionnelles

D'une part, en effet, il convient de prendre au sérieux l'idée formulée par l'enquêtée ci-dessus selon laquelle « *ça dépend des professionnels* » (E 202-C). Dans l'une des réunions d'EP auxquelles nous avons assisté (O 41-A), l'assistante sociale est particulièrement active : elle intervient beaucoup (et prend la parole sur tous les dossiers), sans attendre d'être sollicitée, lit les expertises consignées dans le GEVA avec détails. Elle dialogue avec le médecin et se place sur un même niveau que lui, confirmant par exemple parfois des informations données par le médecin.

O 41-A

Médecin : retard psychomoteur, psychoaffectif, intellectuel, ne lit pas, n'écrit pas.

AS : j'ai creusé un peu ce côté-là, pour s'orienter dans le temps, j'ai mis un 2 ; peut faire des petits parcours seul ; se perd si lieu inconnu.

Si, en entretien (E 212-A), cette enquêtée précise qu'elle n'occupe pas toujours une place aussi active au sein de l'EP et que celle-ci dépend du nombre de dossiers pour lesquels une demande d'aide humaine est formulée, on peut également en référer, pour expliquer sa position non dominée au sein de cette EP, à sa trajectoire professionnelle antérieure : elle possède en effet une expérience préalable en milieu hospitalier où elle a acquis l'habitude de travailler dans un environnement pluridisciplinaire, notamment au contact des médecins ; en outre, elle a réussi un concours de cadre A au sein de l'administration territoriale et a occupé des fonctions qui peuvent lui conférer une certaine assurance en matière professionnelle.

Défendre « ses dossiers »

D'autre part, la hiérarchie implicite des rôles n'implique pas que les travailleuses médico-sociales (assistantes sociales, infirmières, éducatrices spécialisées, etc.) soient systématiquement dans une position infériorisée par rapport aux médecins. On peut notamment citer le cas d'une assistante sociale qui occupe une position infériorisée dans une réunion que nous avons observée : elle parle peu, prend peu position, n'émet pas de

proposition de décision[124]. En dépit de cette situation relativement dominée, cette AS saura défendre « son dossier ». Il s'agit du dossier d'un enfant relevant de l'aide sociale à l'enfance, dans lequel est formulée une demande d'AEEH avec complément. Les membres de l'équipe ne veulent pas la notifier au motif que l'enfant est placé ; ils proposent que la notification mentionne : « refus d'AEEH car enfant placé ». L'AS valorise alors son expertise professionnelle (juridique) et refuse, assez fermement, que soit mentionné dans la notification le fait que l'enfant est placé :

> O 36-C
>
> AS : « je mets [le dossier] de côté et je téléphone à l'ASE pour avoir des documents médicaux supplémentaires.
>
> Psychologue : Tu mets rejet, enfant placé !
>
> AS : Non. On ne met pas ASE dans la notification ; tu mets AEEH sous réserve de la situation administrative du jeune.

L'assistante sociale obtiendra gain de cause sur la rédaction de la notification. On est ici sur un cas où précisément, l'AS ne dispose pas uniquement de connaissances générales sur les relations familiales, mais peut faire valoir une expertise juridique propre, sur lesquels les autres membres de l'EP n'ont pas de prise.

Une hiérarchie des métiers contestée

Enfin, la position de supériorité relative des professionnels du médical peut être remise en question par des contraintes de ressources. Ainsi, dans une réunion d'EP scolarisation (O 25-D), le poids du psychiatre apparaît très relatif : il prend relativement peu la parole. La raison de ce faible poids du médecin est évoquée par celui-ci au cours de la réunion : le manque de pédopsychiatres exerçant en établissements[125] a pour conséquence la rareté de certificats médicaux dans les dossiers examinés en équipe. En l'absence de pièces, ce psychiatre n'a, sur plusieurs dossiers examinés, aucune expertise professionnelle à faire valoir, se trouvant ainsi relégué dans une position relativement infériorisée.

Au-delà des délibérations sur les cas : des moments d'échanges interprofessionnels

L'angle des rapports de domination n'est pas le seul angle pertinent pour appréhender les relations qui se nouent entre les professionnel-le-s présents en réunion d'EP. Ces instances constituent également des lieux de sensibilisation et d'apprentissage de différents problèmes du secteur du handicap et plus généralement du secteur sanitaire et social. Ils constituent ainsi l'une des rares instances où peut se jouer, en pratique, la constitution d'un **professionnalisme partagé**. En effet, hors des réunions d'EP, le caractère pluridisciplinaire du traitement des demandes de droit relève souvent quasi exclusivement d'une **pluridisciplinarité séquentielle** – suivant les différentes séquences de traitement du dossier.

---

[124] Elle verbalisera même, sur le ton d'une plaisanterie, cette inégalité : « J'ai mal à la tête… c'est vous qui travaillez, c'est moi qui ai mal à la tête ».
[125] Nous n'avons pas de données nationales à ce sujet.

Les réunions d'EP peuvent être l'occasion d'échanger sur des problèmes sectoriels. Ainsi le psychiatre évoqué ci-dessus commente la pénurie de certificats médicaux qui touche les dossiers examinés : il ne se contente pas de signaler que les dossiers ne contiennent pas de certificats, il alerte également ses collègues présents (assistante sociale, psychologue, personnel MDPH) sur le manque de médecins dans sa spécialité, faisant ainsi connaître les difficultés de sa profession (O25-D).

Ces échanges ne sont pas rares, notamment parce que les échanges sur des « cas » impliquent souvent de mettre en contexte la situation individuelle qui est débattue. Par exemple, pour expliquer la situation d'un enfant qui a recours à la fois à un SESSAD et aux services d'une orthophoniste, l'animateur d'équipe en MDPH fait un aparté sur le manque d'orthophonistes dans les SESSAD et la nécessité pour les SESSAD de passer par des conventionnements avec des orthophonistes exerçant en libéral (O25-D). De même, s'interrogeant sur la demande de CLIS d'un enfant sur une commune du département, une représentante de l'Éducation nationale souligne qu'il « *manque entre 40 et 50 places sur la CLIS* », diffusant ainsi auprès de ses collègues présents une information générale sur l'offre en milieu scolaire (O42-C). Ces réunions sont notamment des lieux où faire remonter les besoins pour la prise en charge des personnes handicapées : « nous rien que sur [ville Z] on aurait pu avoir une troisième CLIS » (O 42-C).

Ces montées en généralité visent à diffuser des connaissances qui pourront éclairer d'autres cas. La représentante de l'Éducation nationale souligne par exemple le « problème » rencontré pour évaluer les capacités des enfants suivis par une AVS :

> O42-C
>
> Elles font beaucoup à la place des enfants, du coup les productions ne sont pas très parlantes.

Il peut s'agir également d'échanger des informations sur les établissements médico-sociaux. C'est le cas notamment au sujet d'un SESSAD d'un département :

> O 42-C
>
> Ha bon ? Ils prennent des enfants triso, mais aussi d'autres enfants ?

Lors d'une réunion d'EP PCH, un médecin souligne :

> O41-A
>
> Tous les blessés modulaires sont toujours à un moment en conflit avec les équipes soignantes (c'est la seule chose qu'il contrôle) : on ne le voit pas chez les paralysés à moitié (hémi), seulement chez les para ou tétra.

Les médecins peuvent aussi être amenés à diffuser aussi dans ces réunions des connaissances médicales, sur des maladies rares, notamment.

Ces échanges permettent aux différents membres d'acquérir des connaissances dans des domaines qui ne correspondent pas à leur domaine de formation, sur les différents secteurs impliqués dans la mise en œuvre des droits des personnes handicapées. Ils sont relativement courants dans la mesure où la configuration pluridisciplinaire implique souvent une posture pédagogique, pour appuyer les arguments avancés dans la discussion.

Enfin, l'examen des cas particuliers permet aux membres de l'EP de se former à la législation de la politique du handicap et d'anticiper certaines solutions à des problèmes qui pourraient concerner de futurs cas. Par exemple, le cas d'un homme dont la demande de PCH ne pourra être financée par le département où il a déposé sa demande en raison du problème administratif du domicile de secours sera l'occasion pour la responsable PCH présente en réunion d'expliquer la règle de la durée minimale de résidence sur le département (trois mois) pour que les usagers puissent toucher la prestation. Le médecin présent souligne alors suite à la délibération sur le cas l'enjeu qu'il y a à avertir de cette règle les patients suivis dans le centre de rééducation où il travaille ; il propose également une solution pratique pour que cette règle ne pénalise pas les patients : les faire rentrer chez eux une fois durant leur suivi au centre de rééducation, afin qu'ils puissent prouver qu'ils résident dans le département depuis trois mois (O 41-A).

Si les formations, les niveaux de diplôme et les milieux professionnels d'origine sont différents, l'humour apparaît comme un exutoire partagé par l'ensemble de ces professionnels. Cette mise à distance de certaines difficultés, propres à ces métiers où les situations évoquées sont parfois dramatiques, a d'ailleurs déjà été soulignée dans d'autres études (Siblot, 2010)

Chapitre 3 **Produire les usagers et leurs droits**

Après avoir vu dans les deux chapitres précédents de cette partie que les MDPH permettent l'association des représentants de personnes handicapées aux prises de décisions et au fonctionnement de la MDPH et comment les conflits que la structuration d'une identité « maison » pouvaient provoquer, nous voudrions maintenant insister sur un dernier aspect du travail concret des MDPH.

Le lendemain d'un entretien dans la MDPH B, un médecin nous rattrape dans le couloir et nous dit : « Ici, vous savez, nous produisons le handicap » (E12-B). C'est cette idée que nous voudrions creuser ici. L'objectif est d'évaluer en quelle mesure le travail de la MDPH contribue-t-il à faire exister le handicap.

Cet argument a souvent été mobilisé en entretien pour **expliquer l'augmentation du nombre de demandes** : l'identification de la MDPH, de son sigle, de sa localisation, de son objet aurait pour conséquence de suggérer aux individus – qu'ils correspondent objectivement ou non à la définition administrative de ce qu'est une personne handicapée – de déposer un dossier de demande d'attribution de droits à la MDPH. Nous voudrions prendre ici la question d'une autre façon en nous demandant **ce que la MDPH fait aux personnes handicapées** : quelle définition des usagers est concrètement mise en pratiques au guichet de l'administration et, plus largement, dans tous les contacts que l'organisation entretient avec ses usagers. Censées incarner le nouveau paradigme de définition du handicap, les MDPH traduiraient donc, en actes, cette « politique des droits » (Scheingold, 1974).

Nous allons montrer ici, dans un premier temps, que **les MDPH participent effectivement à la définition du handicap** en co-construisant les besoins individuels, en modifiant la nature des injonctions qui sont lancées aux individus. Dans un second temps, nous verrons que dans les conflits entre professionnels, managers et organisateurs qui structurent les MDPH, se jouent également différentes façons de prioriser le flux de dossiers, c'est-à-dire **différentes façons pour les usagers d'accéder aux droits que la MDPH peut leur accorder**.

Relation administrative et production du handicap

La mise en œuvre de la politique du handicap au niveau des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) conduit à une reconfiguration du paysage institutionnel[126].

[126] Partie rédigée par Nicolas Duvoux.

Trois points seront successivement abordés pour étudier les relations des usagers avec les MDPH. D'abord, la dimension d'apprentissage inhérente au statut social de personne handicapée sera abordée, pour montrer qu'il s'agit bien d'une forme d'identité qui contraint et habilite l'individu. Nous insisterons particulièrement sur le rôle de l'accueil dans la gestion du rapport entre la personne et le dossier qu'elle a déposé au sein de la MDPH. La question de la temporalité et de sa gestion est au cœur d'un travail réalisé par les agents d'accueil et de pré-accueil, et ce, dans toutes les MDPH étudiées du point de vue des rapports aux usagers (voir encadré)

Ensuite, nous verrons que l'injonction à l'autonomie, c'est-à-dire la dimension contraignante des normes d'adaptation sociale en vigueur, mise en lumière à partir des politiques d'assistance (Duvoux, 2009), ne s'applique qu'imparfaitement au rapport des usagers aux institutions. Dans le même temps, les politiques du handicap se rapprochent, malgré le maintien de fortes différences, des politiques dites d'insertion, modalités françaises des politiques d'activation (Barbier, 2008 ; Bertrand, 2013). Nous nous intéresserons ici particulièrement à saisir la manière dont le rapport au travail des usagers de la MDPH se développe dans un contexte particulier.

Enfin, nous essaierons de produire une caractérisation du mode de prise en charge des publics. Dès lors que la relation administrative ne se limite pas au dépôt d'un dossier mais implique l'intervention de travailleur médico-social ou d'ergothérapeute, une forme originale d'accompagnement se met en place à la frontière du travail social et de l'accompagnement du handicap.

« L'instruction » du handicap

Le terme *instruction* n'est pas entendu ici, à strictement parler, comme une étape du dossier de demande de prestation de l'usager. Il fait référence, de manière générale, au processus de socialisation auquel donne lieu la fréquentation de la MDPH et aux interactions concrètes par lesquelles ce processus se déroule. Le fil conducteur de cette section est le constat selon lequel le statut d'handicapé, reconnu comme tel par la collectivité, fait l'objet d'un processus d'apprentissage. Dans un premier temps, nous verrons que cet apprentissage se décline sous des modalités identitaires. Accepter son handicap et apprendre à s'approprier l'institution qui le prend en charge vont de pair.

Etant donné le type de prise en charge du handicap, par un ensemble de prestations liées au revenu des personnes en situation de handicap (AAH) et à la compensation de la déficience (PCH), le traitement institutionnel du handicap les situe à proximité mais également dans la distinction avec d'autres politiques sociales qui se déploient autour de minima sociaux où l'accompagnement est (en droit, sinon en fait, systématique). Dans le cas du handicap où la reconnaissance passe par l'évaluation, en commission, du degré d'incapacité, les dimensions d'investissement de la relation administrative se déploient, de manière importante, au niveau de l'accueil.

Nous verrons ensuite que la capacité des MDPH à produire les usagers, c'est-à-dire à les socialiser sous une forme qui assure le bon fonctionnement

de l'institution d'une part et la satisfaction des usagers de l'autre, dépend donc en partie de la configuration de l'accueil. Nous verrons que celle-ci revêt deux dimensions. La première est d'abord spatiale. Comme la relation à l'usager ne passe pas toujours par l'usager mais par son dossier, l'accueil est le lieu où le lien humain va se construire. La configuration de l'accueil est également une épreuve de la gestion du temps. Cette gestion du temps a deux aspects : vers l'extérieur, il s'agit de faire attendre les usagers qui considèrent les délais comme longs par rapport à leur situation ; vers l'intérieur, il s'agit de faire remonter les urgences pour pallier les dégradations les plus manifestes pour éviter que le décalage entre le traitement du dossier et la situation de la personne ne devienne trop important même s'il irréductible. Enfin, la personnalisation des relations aux usagers est au centre de l'action des professionnels. Elle fait le lien entre l'appropriation du statut par la personne et le traitement administratif du dossier.

Ce qui ressort de cette section, c'est que les interactions dans le domaine du handicap sont fortement structurées autour du dossier de demande de l'usager (qu'il s'agisse d'une reconnaissance, de cartes ou de moyens techniques ou humains – même si dans ce dernier cas, une intervention humaine guide l'identification des besoins auprès des usagers). Le dossier est l'instrument médiateur entre l'usager et l'institution. Cela différencie le traitement du handicap d'autres statuts sociaux où des évaluations réalisées au cours de l'accompagnement sont plus systématiques. Dans le cas du handicap, la marge d'appréciation est renvoyée à des commissions. Il n'en reste pas moins que, même s'il se déploie sans prendre en compte l'évaluation médicale (nous reviendrons sur ce point dans la troisième section), l'accueil et l'accompagnement font apparaître une forme particulière de relation entre institution et usagers.

Le handicap : un processus d'apprentissage

Les entretiens réalisés montrent que l'enjeu pour les personnes handicapées est celui de la considération apportée par les institutions vis-à-vis des situations vécues par les personnes.

Même s'il est évidemment hors du propos de cette étude de caractériser le rapport à la notion de handicap des publics accueillis à la MDPH, il est possible d'avancer que le rapport à la catégorie de handicap est un rapport d'apprentissage progressif. La réaction initiale est souvent une réaction de mise à distance, de panique liée à l'anormalité et de volonté de se maintenir dans la norme. Cela apparaît notamment pour les parents qui craignent l'effet d'étiquetage de leurs enfants avec les éventuels effets d'éviction qui pourraient s'ensuivre :

> E84-A (Responsable accueil MDPH)
>
> « Le nombre de mamans qui disent : « mais je ne comprends pas, on m'a dit de venir à la MDPH mais mon fils, il est juste dyslexique, il est pas malade, il est pas handicapé, c'est pas grave ce qu'il a. (...) Il y a une appréhension en disant mais je vais être estampillé handicapé et je vais être stigmatisé aussi bien vis-à-vis de mon entourage. Je dis souvent, en plaisantant, on vous tatoue pas sur le front « reconnaissance travailleur handicapé » mais il y a

> une peur à ce niveau-là et puis effectivement un petit côté gêne, ça ne se voie pas mais j'ai quand même un problème de santé. »

La difficulté à s'accepter et également à se faire accepter n'est en tout cas pas fonction de la gravité du handicap : un handicap lourd, visible pose immédiatement la personne dans une altérité et la société dans la nécessité de s'adapter à elle alors qu'un handicap léger, non visible peut, de manière insidieuse, conduire la personne à se remettre en cause elle-même et à se représenter comme étant incapable de s'intégrer malgré un handicap que les autres ne perçoivent pas et qu'elle peut ne pas percevoir comme aussi invalidant qu'il ne l'est réellement.

L'institution a évidemment un rôle dans l'apprentissage du handicap par les usagers. A travers les formulaires qu'ils remplissent mais aussi à travers les grilles qui leur sont appliquées mais aussi expliquées, les usagers prennent connaissance des formes d'objectivation et de construction sociale et institutionnelle de leur pathologie. Ainsi, l'assurance de leur légitimité remarquée chez les usagers ayant déjà une longue pratique de l'institution est-elle sans doute liée à la stabilisation de leur identité (pour soi) que la reconnaissance institutionnelle (identité pour autrui) leur procure. Ainsi, la différence dans l'apprentissage se mesure aisément au degré de familiarité des usagers avec les procédures :

> E84-A
>
> « Ah oui, effectivement, on a des pros entre guillemets, des gens qui renouvellent tous les cinq ans leur demande, des gens qui sont handicapés depuis des années et donc ils ont l'habitude et quand on commence à expliquer, ils ont un petit sourire, quoique le formulaire a changé donc ils ont quand même besoin souvent qu'on les aide un petit peu mais ils connaissent le déroulement de la procédure globalement. Et puis il y a des gens qui arrivent vraiment de la lune, qui sont complètement perdus. »

Le handicap en tant que statut social délivré par l'État-Providence fait donc l'objet d'un apprentissage. Il détermine une identité en même temps qu'il rend possible des stratégies pour les acteurs qu'il concerne (Schnapper, 1989). La façon dont les acteurs s'emparent des contraintes mais également des opportunités fournies par ce statut ne dépend pas seulement de leurs caractéristiques sociodémographiques (niveau de diplôme, de ressources, etc.) même si nous verrons que ces dernières jouent un rôle important.

L'accueil, configuration spatiale et place des usagers

Dans le processus de prise en charge institutionnelle du handicap, l'accueil joue une fonction centrale. La configuration spatiale de celui-ci joue un rôle décisif.

- Dans une MDPH, l'accueil procure un sentiment d'espace donné par la forme de patio au centre de la MDPH. L'accueil est à côté d'une porte automatique et donne sur une salle d'attente située au milieu des bureaux situés au rez-de-chaussée et en contrebas des couloirs de ceux donnant au premier. L'ouverture généralisée indique la disponibilité et la circulation. Celles-ci sont sans doute rendues possibles précisément par le fait que les usagers n'ont pas vocation à

circuler au sein de la MDPH.

- Dans une autre MDPH, l'accueil est situé à gauche de l'entrée d'une grande salle en face desquelles un carré de chaises permettant d'accueillir les 170 visiteurs quotidiens (en moyenne). Une file d'usagers s'allonge depuis le bureau d'accueil (de pré-accueil en réalité), les usagers sont reçus dans des box dans un couloir à droite de l'entrée. Le couloir se prolonge à gauche vers les services administratifs. L'ensemble est organisé pour qu'un seul agent au pré-accueil puisse « tenir » une salle souvent abondamment remplie.
- Dans une troisième MDPH D, l'accueil est situé en face d'une porte automatique. Une salle d'attente est installée en face, séparée par une cloison. Les bureaux de réception des usagers sont situés à gauche de l'entrée ainsi que les bureaux où l'accueil téléphonique est réalisé. Derrière le bureau de pré-accueil, les bureaux de la MDPH sont situés le long d'un couloir et sur plusieurs étages. La coupure entre l'accueil et le reste des services est presque totale.

Au-delà de sa configuration spatiale, l'accueil joue un rôle central pour plusieurs raisons. La première chose à prendre en considération est que l'accueil remplit diverses fonctions : retrait des dossiers, dépôt de dossiers, demandes d'information générale, accueil pour les rendez-vous médicaux ou liés à l'emploi, demandes d'information sur le suivi des dossiers. Nous reviendrons plus avant sur cette dernière fonction, en apparence la moins essentielle, mais en réalité la plus importante de l'accueil. Cette centralité tient surtout au fait que la MDPH, à la différence d'autres missions sociales dévolues à l'échelon départemental, n'assure pas de suivi systématique (au moins en théorie[127]) de la personne des usagers mais seulement de leurs dossiers. Ainsi, les allocataires du Revenu de Solidarité Active devraient tous être suivis, soit à Pôle Emploi, soit auprès du Service social de secteur.

Ainsi, un agent d'accueil explique que c'est bien ce poste et les agents qui le remplissent qui assurent la continuité du suivi des personnes dont les dossiers sont inscrits dans un circuit administratif :

> E84-A
>
> Q : Quels sont les autres liens récurrents entre les usagers et les personnes de la structure ?
>
> R : Aucun. Quelqu'un qui va faire par exemple une demande de RQTH, de carte stationnement ne verra jamais personne. A la limite, la personne peut téléphoner pour qu'on lui envoie un dossier. On lui envoie son dossier, elle le renvoie par courrier. On lui renvoie la notification de décision. Elle n'aura jamais vu personne, c'est possible.
>
> Q : Il n'y a pas de suivi
>
> R : Là, c'est uniquement pour les personnes qui font une demande de PCH où effectivement la travailleuse médico-sociale va au domicile, quand il y a de l'aménagement de logement, il peut y avoir l'ergothérapeute qui vient. Ils sont vraiment pris en charge mais ce sont des handicaps très lourds mais les handicaps plus légers entre guillemets, ils peuvent ne voir personne ou

[127] Nous montrons plus loin que certaines initiatives individuelles ou organisationnelles peuvent permettre un suivi des individus. Sur ce point, voir *3e partie, Chapitre 2 : La légitimité par l'effectivité, au prix de l'autonomie – 1/L'effectivité comme quête.*

> effectivement nous à l'accueil. S'il y a une question par rapport à l'emploi, pas une reconnaissance mais une orientation professionnelle, une formation, ils peuvent rencontrer soit la responsable du pôle adulte, soit la référente insertion… Mais sinon, c'est vrai qu'ils ne voient jamais personne. »

L'absence de suivi systématique et personnalisé des allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé confère à l'accueil une mission particulièrement importante, notamment en termes de réassurance des personnes sur la prise en charge et l'avancement de leur dossier. La gestion de l'angoisse liée aux enjeux subjectifs et matériels de reconnaissance du statut de handicap. Celle-ci est structurelle. La force de ces enjeux a été démontrée (Vérétout and Dubet, 2001), à partir de l'exemple de l'angoisse statutaire des allocataires du RMI par rapport aux décisions de l'ancienne COTOREP : la reconnaissance d'un statut de travailleur handicapé permet à l'individu, outre d'avoir accès à une prestation plus intéressante, de relire son passé en s'exonérant d'une partie de la responsabilité de son « échec » social. La gestion de l'inquiétude, qu'elle soit d'origine matérielle, psychique ou sociale, apparaît comme une dimension centrale du travail effectué par les agents et des « routines » qu'ils mettent en place pour accueillir le public.

Le rapport au temps de l'accueil: entre attente et urgence

Au fond, la principale dimension du travail des agents d'accueil et d'instruction tient à la gestion de la temporalité et au décalage ressenti entre la temporalité administrative et la temporalité des personnes.

> E214 – Responsable Accueil
>
> Il y a deux contacts physiques avec l'usager : l'accueil, tous n'y viennent pas. Ils se présentent, ils viennent retirer un dossier, déposer un dossier, poser des questions d'ordre général ou poser des questions sur l'évolution de leur dossier. 90% des venues sont dues à des questions sur l'évolution des dossiers. Les gens viennent savoir où en est leur situation. On a en moyenne 170 personnes par jour qui viennent à l'accueil.

Cette question de la temporalité travaille le service de l'accueil notamment où une partie du travail consiste à indiquer aux usagers (souvent par téléphone) les délais de traitement de leur dossier de demande de telle ou telle prestation. Des stratégies de filtrage des demandes sont mises en place pour éviter de donner par téléphone des réponses dont les agents savent pourtant qu'elles ont déjà été données par les commissions (via le logiciel de gestion). L'enjeu est de ne jamais donner de décision au téléphone dans la mesure où l'état psychologique de la personne qui la recevra n'est pas connu.

Ce décalage trouve une manifestation exacerbée dans la différence entre la rapidité de l'évolution de la pathologie et la temporalité du traitement administratif qui reste la même. Ainsi, les maladies dégénératives peuvent-elles faire l'objet d'évaluations qui placent les individus face à un refus d'aide au moment même où leur situation s'aggrave. Un usager rencontré (entretien MDPH A) a déposé un recours contre une décision du fait de l'évolution soudaine de sa maladie et de la dimension très invalidante pour son activité. Cette tension est évidemment accrue dans les contextes où l'affluence et le nombre de dossiers conduisent à un allongement des délais

de traitement (plus de 9 mois dans la MDPH C) mais elle reste manifeste même dans celles où les délais de traitement des demandes sont inférieures aux délais légaux (2,5/3 mois dans la MDPH A).

Par rapport à cette (double) contrainte, les agents d'accueil ont pour principale fonction de faire attendre les usagers, de savoir répondre à leurs demandes, les rassurer, sans leur donner d'informations trop précises sur le statut de celui-ci. Ainsi, lors d'une après-midi d'observation à l'accueil, un responsable d'accueil (MDPH A) profite d'un moment de calme sur les deux fronts du téléphone et de la salle d'attente pour m'expliquer les exigences relatives à la constitution des dossiers pour l'obtention des différentes cartes (carte invalidité ; carte de stationnement) Il recherche dans l'ordinateur pour retrouver les informations chaque fois qu'il est en contact avec un usager. Il m'indique que comme de nombreuses personnes viennent pour s'informer des décisions des commissions et que, dans ces cas, même s'il dispose de cette information par ordinateur, il ne la donne pas, la procédure voulant qu'une lettre informe les usagers. Du coup, il a élaboré une phrase toute faite pour les demandes de vérification qui émanent des usagers : « Au niveau de l'écran, je n'ai que l'info pour savoir si la commission a statué, vous devriez recevoir vos notifications d'ici à la fin du mois ». Cela permet d'éviter une saturation du téléphone et de décourager les demandes insistantes. Par ailleurs, les usagers ne savent pas qu'il y a une commission en milieu de mois. Surtout, au téléphone, il s'agit pour les agents de ne pas donner de décisions parce qu'on ne sait pas comment est la personne psychologiquement au bout du fil.

Cependant, une marge d'appréciation existe. D'après nos observations, même si celles-ci ne permettent en aucun cas d'établir une vérité de portée générale, elle s'applique surtout aux parents d'enfants handicapés. Pour l'enfance, il s'agit souvent de renouvellement tacite donc on rassure les parents quand ils ont des enfants lourdement handicapés. Cela rassure les parents qui attendent un versement par exemple. Dans une MDPH (C), lors d'une après-midi d'observation des agents d'accueil qui reçoivent les usagers dans des bureaux, je constate qu'une agente donne une nouvelle de décision de commission à un usager qu'elle sent nerveux, inquiet, angoissé. Elle souhaite le rassurer pour éviter une confrontation. Elle dispose ainsi d'une marge de manœuvre pour adapter la procédure de non-révélation des décisions et des dates de commission. Elle explique faire « en fonction de la situation. » Cette torsion est justifiée par la nécessité d'assurer la gestion du flux d'usagers.

Le travail d'accueil des usagers ne se limite pas simplement à leur rappeler la durée des traitements de leurs demandes. En effet, la présence des usagers au guichet a pour effet de rendre possible la prise en compte de l'urgence de la situation de la personne dès lors que celle-ci est sur le point de perdre ses droits par exemple. Des procédures de signalement peuvent être mises en place pour accélérer le traitement d'une situation particulière. Les situations socialement difficiles sont majoritaires dans les dossiers de signalement qui ont pu être consultés. Cette activité peut concerner une partie importante des usagers accueillis. Ainsi, dans la MDPH C, sur le bureau de la responsable du Pôle accueil et communication, se trouvait, le

jour de mon arrivée, une dizaine de dossiers de demandes de signalement pour des usagers sur le point de basculer dans le RSA, ayant des enfants en bas âge ou dans une situation d'absence totale de ressources. Les procédures établies sont, en permanence débordées.

Les usagers qui viennent demander des informations sur l'avancement de leur dossier obtiennent souvent une accélération du traitement de celui-ci. Le fait de se présenter comporte donc, notamment quand les délais de traitement des dossiers sont très longs, une forme d'efficacité. On peut se demander si l'égalité de l'accès au droit n'est pas remise en cause par l'imposition d'une logique de l'urgence et le fait que la présence des usagers au guichet permette de bousculer la hiérarchie dans un contexte de forte tension sur les délais.

Le maintien dans le droit nécessite de relier, par le moyen le plus traditionnel du travail social, la fiche de liaison, ce qui est cloisonné, de recréer de la continuité dans des institutions qui fonctionnent avec des seuils, des critères et autant d'éléments qui introduisent de la discontinuité. Dès lors que les délais de traitement des dossiers de demande dépassent des limites considérées comme excessives (plus de six mois, voire plus d'un an), l'accueil des usagers consiste à faire apparaître les situations prioritaires, les hiérarchiser. Dans une MDPH, lors de l'après-midi que nous avons passé avec un agent d'accueil, l'observation et les entretiens montrent que des demandes de signalement de l'urgence de la situation ont pu être réalisées pour plus de la moitié des personnes qui se sont présentées. La fonction de la supervision du Pôle accueil consiste essentiellement à hiérarchiser les urgences et à faire accélérer le traitement des étapes d'évaluation.

Le dernier point pour lequel l'accueil joue un rôle important est la relation de la MDPH avec l'environnement. Pour les usagers, les partages des rôles entre organismes instructeurs et payeurs (la CAF ou la MSA pour l'AAH et le Conseil Général pour la PCH) est souvent confus et nécessite des explications :

> E79-A – Agent d'accueil
>
> Ceux pour qui c'est le plus compliqué, c'est les gens qui ont une PCH où c'est nous qui rendons la décision et c'est le CG qui verse. Des fois, ils sont un petit peu perdus quand il y a des choses qui vont pas, qu'il faut changer de prestataire, qu'il faut modifier le nombre d'heures. Ah non, nous on intervient pas pour ça. Pour une modification de tarif, il faut voir avec la tarification, au CG, en face. On a cette chance-là, il n'y a que l'allée à traverser, ça c'est pratique. Là, effectivement, on a des gens qui ont du mal à comprendre au niveau de l'AAH que nous on prend les décisions et que c'est la CAF ou la MSA qui verse. Des fois ils ont un petit peu de mal mais dans l'ensemble, ça se passe bien.

Les démarches de réclamation d'indus ou de contestation des sommes attribuées par les usagers doivent être renvoyées vers ces organismes payeurs avec lesquels la MDPH est en relation. Cependant, la confusion est souvent entretenue dans l'esprit des usagers. De même, le lien avec Cap Emploi pour les personnes qui souhaitent reprendre une activité est souvent créé à partir d'un rendez-vous pris à/par la MDPH.

La personnalisation du rapport aux usagers

Plus profondément, la relation en face-à-face a pour fonction d'humaniser la relation dans la prise en charge institutionnelle du handicap. De nombreux interlocuteurs, ayant des positions différentes au sein des MDPH enquêtées, ont fait part de cette nécessité, de même que les observations ont permis de montrer que les agents d'accueil se dédoublaient (Dubois, 2010a) et s'extrayaient de leur rôle et de l'impersonnalité qui lui est attachée pour s'adresser à la personne – en tant que personne – dans une relation singulière. Les agents déploient de nombreuses stratégies : reconnaissance des usagers, réassurance par rapport à l'inquiétude perçue, en faisant preuve d'empathie, en ayant une gestion réflexive de ses affects, très importante dans les relations de service (Schwartz, 1998).

La personnalisation émane des « deux côtés du guichet ». Elle fait l'objet d'une demande de la part des usagers. Elle est également mobilisée par les professionnels. Les usagers demandent une écoute beaucoup plus large que le traitement, ils parlent de leur pathologie alors même que les agents cherchent à maintenir une forme de silence autour de la pathologie. Ils manifestent leur connaissance des agents (« vous m'avez reçu la dernière fois »). De leur côté, les agents utilisent des mots affectifs pour évoquer les enfants notamment (« la petite »). La prise en compte de la situation, de la difficulté, la sensibilité, la sollicitude à la situation singulière fait l'objet d'une appréciation des usagers :

> E79-A
>
> Une réflexion qu'on nous fait souvent, on en parlait avec nos collègues, c'est « vous êtes sympas », merci, merci de nous avoir bien expliqué, merci de votre gentillesse. Effectivement, les gens sont contents de ne pas avoir seulement à faire, comme je vous le disais, ce n'est pas seulement un tas de dossiers à disposition mais c'est un être humain qui comprend la problématique du handicap qui leur répond et qui est à leur écoute. (...) Effectivement, il y a besoin de se référer à une personne. D'un autre côté, c'est vrai qu'on a pas besoin de leur demander grand-chose et souvent les gens nous racontent leur vie, nous racontent des choses qui sont assez personnelles et ils n'ont pas envie de les raconter à 50 personnes non plus ni de raviver le souvenir d'une situation qui est forcément difficile à vivre.

Des formes de paternalisme peuvent se développer à l'occasion de cette personnalisation du traitement, de la même manière qu'une confusion des dimensions statutaires et affectives peut se manifester de la part des usagers (Duvoux, 2009).

Le rapport à l'autonomie

Le rapport à l'autonomie se décline dans plusieurs dimensions. La première et plus importante, à faire apparaître, est la distinction vis-à-vis de l'injonction à l'autonomie qui prévaut pour les pauvres valides. Néanmoins, la recherche d'une mise en relation des individus avec le marché du travail fait apparaître un rapprochement tendanciel avec les politiques d'activation (Bertrand 2013). Celui-ci sera étudié à partir d'une observation d'interaction particulièrement révélatrice des problématiques du secteur et des difficultés.

L'injonction à l'autonomie ?

Pour comprendre le rapport des usagers avec les institutions qui les prennent en charge, il est possible de se référer aux travaux qui ont mis en lumière l'aspect « contraignant » de la norme d'autonomie pour les allocataires de l'assistance. La violence de cette injonction à l'autonomie repose sur le fait que la responsabilisation véhiculée par la société est intériorisée par les individus qui sont les moins à même de répondre aux injonctions qui leur sont lancées. Au regard du handicap, il existe des rapprochements tendanciels entre politiques d'insertion et politiques du handicap[128]. Mise en regard de l'expérience vécue des allocataires de minima sociaux pour individus valides (comme le Revenu de Solidarité Active), les allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé partent d'une situation où la légitimité d'un maintien à l'écart du marché du travail était, sinon acquise, du moins plus grande. L'identification même d'un handicap (voir la généalogie de cette notion par Henri-Jacques Sticker (Stiker, 1997)) les place certes dans un horizon de compétition mais la reconnaissance de personne handicapée les place dans la situation de ne pas avoir à répondre aux mêmes normes que celles lancées aux autres individus. La reconnaissance administrative du handicap pouvait préserver les individus d'une mise en cause de leur volonté d'intégration à la société, elle le fait encore, relativement à d'autres catégories. Elle implique toutefois des modalités spécifiques de rapport à soi, marqué par la propriété que l'individu s'est vue reconnaître et qu'il doit reconnaître également : celle d'une personne handicapée. Ce qualificatif impose à l'individu de savoir « gérer son handicap » : ce rapport spécifique peut être mis en évidence dans les catégories de jugements moraux utilisées lors des CDAPH. L'injonction d'autonomie se reconfigure à l'aune des enjeux spécifiques aux situations de handicap. L'activation de l'AAH et l'intégration des critères d'autonomie dans la reconnaissance administrative tendent à rapprocher la manière dont la société se rapporte à cette catégorie qu'avec celles des autres allocataires de minima sociaux.

Le rapport au travail

Même si l'activation des politiques du handicap n'est pas engagée comme peut l'être celle des autres minima sociaux, la question du rapport au travail se pose. Hors, à ce niveau, l'observation montre la similarité des problèmes. L'observation d'une interaction entre un usager qui avait manifesté son souhait de reprendre un emploi et une conseillère a montré que le problème relatif à l'incertitude sur le maintien des revenus en cas de reprise d'emploi est un frein majeur, outre même les difficultés d'accès aux services spécialisés de Pôle Emploi (Cap Emploi). La question de l'instabilité d'emploi

---

[128] Ce rapprochement repose sur des dimensions objectives. Sans être exhaustif, on peut mentionner la possibilité de cumuler l'AAH avec un revenu du travail, évaluation trimestrielle et non plus annuelle des ressources pour calcul de l'AAH, réduction de la durée d'attribution de l'AAH pour les handicaps compris entre 50 et 79%, transformation du secteur du travail protégé, rapprochement du statut du travailler handicapé du droit commun du travail, la DGCS a mis en place un « arbre de décision » pour aider les CDAPH à prendre les décisions sur l'AAH : l'arbre étant plus « activant » que les décrets. Sur tous ces points, voir infra : Chapitre 3 / comment l'Etat (im)plante son arbre (de décision).

apparaît comme le déterminant majeur d'un frein proprement institutionnel à l'accès et à la reprise d'emploi pour les personnes handicapées. Ces résultats prolongent ceux mis en lumière à partir du cas des allocataires de l'ancien RMI (aujourd'hui RSA) dans leurs relations avec le marché du travail.

▪ Handicap et travail : manque d'information, difficultés de coordination et jeux de rôles

Il est 9h30 du matin, j'assiste, dans une MDPH, à un entretien. Je suis placé sur le côté du bureau où la conseillère insertion professionnelle et l'allocataire sont assis face-à-face. L'allocataire est en fauteuil roulant. Ce dernier accepte ma présence mais refuse que j'enregistre la conversation pour conserver l'anonymat le plus total (d'où l'anonymat conservé au département où a eu lieu l'interaction).

Les premiers échanges donnent lieu à la présentation et à la récapitulation des premiers éléments du dossier. La conseillère insertion résume : l'allocataire est reconnu handicapé à 80%, il bénéficie de l'AAH mais le cv manque. L'allocataire l'a rapporté, il le présente. Visiblement, les premiers échanges sont marqués d'une forte théâtralité. Ni la conseillère ni l'allocataire n'arrivent à oublier ma présence. Ils n'y parviendront jamais totalement au cours de l'entretien, ce qui donnera lieu à des justifications poussées de part et d'autre. Ces justifications données par les protagonistes feront apparaître les limites de l'accompagnement vers l'emploi et le sens des responsabilités à qui chacun – l'usager et le représentant de l'administration – imputent ces difficultés.

La conseillère revient sur le parcours professionnel de l'allocataire. Elle évoque le fait qu'il a eu une formation dans le secteur de la réfrigération. Il dit avoir fait une formation de comptabilité et dans les six mois après il a trouvé du travail. Il a été assistant comptable pendant un an et demi mais le « plein-temps », cela n'était plus possible. Il était en CDD renouvelable, sur une mission précaire.

Du manque d'information à la « décision » de ne plus travailler

La conseillère demande «vous n'avez pas retrouvé d'emploi. » Elle renchérit par une question (rhétorique) « Cela fait dix ans ?» Il répond que « pour être honnête », non. Il a eu un recours à la CAF parce que le fait d'avoir des revenus a fait baisser les revenus. Le problème des effets de seuil dans la gestion de prestations sous conditions de ressources apparaît ici en pleine lumière : « J'avais tout déclaré, je prenais des journées sans solde pour éviter de dépasser le plafond et je le dépassais, or si je perds l'AAH, je me retrouve sans rien. »

La question centrale est bien celle de l'incertitude quant à la possibilité de conserver une prestation dont la fonction est vitale pour l'usager alors que le travail, s'il est souhaitable, peut s'arrêter du jour au lendemain. Pour conclure les délibérations auxquelles ont donné lieu cet épisode, il affirme : « La peur a pris le dessus. »

La conseillère lui répond qu'il peut calculer les ressources et les plafonds. Il dit qu'il n'a jamais eu de réponse concrète. Le problème de base est identifié : le manque d'informations quant au calcul des ressources cumulables avec l'AAH. A l'issue de l'entretien auquel j'assiste, il n'y aura pas plus de réponse concrète.

La conseillère reprend le projet de vie en commençant par une précaution oratoire : « je suis obligée de vous demander », avant d'aborder la question de la maladie : « la maladie, ça évolue comment ».

Il répond que « la maladie a évolué, j'ai fait une chute, les bras sont atteints. » Il se demande s'il peut reprendre une activité professionnelle. Il reconnaît ne pas savoir lui-même. Il dit que dès qu'il a un projet il passe par une asso, comme ça, c'est lui qui décide. Lorsque la conseillère lui demande ensuite s'il se sentirait de faire des horaires, il dit que ça dépend des circonstances. Il peut mentir, face à un patron, mais si c'est ensuite pour s'apercevoir qu'il ne peut pas, ce n'est pas la peine.

« Un problème administratif »

La conseillère pense à voix haute : « je réfléchis à ce qu'en termes de niveau, on peut évaluer de vos capacités. C'est en termes de résistance, de capacité physique, pour pouvoir engager un projet pro. » Elle évoque une prestation de mise en situation pour évaluer la capacité à se déplacer, à investir une formation.

Il dit « déjà que c'est dur maintenant ». Elle lui demande sur quel type d'emploi il pourrait tenir. Il dit qu'il ne sait pas. Elle signale ensuite qu'il y a un problème administratif car comme il n'est pas inscrit à Pôle Emploi, elle ne peut pas lui faire rencontrer un médecin professionnel. Elle n'a pas de moyens propres pour faire une évaluation de la capacité de travail. Elle se tourne vers moi : « c'est des choses qu'on a pas en interne, ça complexifie ». Elle suggère de faire évaluer ses capacités avant de faire une orientation. Elle passe un coup de téléphone. Il y a des prestations qu'elle ne peut pas demander directement, qu'il faut passer par Pôle Emploi ou Cap'Emploi pour obtenir. Elle évoque le dossier devant la personne « j'ai besoin d'évaluer ce qu'il peut faire ». « J'aurais préféré ne pas passer par la case Pôle Emploi parce que le handicap est quand même lourd à gérer ». Elle donne le nom au téléphone. « Passer par Pôle Emploi, ça me paraît un peu lourd ». L'idée serait d'évaluer la capacité à revenir au travail, ne serait-ce que quelques heures. Elle prend un rendez-vous directement avec Cap'Emploi. L'usager note le rendez-vous sur son téléphone. Elle dit que Pôle Emploi est un parcours du combattant. Elle fait un lapsus en parlant de « boulet », sourire entendu mais discret avec l'usager. Elle dit, « ici on est obligés de prendre en compte votre demande, tandis qu'à Pôle Emploi, on vous dira de rester chez vous. » Mais pour avoir accès à un médecin ou un psychologue du travail, il faut passer par Cap'Emploi. Mais le problème avec Cap'Emploi, c'est qu'ils sélectionnent les personnes. Ils sont en contrat de co-traitance avec Pôle Emploi donc ils « trient » - ce qu'un autre interlocuteur de la MDPH m'a confirmé. L'usager se demande si physiquement, il pourra tenir sur un poste de travail.

« Cela ne résout pas le problème de la liberté »

La conseillère revient sur le financement du fauteuil. L'usager dit qu'il ne bénéficie pas de la PCH. La conseillère demande s'il a l'ACTP, ce qui est le cas et si il veut une autre prestation, s'il veut une PCH plus favorable financièrement qu'une ACTP. Il répond : « dans la PCH, j'aime pas parce qu'on est sous tutelle. » La conseillère enchérit : « tandis que l'ACTP, vous êtes libre, avec la PCH, vous êtes contrôlé. » Il dit : « moi, ça me dérange énormément parce que je n'ai pas d'incapacité intellectuelle ». La conseillère se tourne vers moi et parle. Elle évoque les avantages de la PCH même si, dit-elle à la fin de son monologue, ça ne résout pas le problème de la liberté. Il dit « déjà c'est dur socialement de ne pas avoir de travail ». La conseillère se tourne vers moi et dit « c'est d'une complexité sans nom ». Il dit, j'ai pas de réponse claire. Il dit que les questions de plafond de l'ACTP lui posent problème pour reprendre un emploi. Pile combien vous touchez, on pourra pas vous dire dit la conseillère. « Voilà », dit-il.

Quand vous cumulez les deux, il faut provisionner l'allocation. « C'est pas tout à fait n'importe quoi » rappelle-t-elle. « C'est trop compliqué », dit-il.

Elle se tourne vers moi : « les règles, on doit pouvoir les donner, après ce que cela donne dans votre cas à vous… » C'est leur monde à eux, dit-il en me prenant à témoin. « Moi j'ai pas envie de m'y intéresser » dit la conseillère. « Parce que vous n'êtes pas concerné », dit-il avec une audace contredite par la déférence qu'il continue de maintenir. Les regards se rencontrent dans leur perplexité et leur frustration mutuelle et l'interaction repart pour se clore. Elle dit que c'est le travail des associations de faire avancer cela. La fin de l'entretien se termine par une remotivation (hautement paradoxale) au vu des échanges précédents où chacun reprend son rôle. La conseillère motive ; l'usager fait part de ses doutes, de sa fatigue, etc.

Entre médical et social : une prise en charge aux contours du médical

Le travail d'évaluation, observé à partir d'observations de visites à domicile de travailleuses médico-sociales ou d'ergothérapeutes, est d'abord un travail de mise en relation de la réalité vécue au quotidien avec des instruments (grille d'évaluation du niveau d'invalidité) pour faire apparaître les besoins qui pourraient être pris en charge et la compensation de l'accompagnement apporté par les aidants. Lors de l'observation d'un entretien d'évaluation, il est apparu que le travailleur médico-social expliquait à l'usager les critères de la grille (GEVA) qu'il remplissait et le fait que le déroulement des questions *dans la grille* (GEVA) expliquait la succession des siennes. Cette référence à la grille a pour fonction d'objectiver la décision qui sera prise en la rapportant à des critères précis. La transmission de cette information joue un rôle dans la relation en mettant à distance la subjectivité que le travailleur médico-social pourrait investir dans sa pratique. Le travail médico-social est remarquable par l'attention scrupuleuse portée à la description des faits et gestes du quotidien pour appréhender la réalité vécue par la personne et les différents points de manifestation de l'incapacité.

L'évaluation se traduit, d'abord, par un ensemble de questions relatives au mode de vie. L'enjeu est de faire émerger la conscience des besoins qu'il est possible à l'institution de prendre en charge. Ainsi, le besoin manifesté par l'usager peut sembler décalé aux yeux des évaluateurs. Ici, un cas particulier, la mère demande s'il est possible de faire financer un tandem pour pouvoir faire du vélo avec sa fille alors que la circulation à deux vélos empêche de dépasser une distance relativement limitée. A l'opposé, les solutions inventées, par le biais du bricolage ou du système D par la mère pour prendre le bain dans des conditions satisfaisantes par exemple peuvent être améliorées par l'intervention d'un ergothérapeute qui posera une barre à douche.

La discussion sur les aides matérielles fait également apparaître certaines contraintes dont l'usager, pris dans ses routines quotidiennes, ne voyait pas ou plus nécessairement le lien avec le handicap. Dans l'évaluation des contraintes liées au logement pour la mère d'une jeune femme handicapée

psychique, il apparaît que la nécessité de surélever l'entrée de la douche correspond à un besoin pour la fille… mais également pour la mère, âgée de plus de 50 ans et qui doit porter sa fille. L'usure physique « naturelle » est ainsi accélérée par la prise en charge à domicile d'une personne handicapée.

■ Une visite à domicile : A la recherche de la journée-type

Il est 9h30. Nous partons, avec une travailleuse socio-médicale, d'une antenne locale d'une des MDPH visitées pour nous rendre au domicile d'une personne pour une évaluation dans le cadre d'une demande de Prestation de Compensation du Handicap. Après dix minutes de voiture, nous nous garons devant un petit immeuble de trois étages en périphérie de la commune. Cette commune, anciennement ouvrière, est aujourd'hui fortement paupérisée. La proximité avec la région parisienne draine un flux de populations paupérisées, attirées par les prix bas de l'immobilier, mais qui se retrouvent « piégées ».

Nous sonnons et sommes accueillis par une porte qui s'ouvre au rez-de-chaussée. La travailleuse médico-sociale que j'accompagne – et qui me présentera comme un stagiaire « apprenant le métier » – ne connaît pas la personne qui la reçoit. Elle sait que la rencontre a pour objet une demande de prise en charge des trajets ainsi que d'une aide humaine pour sa fille de vingt ans dont elle s'occupe « elle est toujours sur mon dos ». Sa fille est dans un établissement la semaine (un foyer de vie). La femme qui nous reçoit est au RSA. Elle fait d'abord part de ses souhaits pour elle-même : elle aimerait retrouver du travail mais comme elle n'a pas de moyen de transport, ses recherches sont limitées à sa commune de résidence et même à son environnement immédiat.

La travailleuse médico-sociale. pose des questions pour essayer de cerner la situation. Elle essaie de recueillir ou en tout cas de susciter le ressenti de la personne. La personne dit de sa fille qu' « elle s'ennuie beaucoup » dans le foyer où elle passe la semaine. « Elle ne fait qu'un atelier par semaine ». L'assistante sociale prolonge en demandant si c'est son impression ou si ce sont les déclarations de la fille. Selon ses propres dires - rapportés par sa mère - la fille se plaint du manque d'activité, elle demande d'entrer dans un nouvel établissement.

L'assistante sociale recadre l'entretien en rappelant le motif de la visite. La nécessité pour elle de le faire montre que l'accompagnement est, de fait, plus large, que l'évaluation pour laquelle la visite a été explicitement organisée. Cette évaluation est double : le surcoût lié au transport et le besoin d'aide dans la vie familiale. La travailleuse médico-sociale annonce qu'elle a un dossier à remplir (la grille GEVA). Elle explicite le recours à un instrument d'objectivation des besoins et montre la grille à la personne. Elle demande à la mère de décliner l'identité et quelques éléments sur sa fille. Après les noms, prénoms, la question du célibat est posée.

Sa fille bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapée. Une question est alors posée sur le budget. La mère déclare : « le centre prend 500 euros, les transports en plus, il ne reste plus grand-chose sur l'AAH. »

Après des premières questions sur les différentes formes de suivi médical que connaît sa fille et une évaluation de ses capacités de déplacement, le cœur de l'entretien porte sur la tentative par la travailleuse médico-sociale de faire décrire une journée-type à la mère :

« Elle n'a aucune initiative propre »

La mère répond que la fille se lève à 8h30, qu'elle déjeune très peu le matin. Ensuite, elle décrit une prise en charge permanente mais dans laquelle elle essaie de laisser une autonomie, geste par geste, à sa fille. Une alternance de tournures passives et actives caractérise la parole de la mère :

« Je la fais laver, habiller, elle s'habille toute seule, mais il faut l'aider à marier les vêtements parce qu'elle ressemblerait à un clown ».

« Elle sait faire ses lacets ? »

« Non, j'utilise des scratchs »

Pour la douche :

« Je règle l'eau ; elle se mouille ; je la savonne ; elle se rince ; je l'aide à sortir ; elle se sèche ; elle s'habille, je l'aide à mettre son soutien-gorge, après elle s'habille ».

Au niveau du brossage des dents :

« Elle sait pas faire, il faut que je lui fasse. Le problème, c'est qu'au centre, ils lui laissent faire et elle revient avec les dents jaunes. »

Pour le petit-déjeuner :

« C'est difficile. Ca dépend de ce qu'elle veut. Souvent elle regarde la télé quand on sort pas. Elle fait du coloriage, elle aime bien, elle peut faire à peu près toute seule. »

Elle voudrait aider à faire la cuisine mais elle est pas capable de se faire à manger. « Je devrais pas céder. » La mère dit qu'elle lui fait un plat normal mais que quand elle ne veut pas, elle lui fait une gamelle de pâtes pour qu'elle ait quelque chose dans le ventre. Elle dit que sa fille est difficile depuis la diversification alimentaire, que son père était difficile mais pas autant qu'elle. « Si, c'est quelque chose de nouveau, elle ne veut pas manger ».

Pour l'après-midi, la mère dit quelle sort le chien, que ça dure au moins une demi-heure, que ça fait du bien au chien, que ça lui fait du bien à elle. Après, il faut trouver une occupation à la fille. Elle fait beaucoup de coloriage. A la machine à coudre, elle arrive à suivre le fil.

La mère dit qu'elle ne peut laisser la fille seule plus d'une demi-heure. Elle n'ose pas la laisser plus d'une heure ou deux. Elle conclut par une sentence lapidaire :

« Elle n'a aucune initiative propre ».

Elle demande ce qui se passe en fin d'après-midi.

La mère répond qu'à ce moment-là, c'est souvent la télévision qui prend le relais.

« Heureusement qu'elle est là parce que ça l'occupe ».

La télévision permet d'attendre le repas du soir. Et la journée se finit ainsi.

Difficultés motrices et identification des besoins

Au niveau moteur. Elle dit qu'elle-même prend appui sur le lavabo pour rentrer sur la baignoire parce qu'elle est vraiment haute.

La travailleuse médico-sociale lui demande si elle sait ce qu'est une ergothérapeute. Elle dit qu'elle peut parler de la baignoire à un ergothérapeute pour qu'il vienne voir. Elle propose une barre d'appui en disant « on finance ». Elle propose des choses auxquelles la personne n'avait pas pensé. Elle suscite des solutions en identifiant les zones de fragilité : à force de s'appuyer sur le lavabo, celui-ci va se décrocher. Elle observe la maison, l'aménagement et renvoie le besoin vers l'usager : « c'est vous qui me dîtes si vous souhaitez que l'ergothérapeute vienne ».

Elle annonce le délai de deux mois et la possibilité de financer. Elle note qu'elle doit prendre contact avec l'ergothérapeute.

« Vous me disiez qu'il n'y avait pas de souci dans l'appartement même s'il y en avait quand même. »

La travailleuse médico-sociale demande s'il y a des choses importantes qui n'auraient pas été évoquées. La mère répond non puis se tait. Un long silence se fait. La travailleuse médico-sociale le rompt en énonçant la procédure qu'elle va suivre : prendre contact avec l'établissement, le « foyer de vie » où se trouve sa fille et proposer à une commission MDPH le financement de quelques euros par heure pour le travail assuré par cette personne. Elle prendra également contact avec l'ergothérapeute pour la baignoire. Pour la travailleuse médico-sociale, la suite du processus est de rencontrer un éducateur. Si ce qu'il lui dira est cohérent avec le contenu de l'entretien avec la mère, il n'y aura pas besoin de rencontrer la fille pour instruire le dossier.

L'évaluation de l'autonomie et l'instruction du dossier de demande de financement se fait sans avoir rencontré la jeune femme concernée ni connaître la pathologie dont elle souffre.

Cependant, les modalités de construction d'une convergence des besoins entre usagers et institutions varient d'une situation à l'autre. Ainsi, dans une autre configuration observée, où l'usager était un parent dont l'enfant est atteint de nanisme, la mère, de catégorie supérieure, prend soin de faire part de l'ensemble des difficultés qui naissent pour l'enfant dans l'ensemble des contextes vécus (école ; domicile ; activités associatives). Un entretien réalisé avec l'ergothérapeute précisera cette dimension en légitimant l'idée que la formation du regard de ces professionnels les conduit parfois à faire naître des besoins dont les individus n'avaient pas nécessairement conscience ou éventuellement à traduire ces besoins lorsqu'ils sont formulés d'une manière problématique par rapport à la possibilité de prise en charge. Leur travail consiste donc à permettre à l'environnement des individus sans intervenir sur la cause médicale de la déficience qu'ils connaissent.

Dans le dernier cas de figure observé, la prise en charge de l'aide pour pallier les conséquences diverses conséquences de la petite taille est rendue

possible par la participation active de la mère à l'explicitation de ces difficultés et à sa capacité à identifier les *interactions* entre les limites imposées par la déficience d'une part et les exigences de la socialisation scolaire d'autre part. Ainsi, l'ergothérapeute présentera des modèles de stylo anti-transpirants pour permettre à l'enfant d'écrire sans provoquer une sudation préjudiciable à la propreté des travaux qu'il rend à l'école. C'est la mère – et non le professeur – qui fait le lien entre faiblesse de la masse musculaire rapportée à l'effort demandé et rendu sale des copies et des cahiers. La capacité des parents dont les enfants sont atteints par des maladies qui ont des effets soit sur les capacités d'apprentissage (dyslexie) soit, comme dans le cas précédent, sur la socialisation scolaire à opérer, par eux-mêmes un diagnostic des besoins, à lier ceux-ci à des manifestations directes ou indirectes de la pathologie et à prévenir celles-ci, par la consultation de spécialistes libéraux dans le cas de la dyslexie par exemple est essentiel. Cette capacité est très fortement déterminée par l'appartenance sociale et les capitaux culturels dont disposent les parents.

Ces éléments font apparaître une caractérisation de l'intervention des différents acteurs au contact des publics (ergothérapeutes ; travailleurs sociaux médicaux) comme **une prise en charge aux contours du médical,** sur les effets de celui-ci mais en tenant à distance les causes de la déficience pour réorganiser la situation, c'est-à-dire la relation entre l'individu et son environnement indissociablement matériel et social. Le médical est sanctuarisé et le traitement social se déploie autour du respect et du secret maintenu sur cette dimension. Ce dernier n'est rompu que par l'usager.

Quels statuts pour les usagers ?

La production des usagers et de leurs droits se déroule, comme nous venons de le voir, dans les interactions entre évaluateurs et usagers[129]. La production des usagers dépend également des modes d'organisation de la MDPH. Nous voudrions dans cette section montrer que les statuts des usagers dépendent des modalités de division du travail en vigueur dans l'organisation. Ces divisions du travail dépendent des conflits qui se nouent, comme nous l'avons montré dans le chapitre 2 de cette partie (« *Conflits maisons : ce que révèlent les conflits autour de la numérisation de la MDPH* »), notamment autour des questions de numérisation, opposant médecins, managers et O&M. Nous voudrions ici montrer que les différentes modalités d'organisation emportent avec elles différentes conceptions de l'usager. Ces différentes modalités d'organisation produisent des statuts différents pour les usagers – et différentes chances pour eux de faire valoir leurs droits.

Professions et figures de l'usager

Partisans de la numérisation, managers et évaluateurs (médecins, travailleurs sociaux) s'affrontent en effet en mobilisant différentes

[129] Partie rédigée par Pierre-Yves Baudot.

rhétoriques de l'usager. Les **évaluateurs mobilisent une figure de l'usager qui repose sur une connaissance personnalisée, sur des interactions de face-à-face et finalement sur leur discrétion professionnelle**.

L'usager des évaluateurs : médecins et assistantes sociales

Une médecin de MDPH évoque le cas d'une personne handicapée qui a déposé un dossier de PCH depuis plusieurs années. A la date de l'entretien, le dossier vient de revenir du service de valorisation de la PCH de la MDPH, service qui chiffre le montant des PCH accordés par les EP. Le retard accumulé dans le traitement de ce dossier est tel que le paiement des antériorités va constituer une source de revenus qui pourrait être, pour les travailleurs sociaux, problématique pour l'usager, celui-ci pouvant être tenté de consommer ce revenu pour financer son addiction. Celui-ci a développé une addiction à l'alcool et son entourage familial ainsi que les travailleurs sociaux craignent que le versement de cette PCH ne soit mal utilisé par l'usager, dont le projet de vie mentionné dans le dossier est de quitter le logement familial où il vit avec sa mère et de s'installer dans un logement autonome. Pour traiter cette situation, le médecin propose de séquencer l'attribution des dispositifs, ce qui suppose un traitement séparé et parfaitement coordonné des différents éléments du dossier.

> EXX-Y (femme, médecin, vacataire MDPH)[130]
>
> Non, il veut s'installer. Moi j'avais dit 1. Faire passer le placement 2. Gérer la PCH aide humaine dans un second temps quand le suivi SAMSAH sera engagé. L'idée c'était qu'on lui paye tout ça une fois qu'il sera en contact avec le SAMSAH. Le SAMSAH pourra juger s'il avance dans le bon sens.

Toutefois, parce qu'il n'y a pas de communication établie entre le SAMSAH et la MDPH, la médecin doit donc se faire un mémo. Pour ce faire, elle pourrait indiquer une alerte dans son système de gestion pour la valorisation de PCH ne soit valorisée que lorsque l'étayage sera mis en place. Mais elle utilise en réalité des *post-it* jaunes placés sur son écran d'ordinateur. Cette orientation avec l'usager suppose donc une dextérité dans le suivi de dossiers et la capacité d'anticiper de possibles effets contradictoires des prestations mises en place pour l'usager si le timing de leur attribution n'est pas optimal. Cette gestion n'est possible que dans la mesure où le médecin évaluateur maîtrise parfaitement le dossier de l'individu, si des connections fortes sont établies avec les autres partenaires sociaux – mais aussi quand bien même le même type de procédure aurait pu être mis en place avec des outils informatiques – si s'établit un lien fondé sur une relation professionnelle entre l'individu et l'évaluateur. En ce sens, cette connaissance personnalisée s'oppose à toute uniformisation de la liste d'attente des dossiers. La numérisation des dossiers ne porte pas atteinte à la capacité que les travailleurs de l'évaluation ont de gérer leur file d'attente. En revanche, elle porte atteinte à leur capacité de faire valoir les droits de certains usagers. En effet, l'établissement de critères de recevabilité, en ce qu'il ajoute des clauses supplémentaires aux définitions catégorielles des ayant-droits potentiels, en ce qu'il peut contribuer au non-accès au droit (un « non-recours par non-

[130] Nous reprenons le codage utilisé précédemment.

réception » dans la typologie développée par Philippe Warin (Warin, 2010, p. 290)), porte atteinte à l'égalité revendiquée entre individus relevant des mêmes catégories de bénéficiaires potentiels de prestations sociales. Les évaluateurs revendiquent une efficacité des dispositifs sociaux qui vise à n'oublier aucune situation de handicap, et donc une implantation complète des dispositifs.

L'usager des managers

A l'inverse, dans le cadre d'une organisation qui cherche à accroître la rapidité de traitement du flux et donc à mieux sélectionner les dossiers sur lesquels faire porter l'attention, **les managers développent une définition de l'efficacité fondée sur la rapidité de la réponse donnée à l'usager**. C'est ce conflit entre deux images différentes des attentes des usagers – un délai de réponse rapide contre une étude approfondie des cas – qui est évoquée par un responsable de pôle de la MDPH Y, qui a commencé sa carrière comme ancien travailleur social.

> R : Vous avez à peu près compris. C'était comme ça. On en sort un peu. Une PCH, pour un renouvellement d'achat d'une prothèse auditive, ça ne mérite pas une évaluation approfondie. (…) C'est niveau 1 et, à mon avis, c'est même pas du médical, ça devrait être du secrétariat, y'a pas besoin d'évaluer. Il a le droit tous les quatre ans, il a le droit tous les quatre ans, c'est tout. Et là, on ne sait pas faire ça. On ne sait pas dire : « il a le droit tous les quatre ans ». Y'a l'idée que l'entretien individuel avec l'évaluateur va changer la vie de la personne handicapée, c'est impressionnant. Donc on préfère les garder deux ans en attente, mais les recevoir en entretien individuel. Et ça, c'est très, très compliqué pour moi d'aller contre cette idée-là. Alors, je trouve que chez les sourds c'est frappant : « je vous demande ma paire de prothèses, je ne vous demande pas un entretien individuel sur mon projet de vie. Je veux tout de suite entendre ». Et nous, on réfléchit, on attend, on reçoit, voilà.
>
> Q : Donc y'a des cas où on pourrait se passer de l'avis du médecin, en fait ?
>
> R : Mais carrément. Les sourds congénitaux, ils n'entendront jamais rien, donc, ça, c'est du renouvellement qui sera fait sans passage par le service évaluation.
>
> Q : Donc les médecins de l'évaluation doivent être…
>
> R : Ils ne le verront même pas le dossier.
>
> Q : Oui, mais quand vous leur proposez une réforme de ce type-là, ils doivent se dire : « attendez »…
>
> R : Ils sont contents.
>
> Q : Alors, pourquoi vous n'arrivez quand même pas à le faire ? Quand vous dites « j'ai du mal »…
>
> R : C'est pas les médecins qui résistent, ce sont les autres évaluateurs. Ceux qui font le niveau 2 pour l'instant. C'est eux qui mettent deux ans à proposer un entretien à quelqu'un – enfin, c'est pas eux qui mettent deux ans, mais c'est eux qui n'arrivent pas à abandonner le métier qu'ils ont appris, en fait. Je trouve que c'est la difficulté de fonctionnement de l'équipe : c'est que tout le monde est à côté de son métier d'origine et que tout le monde regrette de ne pas exercer son métier (les médecins ne font pas de clinique ; les travailleurs sociaux ne font pad d'accompagnement ; les ergothérapeutes ne font pas de rééducation ; les psychologues, pareil) et ils veulent tous de l'entretien individuel.

Q : Histoire de recoller aux techniques parce que, finalement, c'est comme ça qu'ils sont formés et qu'ils sont professionnels. C'est ça qui les définit comme professionnels.

R : C'est ça. Du coup, ils ont beaucoup de mal à accepter, c'est eux qui ne veulent pas faire l'évaluation niveau 1, dire : « oui, là, taux supérieur à 80 » alors que le guide-barème est extrêmement simple et accessible à un non-médecin. Je ne suis pas médecin, je sais prononcer un taux d'incapacité sans erreur (j'ai fat le stage). Et, effectivement, quand on fait le stage en public mixte, tout le monde sort les mêmes conclusions dans les exercices pratiques sans erreurs.

Organisations & Méthodes : « l'individualisation standardisée »

Enfin, troisième figure de l'usager et du service qui lui est rendu, celle mobilisée par les promoteurs O&M. Forgée dans un conflit avec les évaluateurs, cette figure se définit en s'opposant aux problèmes posés par le type de rapports aux usagers défini par les évaluateurs. La personnalisation des relations à l'usager que produisent les évaluateurs a pour défaut de leur faire préférer une forme de refus du formalisme qui peut finalement s'avérer contre-productif pour ces usagers. Il préserve toutefois le prestige des professionnels qui peuvent ainsi revendiquer pour eux le fait qu'ils sollicitent l'organisation pour faire respecter les droits des individus. Mais parce que l'organisation n'est pas structurée autour de leur discrétion mais autour de la conjonction d'un ensemble de contraintes, le jeu discrétionnaire auquel procèdent les évaluateurs se heurte aux procédures définies par les autres services. C'est ce qu'explique cet agent qui travaille au pôle numérisation de la MDPH Y. Cet agent critique les médecins de l'évaluation qui, lorsqu'ils s'aperçoivent que le requérant pourrait prétendre à d'autres prestations, leur fournissent à nouveau des formulaires vierges (les mêmes que ceux qui sont demandés à toute première demande ou pour tout renouvellement) pour effectuer ces demandes complémentaires. Ceci n'est pas sans générer alors des difficultés : recevant un dossier incomplet, les agents qui s'occupent du courrier et de la numérisation le renvoient à l'usager, qui ne comprend pas qu'on lui renvoie sa demande alors qu'elle était complète pour ce qu'il demandait.

EXX-Y

R : J'avais un médecin évaluateur qui se plaignait du fait qu'on renvoyait des dossiers alors qu'en fait c'était juste des demandes complémentaires. Je l'entends dire ça, il savait très bien que j'étais juste à côté, [ce médecin évaluateur] dit : « oui, ils renvoient des demandes complémentaires. Moi, les familles » (parce que, ça, ça bloque des dossiers. Parce qu'en fait, ce qu'elle disait c'est qu'on renvoyait des demandes complémentaires. Les demandes complémentaires, en fait, c'est tout simple : c'est-à-dire qu'eux ont coché, imaginons, AEEH, carte de priorité, et on leur dit : « vous avez le droit à la carte d'invalidité ». Donc tout ce qu'il suffit à faire c'est de faire une demande complémentaire pour dire « rajoutez », pour que l'instructeur rajoute et quand ça passe en CDA, on lui octroie la carte d'invalidité. C'est juste un rajout. Et, en fait, elle disait : « oui, on renvoie juste des demandes complémentaires, c'est n'importe quoi, on renvoie tout le dossier à la personne, on renvoie le courrier à la personne en disant de refaire un dossier pour une demande complémentaire ». J'ai dit : « ça m'étonnerait qu'on fasse ça dans mon secteur. Surtout que les demandes complémentaires, elles arrivent en courrier, et en courrier, y'a pas de recevabilité, donc y'a aucun courrier qui

> repart pour repartir. Y'a que les dossiers qui repartent ». Donc je lui dis : « mais, par curiosité, comment vous les faites remplir ces demandes complémentaires ? ». Elle me dit : « on leur donne un formulaire CERFA ».
>
> Q : Donc, là, forcément, quand, vous, vous les recevez, vous ne savez pas que c'est une demande complémentaire.
>
> R : Les huissiers, déjà, à l'entrée : formulaire CERFA égal dossier, donc ils les mettent en dossier.
>
> Q : Donc c'est forcément incomplet.
>
> R : Donc, forcément, la personne qui est sur dossier ne doit pas regarder [progiciel], c'est impossible, elle ne peut pas vérifier sans arrêt sur [progiciel] – elle n'a pas à le faire en plus. Donc, forcément, ça repart. Mais le souci c'est que c'est pas ça qui a été mis en place. Ce qui a été mis en place c'est une feuille qui s'appelle « demande complémentaire » à remplir par la famille. Donc, en fait, l'erreur vient de l'évaluateur qui n'arrête pas de donner aux familles des formulaires CERFA alors qu'on a mis en place (...) un formulaire de demande complémentaire. En fait, quand je lui ai demandé, elle n'était pas la seule à le faire

Les O&M produisent une « **individualisation standardisée** » (Dalle-Nazébi *et al., 2012)*. Par-là, il s'agit d'avancer que les réformes actuelles de la protection sociale n'opposent pas uniquement standardisation et individualisation, comme l'avance parfois la littérature sur l'individualisation de l'action sociale (Mazade, 2008 ; Rostgaard, 2012), mais qu'un ensemble de procédures permettent d'effectuer un « traitement individualisé de masse » (Bureau and Rist, 2012). La personnalisation des prestations est le choix d'une solution par addition de possibilités prévues en amont. Le cas n'est pas unique en ce qu'il exige la mise en place de procédures extraordinaires, ce qui contraindrait l'organisation à inventer des modalités de fonctionnement pour chaque dossier qui lui est soumis. Cette personnalisation pourrait alors renforcer la discrétion dont disposent les travailleurs sociaux puisqu'elle s'opposerait à la notion de procédures (Ellis, 2013). Dans la perspective défendue par les O&M, l'individualisation est vue comme l'addition unique de standards procéduraux. Le cas unique est la réunion d'éléments de procédures distincts. Il est ainsi significatif que le gestionnaire SI de la MDPH Z ait mis en place un « arbre de décision » panoptique dessinant l'ensemble des décisions possibles concernant un dossier en fonction de l'ensemble des séquences d'examen de son dossier. Son progiciel de gestion lui permet également de fabriquer l'ensemble des courriers possibles par adjonction d'éléments, dont l'addition peut-être unique, marque d'individualisation de la procédure :

> EXX-Z
>
> R : Tout a fait. Et les courriers, c'est pareil. C'est-à-dire qu'en général, les chefs de service ont une idée assez claire de ce qu'ils veulent comme courrier, mais, moi, l'objectif, c'est de l'articuler par rapport à toute décision possible. C'est-à-dire que c'est moi qui vais créer les courriers variables. Faudrait que je vous en montre un pour que vous compreniez mieux. Mais, en gros, l'agent, lui – d'ailleurs, souvent, les agents râlent un peu sur les courriers qui sortent des applications – ils ne se rendent pas compte, ils ont un résultat qui tient sur une page. Mais, en fait, très souvent, le courrier d'origine donné à l'éditeur, il fait vingt, trente pages parce que y'a toutes les variables possibles suivant les combinaisons – s'il fait telle action avant, s'il a fait tel choix… Et

ça, c'est moi qui vais construire le courrier, après, je le donne à la DSI qui valide, et l'éditeur, lui, va coder.

Q : Il va coder le fait « si a été coché « refus de prestation » »…

R : Voilà, on fait paraître telle phrase à tel endroit. En gros, je dis : « on aurait besoin de ça précisément ». La DSI analyse le besoin techniquement, regarde si elle peut le faire ou pas parce que quand ils peuvent le faire, ils le font et ils le font relativement rapidement quand même. Si jamais c'est des évolutions plus lourdes, des courriers complexes, là, derrière, ils vont prendre contact avec l'éditeur, faire un devis, etc., et là, c'est eux qui gèrent tout ce qui est devis, paiement. Sachant qu'on a une enveloppe, bien sûr (sourire), c'est pas le Conseil général qui finance.

Pour les O&M, cette « individualisation standardisée » constitue une façon de concilier une attention portée aux situations individuelles et le respect des procédures qui sont ce qui garantit une égalité de traitement à l'ensemble des usagers.

EXX-Z

On ne peut pas travailler dans une administration, en plus un service public, comme ça. Faut des étapes, faut que ça soit cadré. Et moi, je milite pour ça. Après, si ça ne correspond pas à l'activité, je suis pour qu'on reparte, qu'on s'arrête, qu'on dise : « voilà, ça, c'est pas possible. Vu le flux qu'on reçoit, faut faire comme ça » (…) Après, ils nous mettent la faute à notre niveau en disant c'est nous qui renvoyons les dossiers, mais, moi, je ne renvoie pas les dossiers des usagers. En fin, après, c'est pas qu'on me traite d'inhumaine, mais je sais que je traite des dossiers comme ça, je sais très bien qu'il y a des gens derrière.

Trois formes de priorisation du flux

Ce qui est en jeu ici, ce sont donc trois façons différentes de gérer la tension entre le flux croissant de demandes et le type de réponses que les agents de terrain peuvent y apporter.

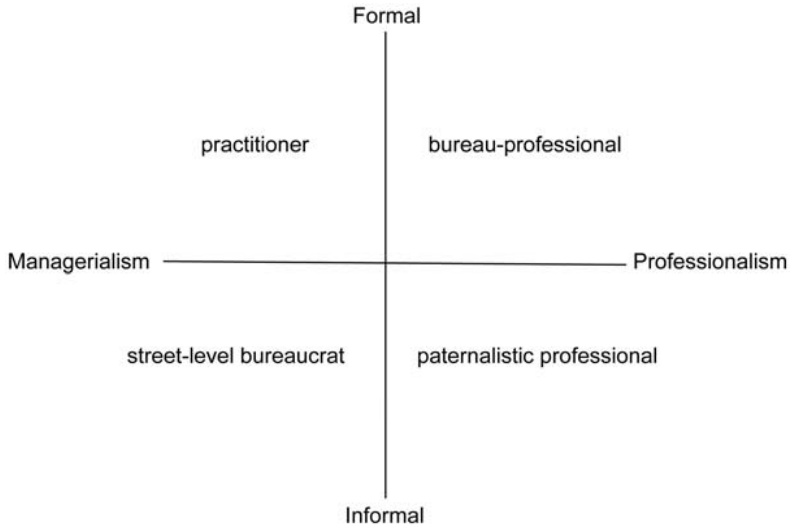
- La **logique organisationnelle** définit l'usager comme l'élément autour duquel la procédure est construite, et qui le protège contre les dérives discrétionnaires.
- La **logique gestionnaire** revendique également la satisfaction des demandes des usagers, mais en faisant référence à des besoins identifiés comme ceux de clients soucieux d'obtenir une réponse rapide à leurs demandes. La question des délais peut en effet être perçue à la fois comme un mode de gestion des organisations par la performance (le nombre de dossiers traités avec un standard minimal de qualité) mais aussi comme une question qui préoccupe le management des MDPH, soucieux des relations entretenues avec les partenaires institutionnels de la MDPH. (Sur ce point, *cf. infra : Naissance des délais*).
- La **logique professionnelle** s'appuie sur la figure d'un usager satisfait si l'intégralité de ses demandes est prise en considération.

Cette tension entre le flux de demandes et la capacité de réponses des fonctionnaires de terrain était au cœur de la démonstration de Michaël

Lipsky pour expliquer que leur capacité discrétionnaire dans le traitement des dossiers s'exprimait essentiellement par leur priorisation des dossiers (Lipsky, 2010). Nous montrons ici que cette priorisation s'entend également ici comme une façon de faciliter l'accès à une connaissance du dossier par l'institution.

Ce débat sur la discrétion avait ensuite été remis en cause par les travaux de Tony Evans, dont les travaux ont montré le maintien de logiques professionnelles dans l'encadrement des pratiques discrétionnaires, qui parvenaient ainsi à résister aux pratiques managériales (Evans and Harris, 2004 ; Evans, 2010, 2011, 2012). Dans ses travaux les plus récents, Kathryn Ellis (Ellis, 2013) montre que la combinaison de niveaux différents de formalisme et d'informalisme et de niveaux différents de managérialisme et de professionnalisme produit en réalité **différents types de *discrétion*, c'est-à-dire en réalité différentes façons pour les organisations de faire face au flux de dossiers entrants**.

- **A taxonomy of frontline discretion in adult social care (Ellis, 2013, p. 4)**



Dans ce cadre, l'alliance de l'absence de formalisme et de professionnalisme des évaluateurs renvoie à une représentation « paternaliste professionnelle » qui se tient en fait à distance de l'idée que les individus ont des droits pour eux-mêmes, avançant à l'inverse que ces droits ne valent que s'ils sont soutenus par des savoir-faire professionnels, non bureaucratiques. Cette posture, alliance de formalisme et de professionnalisme, fait des O&M des promoteurs de l'éthique « bureaucratique professionnelle » qui allie une expertise en termes d'organisation (« professionnalisme ») et une confiance dans le fonctionnement de l'organisation (« bureaucratique »). Selon Ellis, cette approche a été le plus menacée par les réformes managériales.

Notre étude montre ainsi que, dans la MDPH Y, **les O&M ne sont pas nécessairement du côté des managers, alors même que la numérisation et l'informatisation pouvaient être définies *a priori* comme des outils au service d'une managérialisation croissante de l'organisation**. Menée

dans un petit nombre de MDPH, cette étude ne permet pas de généraliser sur la dissociation des logiques managériales et informatiques. Elle permet simplement de montrer que le couplage de ces deux logiques n'est pas évident, faisant alors porter la focale sur les conditions qui expliquent la conjonction ou la dissociation de ces deux logiques. Dans le cas qui nous intéresse, il est important de préciser deux points qui doivent être compris comme autant de nuances apportées à la conclusion d'une rupture entre informatique et managérialisation

La procédure contre le management ?

La dissociation entre management et procédure est *séquentielle*. L'opposition entre les deux logiques ne porte pas sur un objet commun. La logique de « procédure » défendue par les O&M de la numérisation porte sur la recevabilité alors que la logique managériale porte sur l'évaluation. Les numérisateurs ne portent en tant que tel aucun jugement sur la qualité médicale ou sociale de l'évaluation. Dans d'autres MDPH, la question de l'alliance de l'informatique et du management ne se pose pas, ou pas en ces termes. La réorganisation récente et la controverse au cours de laquelle s'est déroulée l'étude explique pour partie que nous puissions saisir des divergences entre managérialisation et informatisation. D'autre part, il est possible que le contexte local de la MDPH (un département dont l'administration a été longtemps très politisée, un discours politique centré récemment sur l'alliance de la qualité du service public et de l'efficacité des organisations) puissent expliquer que les promoteurs de la numérisation – qui ont travaillé pour certains d'entre eux dans d'autres structures du Conseil général – aient pu permettre cette réunion des discours alliant procéduralisation et service public. Dans les deux autres MDPH visitée, où le discours en termes de service public est moins prégnant, tant dans les instances politiques que de direction de la MDPH, le discours des gestionnaires SI est pour l'essentiel un discours d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de facilitation à moyen terme du travail des agents. Ces différences doivent être prises au sérieux comme la marque de réduction de clivages internes.

Notre étude de la MDPH, illustrée ici essentiellement à partir des controverses sur la numérisation dans la MDPH Y, nous permet toutefois d'avancer une conclusion forte : **une organisation – *a fortiori* une organisation pluridisciplinaire – est la superposition de logiques de fonctionnement différenciées**. Les règles qui s'appliquent à la recevabilité – la rigueur administrative – ne sont pas les règles qui s'appliquent aux évaluateurs eux-mêmes – la rigueur managériale et la déprofessionnalisation des expertises. Ce que met en évidence finalement cette querelle de la recevabilité, c'est la coexistence, dans un espace globalement « confiné » (Gilbert and Henry, 2009), de différentes logiques de fonctionnement. Ceci peut expliquer que les tensions entre les différents services se soient accrues depuis le déménagement des différents services de la MDPH dans le même bâtiment :

EXX-Y

Comme je vous ai dit, il y a un gros manque de communication. C'est pire parce qu'en fait, avant, on était éclaté sur différents sites, maintenant qu'on est dans le même bâtiment, la communication est encore beaucoup plus inexistante. Donc je ne sais pas comment c'est possible. Mais, moi, je communiquais beaucoup plus quand je devais aller à pied qu'aujourd'hui.

Là où les numérisateurs voudraient voir le rigorisme imposé à l'ensemble des acteurs de la MDPH, comme permettant de justifier le rigorisme imposé aux usagers, les managers ne souhaitent pas contraindre dans le même carcan procédural les évaluateurs qui doivent au contraire pouvoir disposer d'une marge d'appréciation importante pour décider du volume d'investissement de l'organisation sur un dossier, appréciation qui – pour les managers – ne doit plus uniquement dépendre de leurs routines professionnelles, mais des possibilités de l'organisation. **Cette gestion différentielle des « rigorismes »**, pour s'inspirer librement de la formule de Foucault (Fischer and Spire, 2009), se perçoit encore pour partie dans le soutien officiellement donné aux numérisateurs par la direction, qui n'empêche pas l'accord officieux donné par la même direction à la rupture de la clause de recevabilité après 4 mois d'expérimentation. Cette gestion différentielle des rigorismes doit alors ouvrir sur des questionnements portant sur la façon dont ces différentes logiques peuvent coexister au sein d'une même organisation, plus que sur l'identification de la logique dominante. Nous avons ainsi montré que l'informatique posait problème dans la mesure où loin de constituer un élément de travail partagé – un « objet-frontières » (Star, 2010) – permettant aux différentes perspectives ayant à travailler sur le même sujet (des personnes handicapées) de collaborer, cette informatisation avait renforcé la confrontation des différentes perspectives. Ceci tient moins aux propriétés de l'instrument qu'aux rivalités de réputation de contrôle de l'organisation entre les différents segments de l'institution. En effet, l'outil numérisation n'est pas un dispositif de contrôle de l'activité des organisateurs : il ne modifie en rien la gestion de la file d'attente des dossiers, laissant les évaluateurs choisir les dossiers comme ils l'entendent, et aucun élément ne permet de marquer le fait que le dossier a été traité par l'évaluateur. Toutefois, parce qu'il modifie le rôle que jouent les travailleurs sociaux et les médecins dans l'accès des dossiers aux organisations du social, il modifie la position relative de ces professions dans l'organisation. Introduit à l'occasion d'une remise en cause du leadership des médecins et des travailleurs sociaux, le dispositif de numérisation est perçu comme l'instrument de cette remise en cause.

Le renouveau du contrôle des professions

Deuxième précision que notre étude de la numérisation dans le cadre de la MDPH Y nous permet de tirer : l'introduction d'outils de pilotage et de quantification vise moins à produire une nouvelle légitimité pour l'organisation en produisant une amélioration des procédures et du service à l'usager qu'à **affirmer le contrôle du management sur l'organisation**. Cette managérialisation peut s'effectuer indépendamment de l'introduction

de techniques numériques et passer par d'autres voies. La réorganisation au cours de laquelle sont introduits de nouveaux outils de travail vise en effet essentiellement à renforcer le poids des logiques administratives (i.e managériales) dans l'organisation au détriment de l'organisation précédente qui accordait un poids majeur aux professions médicales dans le gouvernement de l'organisation. C'est ainsi que le nouvel organigramme – qui est pourtant choisi parce qu'il modifie le moins l'organisation préexistante – vise à introduire un encadrement intermédiaire, en déficit dans l'organisation précédente de la MDPH, selon la direction actuelle associée à ce processus du côté de la direction de l'organisation du CG. L'introduction de cet encadrement intermédiaire se traduit par la promotion en interne de personnels administratifs et par le départ de cadres administratifs et médicaux. Cette réorganisation se définit finalement comme une tentative de réduction des « discrétions » établies dans l'organisation et par un effort de « renouvellement du contrôle des bureaucraties » (Bezes, 2005a) :

> EXX-Y
>
> R : Alors, il y a eu beaucoup de départ avant. En réalité, on a eu beaucoup de départs, notamment de catégorie B avant la mise en œuvre de la réorganisation. Des gens qui ne voulaient pas rentrer dedans, très clairement. Notamment, les deux responsables de sites, par exemple, enfants et adultes. Le RIP. Enfin, des gens qui étaient quand même, vraiment, sur des postes clés de l'ancienne organisation.
>
> Q : Parce qu'ils ne se retrouvaient dans ce qu'ils entendaient ?
>
> R : Ils ne voulaient pas de la nouvelle organisation. Eux, ils voulaient continuer de gérer leurs trucs, comment ils l'entendaient jusque-là, c'est-à-dire rester l'ancienne COTOREP ? Rester l'ancienne CDES.

L'intégration croissante des médecins dans le fonctionnement des organisations d'évaluation médico-sociales s'effectue toutefois de façon différente à celle constatée par ailleurs par Daniel Benamouzig et Emmanuel Pierru. Dans le cas ici analysé, point d'alliance entre administratifs et médecins et/ou évaluateurs contre les tutelles, comme cela peut être vue dans les structures d'encadrement intermédiaire de la profession médicale (les ARS par exemple) (Benamouzig and Pierru, 2011). Deux hypothèses peuvent être avancées pour comprendre l'absence de ce type d'alliance dans le cas qui nous concerne :

a- **Le statut relativement dominé de ces médecins** qui sont des médecins publics, relativement dévalorisés dans la hiérarchie des professions médicales, à distance de leurs pratiques (et des lieux d'exercice) les plus légitimes (la clinique) et qui ont pu choisir cette activité soit pour des raisons familiales, soit pour en fin d'exercice de l'activité en libéral. C'est ce que nous indique un médecin de la MDPH C, qui a arrêté son activité suite à la tentative gouvernementale de limiter le nombre de généralistes en exercice en ville. C'est aussi ce tableau que dresse en COMEX un directeur administratif du CG du département Y :

O29-Y – Directeur PAPH

Un médecin sur une fonction comme ça, c'est pas valorisant, ce n'est pas qu'une question de rémunération, c'est la nature même du travail qui n'est pas valorisante.

L'absence de prétentions professionnelles solidement ancrés les prive d'un registre d'argumentation à faire valoir auprès de leurs hiérarchies.

b- **l'absence d'adversaires communs aux agents administratifs et aux médecins**. Ceci tient à l'indépendance du management réalisé par la direction. Provenant de leurs adversaires en interne, l'alliance n'est pas possible. Elle l'est en revanche quand la MDPH peut identifier le CG (et la direction « Personnes handicapées ») comme son adversaire. La MDPH Y est en effet en conflit avec la DPAPH pour ce qui concerne la fourniture des documents administratifs relatifs au paiement de la PCH. La DPAPH et la MDPH s'opposent sur le point de savoir à quel moment le RIB doit être demandé à la personne. La DPAPH demande à ce que, pour accélérer la mise en paiement des PCH, cela soit fait par la MDPH qui s'y oppose essentiellement parce que cela pourrait renforcer les critères de recevabilité et accroître le conflit en interne. En ce cas, les différents groupes en concurrence à la MDPH s'allient pour refuser l'imposition d'une contrainte perçue comme extérieure. Une autre contrainte extérieure pourrait servir de catalyseur d'unification en interne, mais est perçue comme trop lointaine et trop évanescente pour affecter les stratégies de positionnement en interne : la production du contentieux. En effet, la standardisation de l'individualisation permet de motiver les décisions directement en sortie de CDAPH. Ce processus est envisagé dans la MDPH W et, au moment de l'enquête, en cours de réalisation dans la MDPH Z, où il est demandé à ce que les décisions soient motivées pour se protéger du risque contentieux. Toutefois, l'absence de prise en considération sérieuse du risque contentieux (qui tient à la réputation de faible crédibilité des TCI et au faible niveau de contentieux) (cf. infra, 3e partie, chapitre 1 : *Contester les droits, contester la MDPH*) par l'organisation ne permet pas de forger une culture défensive commune.

■ L'invention des délais

Dans toutes les MDPH que nous avons visitées, dans tous nos échanges avec les agents de ce secteur, dans toute la littérature grise, une question centrale revient en permanence **: le respect des délais de traitement des dossiers individuels**[131]. Nous voudrions ici revenir brièvement sur l'origine et la force de cette injonction au respect des délais légaux de traitement des dossiers. Le respect des délais constitue aujourd'hui **l'un des indicateurs de l'efficacité du travail des MDPH**. Le vice-président du CG du département A indique que le premier critère de qualité d'une MDPH tient au fait qu'elle arrive à traiter les dossiers dans des délais très raisonnables

> EXX-U VP CG, président COMEX
>
> Aujourd'hui, le résultat des courses, je pense pouvoir dire qu'on a une MDPH qui est bien huilée, on n'a plus de retard dans les dossiers comme on a eu un moment mais c'était du au fait qu'il nous manquait du personnel pendant plusieurs années. Aujourd'hui, c'est plus le cas. Les délais d'instruction sont à trois mois maximum, je crois. Que demander de plus ?
>
> Rapport d'activité 2010 MDPH U, p. 7
>
> La principale des priorités retenues pour l'année 2010, portait sur l'amélioration de la réponse globale de la MDPH aux attentes des usagers de la MDPH. Concernant le traitement des demandes, 3 chantiers ont été ouverts
>
> Rapport d'activité MDPH V, 2009, p. 2
>
> Réduire les délais de traitement des demandes
>
> Il s'agit de l'objectif principal et permanent de la MDPH. Pour la première fois, le délai moyen de traitement, toute demande confondue, est passé sous la barre des quatre mois : 3,67 mois. Cela a été permis grâce à d'importants efforts d'optimisation des procédures, alors que le nombre de demandes poursuivait son augmentation.

La création d'indicateurs de délais est ainsi l'une des missions primordiales de la MDPH :

> Rapport 2006 CNSA – précisions de la mission CNSA, p. 24
>
> - de veiller à la mise en place d'indicateurs de qualité de service, permettant notamment une comparaison entre les MDPH, dans le souci d'un fonctionnement harmonisé (tels que l'indice de satisfaction des usagers, les délais de traitement des dossiers, ou le pourcentage des MDPH engagées dans des standards de qualité de service….)

Dans sa synthèse des rapports d'activité 2010 des MDPH, la CNSA note toutefois que la construction de cet indicateur n'est pas évidente :

> Il serait intéressant d'étudier ce chiffre à la lumière des organisations mises en place afin de déterminer les raisons de cette efficience et de vérifier l'homogénéité des méthodes de comptabilisation des délais. Il y a en effet des différences de pratiques dans la manière de quantifier les délais, notamment sur leur date de début, soit au

[131] Partie rédigée par Pierre-Yves Baudot.

> jour du premier dépôt de la demande, soit après que le dossier ait été déclaré complet.[132]

Les délais constituent aussi un enjeu de luttes politiques important : la réduction du délai d'attribution des cartes européennes de stationnement à 2 mois par la loi Warsmann de simplification du droit a provoqué un accroissement des tensions entre les MDPH (qui assurent la fabrication des cartes pour le compte de la DDCS) et les préfectures qui se sont vues menacées de devoir reprendre cette activité de fabrication des cartes.

La question des délais est **l'un des arguments mobilisés à l'origine de la création des MDPH, l'une des raisons de la rupture avec les COTOREP.** Le rapport Briet-Jamet évoque ainsi les délais beaucoup trop longs des COTOREP (qui étaient davantage visées que les CDES) :

> S'agissant des personnes handicapées, l'organisation administrative actuelle ne leur offre pas toute la qualité de service qu'elles sont en droit d'en attendre. De fait, plusieurs éléments concourent à cette faiblesse, au nombre desquels, il faut compter :
> - les délais d'attentes parfois très longs (6-8 mois) entre le dépôt de la demande en COTOREP et la décision[133].

La création des MDPH permet donc de « remettre les compteurs à zéro » et de distinguer les retards accumulés par l'ancien système et les délais de traitement du nouveau format institutionnel. Dans la transition entre COTOREP et MDPH, un enquêté évoque ainsi la COTOREP du département qui traite toutes les acceptations, ne laissant aux MDPH que les refus à annoncer. La question des délais est donc au cœur du processus de légitimation de ces nouvelles institutions, qui doivent offrir une nouvelle qualité de service aux usagers. **Le critère du délai devient ainsi une anticipation des attentes des usagers.** Toutefois, cette définition des besoins des usagers comme étant celui du délai rapide de traitement n'est pas une évidence naturelle. Comme le rappelle Alexia Jonckheere, « l'administration n'a pas de clients (au sens commercial du terme) ; elle s'en invente lorsqu'elle définit elle-même les services qu'elle est disposée à offrir » (Jonckheere, 2012). Nous voudrions ici nous demander **comment ce critère de délais s'est imposé**. Nous faisons l'hypothèse que **la norme des délais constitue un moyen de définir les relations entre les différentes parties composant le secteur du handicap**.

Répondre à l'urgence des situations

La question des délais apparaît tout d'abord comme une nécessité évidente compte tenu de la situation des personnes que le handicap place dans une précarité de revenus et qui dépendent de l'assistance pour subsister.

> EXX-T – agent-e de guichet[134]
>
> Q : Vous avez essayé de pousser le dossier ?
>
> R : Oui. Mais y'a pas de réponse. J'attends toujours le retour de mail. On ne nous donne même pas de réponse. C'est ça en fait qui est frustrant à l'accueil : c'est qu'on l'impression de faire des choses, mais en retour on n'a pas de réponse, donc du coup on ne sait pas si ça a été fait, si ça n'a pas été fait. (…)
>
> Q : comment vous pouviez faire pour aider les gens ?
>
> R : J'appelais ou je montais. J'appelais mes collègues ou je montais. Après, c'est des situations urgentes aussi. Par exemple, une rupture d'allocations, des personnes qui n'ont plus de revenus, qui sont obligées de faire une demande de RSA, ça prend un mois et demi pour avoir une réponse, qui n'est peut-être pas dit qu'ils l'auront. Voilà. C'est leur paye, quoi. Nous, on a notre paye, eux, l'allocation est leur paye. Donc ces

[132] Source : Synthèse des rapports d'activité 2010 des MDPH, CNSA, 2011, p. 21
[133] Rapport Briet-Jamet, 2004, p. 11
[134] Entretien réalisé par Gwenaëlle Perrier.

personnes-là, on essaye de se battre pour qu'ils aient un minimum de revenus quand même.

Attribuer les prestations dans un délai raisonnable paraît donc être une qualité de service due aux usagers du fait de la précarité qui est la leur. Cela est dû également à la situation des personnes handicapées, notamment depuis que les personnes malades du cancer ou du SIDA ou de maladies évolutives peuvent bénéficier de la PCH. L'introduction de ces pathologies dans le champ du handicap a eu pour conséquence de créer des procédures spécifiques pour les cas d'urgences. En effet, l'application de la procédure standard à ces personnes a donné lieu à des situations extrêmement déstabilisantes pour les patients et les travailleurs sociaux, comme nous le raconte cette médecin (EC1-2), et deux assistantes sociales (EC1-2 et 3) qui travaillent ensemble dans une équipe d'évaluation dans une antenne décentralisée du Conseil général, à propos de la soumission d'un « projet de vie » (Vidal-Naquet, 2009 ; Vidal-Naquet *et al., 2011)*, comme le veut le texte de la loi, pour une demande de PCH, dans les mois qui ont suivi l'entrée en vigueur de la loi de 2005 :

Q[135] : Vous, quand vous avez vu arriver ce formulaire en 2006, est-ce que vous vous rappelez de ce que vous en avez pensé de ce projet de vie ? Parce que c'est quelque chose qui n'était pas demandé avant.

EC1-2 : La loi venait de sortir, on parlait de projet de vie, c'était assez innovant parce qu'on prenait en compte le projet de la personne, et c'est vrai qu'aujourd'hui on a un plus de recul et c'est peut-être ça qui me permet de me dire que le projet de vie c'est un grand terme qui veut dire qu'on prend en compte le projet de la personne et qui est parfois déplacé, pas adapté à la situation. On pourrait donner plein d'exemples. Mais quand on arrive, comme tu disais, sur des pathologies de cancer, où on sait que le pronostic est très engagé, que la personne le sait, évidemment on ne passe bien de parler de projet de vie.

EC1-1 : C'était terrible cette femme, qui est décédée depuis, qui avait un cancer du pancréas.

EC1-3 : On était retournées ensemble après pour la deuxième visite et en fait j'avais été sollicitée, je ne sais plus par quel biais, et puis elle n'était pas en capacité de se déplacer donc j'y étais allée en me disant : « on va faire formuler la demande et puis je ferais l'évaluation dans la foulée ». On remplissait le dossier ensemble et puis arrivé au projet de vie, je dis : « écoutez, je vous laisse le soin d'y mettre ce que vous voulez et vous me le retournerez ». Elle me l'a retourné comme ça : « un projet de mort, je n'ai rien à vous dire là-dessus ».

La question de ces pathologies a amené les MDPH à modifier leurs procédures standards pour ces cas d'urgence[136]. La loi de 2005 prévoyait effectivement la possibilité de demander une PCH en urgence. La CNSA a produit une fiche synthétique de la procédure d'urgence[137]. Les MDPH ont intégré à leur fonctionnement des procédures spécifiques pour gérer les dossiers extrêmement urgents, comme dans cette MDPH :

[135] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot et Gwenaëlle Perrier.

[136] L'article 2 de l'arrêté du 27 juin 2006 « portant application des dispositions de l'article R. 245-36 du code de l'action sociale et définissant les conditions particulières dans lesquelles l'urgence est attestée » établit que « la situation est considérée comme urgente lorsque les délais d'instruction et ceux nécessaires à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour prendre la décision d'attribution de la prestation de compensation sont susceptibles soit de compromettre le maintien ou le retour à domicile de la personne handicapée ou son maintien dans l'emploi, soit de l'amener à supporter des frais conséquents pour elle et qui ne peuvent être différés ». (http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000241217&dateTexte=vig)

[137] http://www.mdph-971.fr/fiches-pratiques/PDF/Fiches_CNSA/FicheCNSA_procedure_d'urgence.pdf

RA MDPH T[138] – 2010 – p. 15

Les délais d'évaluation sont extrêmement variables selon les situations. Un rang de priorité est déterminé lors du premier regard médical, à partir duquel le travail est distribué à l'équipe ; ce rang peut être modifié à la demande de l'usager ou d'un service. La réactivité de l'équipe pour les maladies à évolution rapide est désormais garantie ; à l'autre extrémité du tableau se trouvent les situations à la limite de l'éligibilité.

Dans une telle présentation, le temps mis à traiter le dossier correspond aux besoins de l'usager. Plus ceux-ci correspondent aux missions de l'institution, plus celle-ci peut accélérer ses procédures et faire preuve d'efficacité : elle est dessinée pour répondre à ce type d'urgence. A l'inverse, plus le dossier est éloigné des préoccupations de l'institution, plus son traitement sera retardé. Dans une telle présentation, l'institution affirme donc bien sa légitimité par son efficacité à traiter de façon correcte les cas qui relèvent réellement de sa compétence.

Le retard accumulé (aujourd'hui supérieur dans la MDPH T à celui des COTOREP) provient essentiellement – selon le management de cette structure – à un afflux de dossiers non pertinents. Les personnels de cette MDPH T peuvent se mobiliser et prioriser le dossier en fonction du type d'urgence. En revanche, la MDPH affirme clairement qu'elle ne peut prendre en considération l'ensemble des problèmes sociaux qu'une même personne peut rencontrer.

EXX-T – agent-e de guichet[139]

L'accueil, y'a pas grand-chose à dire. C'est surtout savoir où en est le dossier et les aider à remplir où en est le dossier. On ne les aide pas dans leurs démarches extérieures, à chaque fois on les renvoie sur des assistantes sociales parce que si on devait traiter les impôts ou la Sécurité sociale, etc., etc., on ne s'en sortirait pas. Déjà qu'on finit tard, donc, en plus, si on devait faire ça, à huit heures on est encore là

La MDPH se protège du « débordement du social » (Dubois, 2010a ; Jeannot, 1996 ; Warin, 2002)qui affecte l'ensemble des institutions chargées de rendre effective la protection sociale en établissant une distinction claire entre les politiques du handicap et les politiques d'assistance. **La MDPH est le guichet uniquement du handicap**. La MDPH segmente donc dans les demandes celles qu'elle est à même de traiter. Elle ne traitera pas les demandes qui ne relèvent pas explicitement du handicap.

Ainsi, la MDPH C, pour réduire le flux de dossiers entrants qui ralentissent le traitement des demandes a renforcé ses liens avec les autres institutions du social, tout particulièrement les CCAS, pour qu'ils ne renvoient vers elle que les dossiers répondant aux critères de la MDPH, c'est-à-dire de trier en amont les dossiers en fonction des demandes :

EXX-T – responsable de pôle

Q : Donc ça serait aux agents administratifs des CCAS de leur dire : « ceux qui ont un handicap, vous nous les envoyez », et pas ceux qui ont des demandes, n'importe lesquelles, pour vérifier qu'elles ne sont pas liées au handicap, c'est ça ? Donc ça demande d'avoir une définition a priori de ce qu'est un handicap.

R : Ce que le CCAS devrait plutôt connaître c'est la législation. Une aide ménagère, c'est pas la MDPH.

Q : Mais quelqu'un qui vient pour une aide ménagère, sa demande, un travail d'accès au droit (je pousse au crime), on peut dire : vous n'avez pas le droit à l'aide ménagère, mais votre situation vous permettrait d'avoir accès à une aide technique dans le cadre de telle chose et donc, dans le cas où, aller voir si.

[138] Nous modifions ici le codage des MDPH pour ne pas les rendre identifiables dans le reste du rapport.
[139] Entretien réalisé par Gwenaëlle Perrier.

R : Oui. Mais les gens viennent au guichet du CCAS en disant : « je viens faire un dossier pour la MDPH », on leur donne le dossier pour la MDPH et on les aide parfois à remplir (parce qu'on reconnaît si les gens ont écrit ou si c'est un agent, qui ne signe, bien que ça lui soit suggéré), et il dit : « y'a un handicap et il voudrait une aide ménagère ».

Q : Il devrait savoir que ça ne va pas marcher, c'est ça ?

R : Oui. C'est exclu. Parentalité, ménage, c'est exclu. Les agents devraient être formés à la législation sociale, il me semble. Quelqu'un qui demande une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, qui demande un reclassement professionnel à qui l'on dit : « c'est pas la peine de cocher quel métier vous faisiez ni quel métier vous avez envie de faire », on ne pourra pas traiter sa demande. Et ça, la CRAMIF, le service social de la CRAMIF qui a comme priorité la prévention de la désinsertion professionnelle, qui a une convention avec nous pour l'évaluation des besoins de la personne handicapée (...) nous dit : « dépêchez-vous parce que sinon elle va être licenciée » - « Oui, mais il faisait quoi ? Il veut faire quoi ? » - « Je ne sais pas, j'ai pas demandé ».

Cette MDPH – qui accumule de nombreux retards – met explicitement en cause l'évidence de l'obligation faite de répondre en des délais courts aux demandes des individus. Elle oppose alors rapidité et qualité de la prise de décision. Dans son rapport d'activité, la CNSA reconnaît que respecter les délais n'est pas nécessairement respecter les droits de l'usager.

Sujet qui donnait lieu à de très fortes critiques dans l'ancien dispositif, spécialement pour les COTOREP, les délais de traitement des demandes restent l'un des indicateurs significatifs de la qualité du service rendu. Cet indicateur doit toutefois être relativisé, car rapidité ne saurait être synonyme de qualité dans l'étude de toutes les demandes.[140]

Cette MDPH mobilise également une figure de l'usager différente de celle mobilisée par la seule logique managériale. L'entrée dans le monde du handicap est un enjeu qui mériterait un temps spécifique de réflexion : toutes les demandes ne pourraient donc être traitées en 4 mois.

Rapport d'activité 2010 MDPH T – p. 15

En 2010, l'équipe pluridisciplinaire adultes a achevé de se qualifier sur l'ensemble des prestations et services relevant des compétences de la CDAPH et peut désormais conduire des évaluations globales. Ainsi, la MDPH est à jour pour engager l'évaluation des demandes d'orientation en établissement médico-social, mais sauf urgence, *ce travail dépasse souvent le délai légal car il s'agit pour l'usager et ses proches de prendre des décisions lourdes de conséquences.*

Dans cette MDPH T, les évaluateurs doivent traiter davantage de dossiers en renouvelant systématiquement des cas indiscutables (« un sourd congénital, il n'entendra jamais » (EXX-T), sans s'enquérir d'éventuelles modifications de la situation sociale. Cette option qui vise à résorber le stock de dossiers en souffrance – au prix de la mise en place de procédures spéciales – provoque une vive résistance de la part des évaluateurs. Cette résistance aux procédures visant à résorber les stocks accumulés provoque également des remous dans la MDPH V qui ploie également sous le nombre de dossiers en attente :

E17-V – Médecin MPDH

Je suis à des premières demandes qui datent du mois de juin [*entretien réalisé au mois de décembre*]. Donc, on est hors délais, on en est désolé. Mais voilà. Et ça, c'est cette réflexion qu'on doit avoir en se disant : « comment est-ce qu'on peut faire? ». Alors, soit on accepte que ça soit, pour moi, moins de qualité, mais, moi, je ne peux pas faire comme ça. Après, c'est chacun fait comme… Soit on se bat pas pour, mais

[140] Source : Synthèse des rapports d'activité 2010 des MDPH, CNSA, 2011, p. 20.

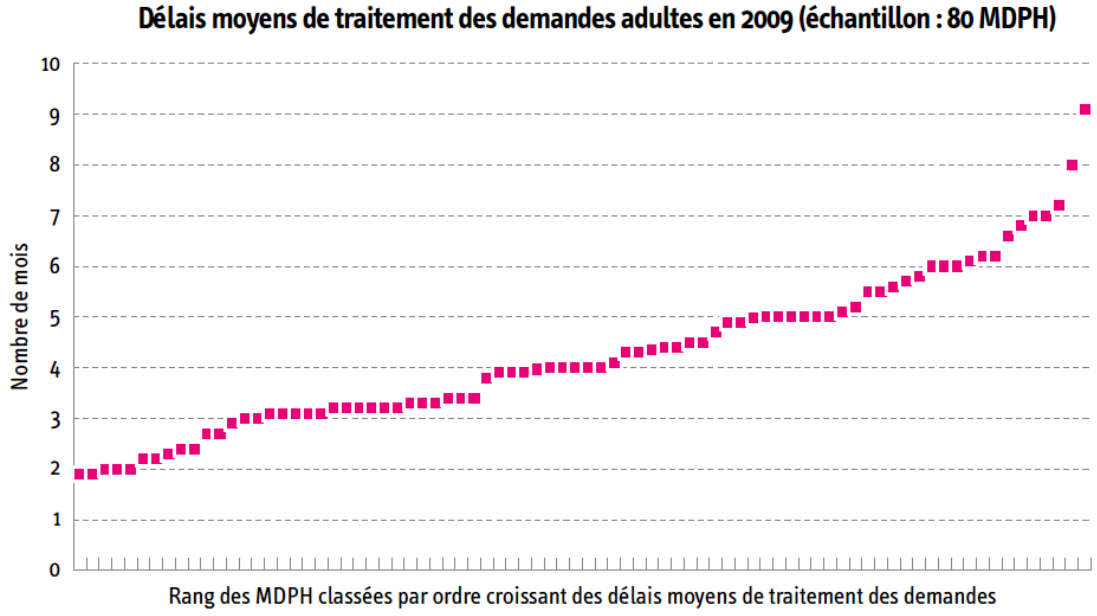
> je veux dire chacun à ses responsabilités. C'est aussi de recruter des médecins, de se battre pour les trouver, enfin je ne sais pas moi. Et de se dire… Mais c'est difficile parce que, en fait, des fois, on pourrait se dire : on va donner un coup de bourre pendant, je ne sais pas, trois mois, mais là on ne s'en sort pas.

L'opposition entre la qualité et l'efficacité est ici mobilisée pour s'opposer à la naturalité du timing comme source de légitimité.

Interactions administratives

La question des délais est donc à envisager en fonction des caractéristiques de la population – qui ne peut rester en attente d'orientation scolaire, en attente de prestation, qui ne peut être en « rupture de droits ». Il convient de compléter cette lecture en termes de réponses des administrations aux besoins de leur population par une autre lecture qui prenne la question des délais non plus comme un problème de management interne, comme un problème d'organisation, mais comme **l'indice des rapports entre institutions chargées de définir les normes et les pratiques d'évaluation, les institutions chargées de l'évaluation des usagers et celles chargées de payer les prestations**. En somme, les délais sont un outil de coordination du travail administratif et de spécification des responsabilités.

Les MDPH offrent des délais de traitement des dossiers très variables d'un département à l'autre, même si la moyenne des délais se trouve à 4.2 mois pour l'année 2010, soit proche des obligations légales. Mais cette moyenne cache des écarts extrêmement importants, comme le montre la synthèse des rapports d'activités effectuée par la CNSA sur les rapports 2010[141] :



La disparité des situations montre que la réponse à l'urgence de la situation ne peut être considérée comme le seul critère qui explique la force de l'injonction au respect des délais. Comme le demandait Daniel Carpenter, « Why do some agency decisions take longer than others, even when they are made under identical structure, agency structure and administrative procedures ? » (Carpenter, 2003b, p. 27). Répondre à cette question suppose de considérer les enjeux d'organisation comme la traduction d'enjeux politiques portant sur les relations qui existent entre la MDPH et ses partenaires institutionnels.

[141] Source : Synthèse des rapports d'activité 2010 des MDPH, CNSA, 2011, p. 20

Comme le notent la plupart des rapports d'activité des MDPH, les délais dépendent des prestations. En cause : la difficulté et la nouveauté que représentent certaines prestations, notamment la PCH. Le rapport Blanc de 2006 notaient déjà le temps mis par les équipes à réaliser les évaluations de PCH.

> Rapport d'activité MDPH T 2010, p. 48
>
> Les délais d'attribution de cette prestation restent une difficulté importante, les modalités de l'évaluation étant complexes et coûteuses en temps (visite à domicile). Ces délais entraînent des attributions avec de grandes périodes de rétroactivité du droit ce qui complexifie l'évaluation, l'exercice du droit d'option et la mise en paiement (car les familles ont perçu l'AEEH et ses compléments durant toute la période d'évaluation de la PCH)

Cet extrait de rapport d'activité indique que la question des délais est aussi un sujet qui peut affecter les relations entre les partenaires institutionnels de la MDPH. Comme l'indique ce rapport d'activité, le retard accumulé dans l'attribution de la PCH complexifie le travail des agents du CG chargé de mettre en paiement les prestations. L'encastrement de la MDPH dans un réseau interdépendant conduit à ce que son travail et de possibles retards puissent affecter la situation des autres institutions partenaires. L'introduction de la norme des délais permet alors de clarifier les responsabilités face à l'enchevêtrement des processus décisionnels. Dans ce département, la situation est encore complexifiée par le fait que les PCH attribuées par la CDA ne donnent pas toutes lieu à des mises en paiement. Nos entretiens dans les autres départements ne nous ont pas permis de phénomènes équivalents, ce qui ne signifie toutefois pas qu'ils n'existent pas. Dans le département T, le problème des PCH non acquittées – et potentiellement dues par le CG aux usagers – était, au moment de l'enquête, l'objet d'une vive controverse entre les services du CG et la MDPH. Le montant global de ces PCH que le CG pourrait être amené à acquitter serait d'environ 12 millions d'euros (Entretien services CG département T). 33 demandes d'aides humaines en PCH sur 100 demandes validées seraient effectivement mises en paiement. En cause, le fait que dans ce département le regroupement des pièces administratives nécessaires à la mise en paiement est assurée par les services du CG et non par la MDPH. Conscient des difficultés que peut poser aux usagers le fait d'avoir à composer une deuxième un dossier administratifs pour une prestation pour lequel le droit a été attribué, les services du Conseil Général et de la MDPH s'affrontent sur le point de savoir à quel moment de la demande ces pièces devraient être demandées, arguant qu'une complétude du dossier exigée plus tôt risquerait de rendre encore plus de dossiers irrecevables. Le rapport d'activité 2010 de cette MDPH notait ainsi :

> Rapport d'activité – MDPH T – 2010, p. 48
>
> Les relations entre la MDPH et les différents financeurs (convention CAF / CG / MDPH) bien que transparentes pour les usagers, sont encore à fluidifier et à améliorer afin de diminuer le délai entre la décision et la mise en paiement de la prestation

L'incertitude sur la procédure produit des tensions, la réputation de la MDPH étant qu'elle accumule les retards (entretien services CG département T). Entre les deux services, qui dépendent l'un de l'autre pour réaliser leur travail, le conflit porte sur la responsabilité de chacun des services dans l'accomplissement de la part de mission qui lui revient. L'interdépendance entre les services tient à la distinction entre le service payeur (le CG) et le service évaluateur (la MDPH), distinction qui assure que les droits ne sont pas attribués en vertu d'une seule logique comptable. Mais cette distinction peut également produire une sévère restriction dans l'accès au droit des personnes handicapées, y compris lorsque le droit est accordé par la CDAPH.

> EXX-T
>
> Q : Si on entre dans le concret, qu'est-ce qui n'est pas fluide dans ces relations ?

R : Ça touche beaucoup, mais, ça, je pense que ça n'est qu'un des symptômes, aux questions informatiques : « c'est mal instruit de votre côté et je ne peux pas instruire de mon côté ». Ça, c'est une première chose. Parce qu'on a quand même fait un protocole, y'a trois ans, de transmission des dossiers après CDA. Puisqu'après la CDA, les décisions sont prises, les dossiers sont transmis aux financeurs – donc, pour l'AAH : la CAF ; pour la PCH : le CG. Et il nous manque un tas de pièces, à chaque fois. Enfin, d'abord les dossiers sont transmis au compte-goutte, il manque des pièces alors qu'on a tout un protocole pour parvenir à payer dans les quarante-cinq jours après la CDA, et il n'est pas tenu du tout, du tout. *En fait, on a découpé le procès, enfin, voilà, les responsabilités de chacun à chaque moment du procès, et on n'en sort pas*. Ça fait trois ans et il nous manque les pièces. Et puis, le fond du fond c'est que [une personne de l'encadrement de la MDPH] considère qu'elle n'a pas à récupérer les pièces comptables. C'est vrai qu'elle n'a pas à le faire, mais, en même temps, du point de vue de l'usager, c'est beaucoup mieux.

Q : Elle n'a pas à les récupérer auprès de l'usager ?

R : Oui, voilà. Alors que c'est tellement plus logique au moment de la constitution du dossier.

Q : Si on la suit elle, ça voudrait dire que c'est au CG, ici…

R : C'est ce qu'il se passe dans les faits.

Q : Dans les faits, ça veut dire qu'une fois qu'ils ont instruit leurs dossiers, qu'il est notifié (donc c'est déjà un certain temps), que c'est instruit en CDA, que la notification est partie (ce qui peut prendre encore un certain temps), après ça, il faut qu'ils viennent ici, au guichet, donner leur RIB et leur…

R : Oui qu'ils envoient. Ils disent : « mais ça y est, c'est passé, qu'est-ce qu'il se passe ? » - « non monsieur. D'abord, je n'ai pas reçu votre dossier. La MDPH ne me l'a pas envoyé. Vous dites que vous avez une notification, moi, je ne sais pas ».

Q : Vous, vous n'avez pas de notification ?

R : On ne les a pas forcément en même temps. Ils doivent normalement les envoyer au CG et ne même temps aux personnes. Et puis, très souvent – alors, après le vrai du faux, je ne sais pas –, mais très souvent, nos agents disent : « les personnes ont leur notifs et, nous, on ne les a même pas ». Donc, ça, c'est une chose. Ou alors : « oui, madame, j'ai vu votre notification, mais je n'ai pas votre dossier, je ne peux pas l'instruire ». Et puis après : « dans votre dossier, il manque telle ou telle pièce, donc il va falloir me les envoyer ». Alors que dans le protocole, il est dit que les équipes de la MDPH essayent de récupérer toutes les pièces, mais qu'en aucun cas ça ne retard le passage en CDA s'il manque les pièces comptables. Ce qui paraît logique. Mais bon. Je pense que, fondamentalement, il y a une conviction [d'un agent d'encadrement de la MDPH] : « voilà, nous, on est dans le social, on ne s'occupe pas du paiement ». Et du coup, ça bloque. Je pense qu'il n'y a pas que ça, mais…

Ces difficultés dans la transmission des dossiers dans les délais impartis mettent en porte-à-faux les guichets dépendants du travail des autres guichets administratifs dans leurs relations aux usagers. Mais ces difficultés dans la transmission et la complétude des dossiers posent également des problèmes de gestion budgétaire des prestations sociales. Les délais dans le traitement des dossiers par la MDPH ont produit, dans ce département T (comme dans d'autres départements), une montée en charge de la dépense plus lente, qui continue à se faire sentir, tandis que, dans d'autres départements, les montants de la PCH tendent à se stabiliser. Cette montée en charge progressive a permis au département de faire face à la charge que représente la PCH sur les comptes du département

La question des délais permet d'établir les responsabilités de chaque segment administratif dans une chaine de travail multiniveaux qui tend à rendre plus complexe l'attribution des responsabilités et la reddition des délais. Dans les systèmes multiniveaux, « there are risks of attribution errors in responsability. Decisions are made in reality by actors other than those

(the most visible) regarded as authorised decision-makers by the people or the affected communities » (Papadopoulos, 2010, p. 1035). Le décloisonnement des « silos » administratifs voulu par les nouveaux formats institutionnels (Bezes *et al., 2005)* auquel répond la création des MDPH finit par provoquer des modes de travail transversaux qui limite les capacités d'identification des responsabilités des différents segments administratifs. La norme de délais permet de séquencer à nouveau, par le temps, les étapes de passage des dossiers dans chaque bureau administratif – et d'établir les responsabilités de chacun des services impliquées. Les délais apparaissent alors comme un instrument de contrôle des espaces bureaucratiques laissés à la discrétion de chaque segment administratif.

Troisième Partie

L'autonomie, entre effectivité et légitimité

Nous avons montré jusqu'à présent quelles logiques avaient présidé à la mise en place des MDPH (première partie) et nous avons étudié ce que font les MDPH au concret, en mettant en évidence la façon dont les associations participent aux délibérations de la CDAPH dont les pratiques sont progressivement définies par une culture « maison » et dont les MDPH produisent les usagers, dans les interactions concrètes au guichet ainsi que dans les différentes modalités professionnelles d'appréhension du travail administratif au contact des populations en situation de handicap.

Ce travail concret des MDPH, produit de logiques partiellement différenciées, entre gouvernement de l'administration et logique de l'usager, est donc assuré en respectant des injonctions qui peuvent sembler contradictoires. Le travail des agents de terrain est fait de ces dilemmes pratiques, entre objectifs partiellement incompatibles.

Cette situation rend difficile l'évaluation du travail des MDPH. En vertu de quels objectifs juger la qualité de leur activité ? Nous proposons ici d'envisager l'activité des MDPH à partir de leur capacité à structurer le champ du handicap. Nous proposons ici de prendre au sérieux et de questionner l'intitulé de « guichet unique » en nous demandant si ce guichet unique est un sas d'orientation dans l'espace du handicap ou une « façade » sans réelles assises.

Il s'agit ici de questionner la position que les MDPH occupent dans cet espace. De quelle autorité disposent-elles pour imposer les décisions qu'elles prennent ? Parviennent-elles à faire travailler ensemble des institutions prises dans des logiques dissociées (par exemple, les associations de parents handicapées et les structures de l'Education nationale) ? Parviennent-elles à assurer la régulation de ce secteur, en dépit de la faiblesse juridique de leur mandat et des moyens limités dont dispose le secteur face à la « demande infinie » (Foucault, 2001) ?

Nous allons donc poser dans cette troisième partie la question de l'autonomie des MDPH. Nous verrons que la quête de cette autonomie s'effectue en poursuivant deux objectifs contradictoires. Des MDPH autonomes pourraient produire des évaluations fondées exclusivement sur

une analyse approfondie des besoins de la personne, au risque de ne pouvoir assurer effectivement la prise en charge des personnes et de ne pas optimiser l'occupation des places disponibles. A l'inverse, la quête de l'effectivité tend à se faire au détriment de l'autonomie de l'évaluation, par la production d'une expertise « sous contrainte de l'offre ». Cette expertise – qui intègre l'offre à la production de la décision – amène à maximiser l'effectivité des décisions prises, au détriment de la quantification des besoins réels. C'est tendue entre ces deux logiques que les MDPH construisent leur réputation et tentent d'assurer leur pérennité.

Nous verrons successivement comme cette quête d'autonomie amène à critiquer fortement des tentatives perçues comme exogène d'imposition d'une expertise. Nous étudions à ce propos la tentative de reprise en main du pilotage de l'AAH par les services déconcentrés de l'Etat dans le courant des années 2011-2012 et la façon dont le travail du TCI est perçu par les MDPH.

Dans un second temps, nous montrons à l'inverse que les MDPH peuvent travailler avec des partenaires extérieurs (les établissements et les services de l'EN) à condition que ceux-ci soient dotés de ressources incontournables, et tout particulièrement, celle de rendre effective les décisions prises.

Chapitre 1 **La lutte pour l'autonomie**

Engagées dans une lutte pour leur pérennité, les MDPH se sont efforcées de définir le périmètre et les frontières de leur compétence. L'opposition entre « l'intérieur » et « l'extérieur » de la MDPH est mouvant en fonction des situations. Dans un département, les équipes d'évaluation de la PCH sont implantées dans des Maisons du Département, y compris dans le chef-lieu où se trouve la MDPH, et placées sous la hiérarchie du DGA Solidarité. Le directeur de la MDPH n'a donc pas autorité sur ces équipes qui élaborent pourtant des plans d'aide transmis à la MDPH. Dans ce département, les rapports entre les EP et l'équipe de la MDPH sont extrêmement conflictuels. Dans un autre département, le directeur de la MDPH a réussi à obtenir la hiérarchie sur ces équipes de TMS qui sont installées en Maisons du Département. Sur des fonctions aussi essentielles, d'une MDPH à l'autre, le périmètre de l'intérieur et de l'extérieur n'est donc pas objectivement défini par le texte de loi, mais soumis aux modalités de l'implantation locale. Ce périmètre est également mouvant du point de vue subjectif. Ainsi, si l'extérieur désigne globalement des institutions situées matériellement hors de la MDPH, notre étude montre que les MDPH ont développé et multiplié leurs points d'ancrage avec les institutions qui évoluent dans le champ des politiques du handicap. En développant ces partenariats, les MDPH ont assuré leur « multiplicité », soit ce que Carpenter *(2000)* désignait comme une condition de l'autonomie des capacités administratives : **être le point de connexion des réseaux d'un champ, représenter pour les différents acteurs du champ un point de passage obligé**. Mais à la différence de ce qu'analysait Carpenter, ces points d'appui ne se situent pas « à l'extérieur » de la MDPH, mais en son sein.

Notre étude nous montre que **l'autonomie de la MDPH est contrariée** non par le fait qu'elle entretienne de nombreuses relations avec le monde du handicap, mais **par le fait que ces points de connexion se situent sur ce que les MDPH ont défini comme leur cœur de métier : l'évaluation**. Nous proposons de désigner comme une ***multiplicité internalisée*** ce type d'échanges avec l'environnement qui prend pour appui ce que l'institution est censée produire. Ce type de multiplicité, internalisée et non extériorisée, produit des effets inverses. Au lieu de multiplier les points d'ancrage et de diffusion de la « réputation » de la MDPH, elle montre combien la MDPH peut être submergée par les intérêts de son environnement, combien elle peut être parfois contournée, combien son expertise dans la production de la régulation nuit à la construction de l'unicité de l'expertise. A l'inverse, dans la perspective de Carpenter, cette multiplicité contribue à construire la « réputation », fabriquée par la diffusion de l'image dans une multiplicité de sphères, multiplicité de réseau politiques qui rend indispensable et incontournable l'institution. A l'inverse, **la capacité de très nombreux acteurs et institutions à peser sur l'évaluation ou à produire des**

évaluations reprises ensuite par la MDPH nuit à la fabrication et à la diffusion de cette réputation d'expertise incontournable.

Ce point nous semble central, en ce que nous pouvons distinguer **deux positions différentes des MDPH** selon que la contestation de l'expertise est perçue par la MDPH comme venant de ***ce qui est identifié de l'extérieur ou comme venant de l'intérieur***. Les MDPH critiquent en réalité moins le fait que des expertises concurrentes puissent essayer d'influer sur son « métier » que le fait que ces expertises soient produites « hors les murs ». Pourtant, moins qu'une question de périmètre, c'est la question de la production d'une expertise qui est centrale – qu'elle se produise dans ou hors les murs – pour la construction de la réputation.

Nous allons dans le premier chapitre de cette partie nous intéresser aux **résistances formulées par les MDPH à l'égard de deux types d'expertises perçues comme étrangères à la MDPH** : il s'agit des expertises concurrentes fabriquées par la **DDCS** et par le **TCI**. Nous montrerons que les MDPH ont réagi ou réagissent à ces tentatives de peser sur le contenu de leur travail par des mécanismes de protection et de résistances. Nous étudierons successivement, comme illustration de ces mécanismes de résistance, la façon dont les MDPH ont réagi à la volonté de l'administration centrale (DGCS) de reprendre le pilotage de l'AAH et la façon dont les MDPH anticipent la contrainte extérieure du contentieux du handicap produit par le TCI, auquel elles opposent une expertise spécifique sur un droit peu formalisé : le droit du handicap.

Comment l'Etat (im)plante son arbre (de décision) ? Production et usage d'un instrument d'attribution d'une prestation sociale en période d'austérité

L'AAH est une allocation financée par l'Etat, versée par la CAF et attribuée par la CDAPH après évaluation de l'EP[142]. En se retirant des territoires, l'Etat n'a pas transféré l'AAH aux départements. Il continue donc à financer une prestation sans pouvoir contrôler l'évolution de son attribution. L'AAH est définie par la DCGS comme une prestation « dynamique ». Le nombre de bénéficiaires est en augmentation croissante. L'AAH, dont le montant se situe toujours sous le seuil de pauvreté, a été revalorisé de 25% sur 5 ans lors du quinquennat de Nicolas Sarkozy. Dans le même temps, une action de « pilotage » de l'AAH était entreprise par la DGCS avec le soutien de la DGME du Ministère des Finances et du Budget. Nous allons ici essayer de retracer cet épisode qui a animé l'ensemble de la période sur laquelle cette enquête s'est déroulée.

Cet épisode est en effet révélateur à plusieurs titres. Tout d'abord, il montre la difficulté de l'Etat central à couper dans les dépenses de protection sociale, en raison de la forte mobilisation associative, mais aussi dans le cadre de cette structure multiniveaux qui caractérise le champ du handicap.

[142] Partie rédigée par Pierre-Yves Baudot

Cet épisode révèle également, à l'étude de la réception de cette entreprise de « pilotage », la résistance que les MDPH ont souhaité opposer à ce « contrôle » de leur activité. Pour les MDPH, la DDCS représente un partenaire délégitimé par la loi de 2005 qui lui a retiré la tutelle des CDES et des COTOREP, un partenaire rendu responsable du non-acquittement de la dette de l'Etat, un partenaire suspecté de vouloir couper subrepticement dans les droits reconnus aux individus. Dans ce contexte, l'opération pilotée par la DGCS à destination de ses DDCS est comprise comme une intrusion dans le fonctionnement des MDPH. Les réactions des managers des MDPH vont donc être plutôt négatives. Nous analyserons successivement comment la réforme de l'AAH correspond à des modalités classiques de repli de l'Etat Providence, avant de montrer que pour mettre en œuvre cette réforme, l'Etat, privé d'accès aux guichets de l'aide sociale, a dû renoncer à la production d'outils contraignants, ne pouvant se reposer que sur des outils procéduraux non contraignants, en inventant un « arbre de décision ». Nous nous demanderons pour finir à quoi sert cet instrument, puisqu'il ne semble pas que le volume (numéraire et monétaire) de l'AAH ait baissé. L'instrument ne vise donc peut-être pas uniquement à faire diminuer le nombre d'allocataire et le coût de cette prestation pour l'Etat.

La révision de l'AAH comme repli de l'Etat Providence

Confrontés à une « austérité durable » (Pierson, 2002), les Etats providence peuvent répondre de différentes façons en fonction des « régimes » sur lesquels ils sont fondés. Certaines réponses sont communes, d'autres tiennent à la spécificité de chaque régime (continental-bismarckien, libéral, social-démocrate) (Esping-Andersen, 2007). Parmi ces solutions partagées par tous les régimes d'Etat Providence, se trouvent la compression des prestations sociales qui se réalisent via quatre outils essentiels : le durcissement de l'éligibilité, la réduction de la durée de prestation, l'activation et la réduction des montants de prestation (Van Oorschot and Boos, 2000).

La réforme de l'AAH[143] répond en partie à ce type de politique de « repli (*retrenchment*) de l'Etat social » (Pierson, 2001).

En effet, du point de **l'activation**, l'AAH autorise désormais le cumul d'un revenu du travail avec l'AAH dans un plafond limité (Bertrand, 2013).

Du point de vue de **l'éligibilité**, la réforme de l'AAH réalisée par le décret du 12 novembre 2010 modifie la base de calcul des ressources prises en compte pour le calcul des droits, en procédant à une évaluation trimestrielle des ressources d'activité. Le surcroît de démarches administratives peut constituer un coût important pour les personnes handicapées et, surtout, produit finalement un abaissement du plafond de ressources en fonction des périodes travaillées. Etalées sur l'année, des ressources liées à l'activité

[143] Cette prestation concerne, fin 2011, 957 000 personnes (4,6 % de plus en un an, + 16% en 5 ans), pour un budget de 7,2 milliards d'euros (*Les Echos*, « Allocation aux Handicapés : près d'un million de bénéficiaires », 28 juin 2012). Fin décembre 2012, la prestation concerne 963 129 personnes en décembre 2012 (source : http://www.caf.fr/etudes-et-statistiques/donnees-statistiques/solidarite-et-insertion, consulté le 29 avril 2013)

temporaire pourraient ne pas faire passer le demandeur au-dessus du plafond, ce qu'une déclaration trimestrielle peut produire en limitant la possibilité d'étalement des ressources sur une période plus longue[144].

Toujours en ce qui concerne **l'éligibilité**, un second décret de révision de l'AAH (le décret du 18 août 2011) définit la clause de « restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi » (RSDAE) qui conditionne le versement de l'AAH et qui était venue remplacer « l'impossibilité de se procurer un emploi » qui déterminait le versement de l'AAH-2 avant l'adoption de l'article 131 de la loi n°2006-1666 du 21 décembre 2006 de finances pour 2007[145]. Le décret de 2011, suivi d'une circulaire[146], prévoyait une application restrictive de cette RSDAE comme le souligne le rapport d'Aline Archimbault au Sénat du 17 novembre 2011 :

> Pour les associations de personnes handicapées, cette approche a minima s'apparente à un « filtre » visant à exclure de l'AAH des personnes pourtant handicapées, donc à diminuer le nombre d'allocataires.[147]

Un cadre de la CNSA confirme en effet que le nouveau décret est plus restrictif sur certains aspects, mais que compte tenu de la diversité des pratiques d'attribution de l'AAH, ce décret allait finalement peut-être avoir des effets positifs :

> E157-CNSA
>
> Dans ce décret, y'a des choses qui sont plus restrictives parce que, par exemple, quelqu'un qui travaille en milieu ordinaire, au moins à mi-temps, est forcément exclu de l'AAH alors qu'auparavant, c'était pas le cas. Donc on pouvait considérer par exemple une personne qui travaille, pile un mi-temps, mais qui ne pourra jamais travailler plus en raison de son handicap, pouvait tout remplir les conditions de la RSDAE, c'est plus le cas. (...) On a beaucoup de MDPH qui nous ont dit que pour eux ça allait ouvrir ; y'en a quelques-unes qui nous ont dit : « pour nous, c'est plus restrictif par rapport à ce qu'on faisait ». C'est variable. Ça dépendait vraiment des positionnements qui avaient pu être pris en interne et sur quoi on s'était mis d'accord sur ce dont on disposait avant, c'est-à-dire pas grand-chose

Ces textes réglementaires viennent tardivement préciser le sens de la RSDAE. Pendant ces années, de 2007 à 2011, de nombreuses disparités se sont fait jour dans les pratiques des MDPH qui ne disposaient d'aucun texte venant encadrer cette notion de RSDAE. Le rapport d'activité 2009 de la

---

[144] Décret n° 2010-1403 du 12 novembre 2010 modifiant les modalités d'évaluation des ressources prises en compte pour le calcul des droits à l'allocation aux adultes handicapés. JO, n°265 du 16 novembre 2010, p. 2041

[145] Article 131 : Le premier alinéa de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés : « L'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne qui remplit l'ensemble des conditions suivantes : « 1o Son incapacité permanente, sans atteindre le pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, est supérieure ou égale à un pourcentage fixé par décret ; « 2o Elle n'a pas occupé d'emploi depuis une durée fixée par décret ; « 3o La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles lui reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, précisée par décret »

[146] Circulaire N° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011 relative à l'application du décret n°2011-974 du 16 aout 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation.

[147] Rapport d'Aline Archimbault au Sénat, au nom de la Commission des Affaires Sociales, le 17 novembre 2011, p. 13. Consultable ici : http://www.senat.fr/rap/a11-109-6/a11-109-6.html

CNSA expliquait un tiers des disparités d'attribution de l'AAG aux disparités d'évaluation en fonction des MDPH :

> Les travaux statistiques conduits dans le cadre du groupe de travail avec le concours de la DREES ont mis en évidence les déterminants des écarts de taux d'admission entre les départements :
>
> - les deux tiers de ces écarts peuvent s'expliquer par la différence des facteurs sociodémographiques
>
> - taux de pauvreté, taux de demandeurs de prestations liées au handicap, part des plus de 45 ans dans la population, proportion des demandeurs d'emploi travailleurs handicapés dans l'ensemble des demandeurs d'emploi, part des ouvriers dans l'emploi ;
>
> - *un tiers relèverait de pratiques d'évaluation différentes. Cela est lié notamment à des organisations différentes des MDPH* (composition de l'équipe pluridisciplinaire et l'appel variable à des expertises externes - Pôle emploi, Cap Emploi…). *La marge d'interprétation des textes sur les critères d'éligibilité est également responsable de pratiques diverses.*[148]

En 2010, un rapport au Sénat déposé par Albéric de Montgolfier, Auguste Cazalet et Paul Blanc reprend cette interprétation au moment de faire état d'importantes disparités entre département liées à la disparité des interprétations des textes réglementaires d'une MDPH à l'autre :

> Ces disparités seraient ainsi principalement imputables aux divergences de perception du taux d'incapacité de 50 % et aux interprétations très diverses par les CDAPH de la notion de RSDAE.[149]

Pour ce qui concerne **la réduction de la durée d'attribution des droits**, elle est réalisée à travers le décret du 18 août 2011 limite l'octroi de l'AAH-1 (pour les personnes ayant un taux d'incapacité supérieur à 80%) à des périodes de 1 à 5 ans maximum (au lieu de 10 ans) et l'AAH-2 (attribuée au titre l'article 821-2 du CASF, donc à des personnes ayant un taux d'incapacité compris en 50 et 79%) pour une période de un à deux ans maximum[150].

Toutefois, à la différence des modalités classiques de repli de l'Etat-Providence, **cette révision de l'AAH s'accompagne d'une revalorisation de 25% en 5 ans,** revalorisation conduite sur le quinquennat de Nicolas Sarkozy, à l'issue d'une mobilisation associative initiée par l'APF sous le slogan « Ni Pauvres, Ni Soumis » qui avait notamment donné naissance à une manifestation de rue le 29 mars 2008. Cette revalorisation s'accompagne toutefois d'une économie chiffrée par le gouvernement à 63 millions d'euros[151].

La révision de l'AAH doit donc s'entendre comme une forme de repli de l'Etat Providence.

---

[148] Rapport d'activité 2009 de la CNSA, p. 87. Nous soulignons.

[149] Rapport d'information fait au nom de la commission des finances (1) et de la commission des affaires sociales (2) sur l'évaluation des coûts de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), par MM. Albéric de MONTGOLFIER, Auguste CAZALET et Paul BLANC, Sénateurs. Sénat, 13 octobre 2010, p. 28. Consultable ici :

[150] Décret n° 2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation. JO, n°190 du 18 août 2011, p. 14018.

[151] Rapport Montgolfier, Cazalet, Blanc, *op.cit*, p. 38

Le rejet des outils contraignants

Ce décret d'août 2011 prévoyait initialement trois articles, et non pas deux comme en comporte sa rédaction finale. Le troisième article de ce décret portait sur l'introduction d'une symétrie entre AAH et PCH, en établissant une règle de majorité spécifique pour les attributions d'AAH, ce qui revenait à renforcer la position de l'Etat : le décret prévoyait une majorité de 4/5 pour l'attribution d'une AAH, ce qui revenait à devoir obtenir l'assentiment des quatre représentants de l'Etat (sur 21 votants) pour pouvoir attribuer l'AAH. Le pilotage local étant assuré par la DDCS, il était attendu des représentants Etat qu'ils se comportent de façon uniforme. Cela revenait finalement à accorder pour l'attribution de l'AAH le privilège de majorité dont dispose le CG dans l'attribution de la PCH[152]. Ce projet avait alors provoqué une forte mobilisation associative.

> 1 – L'APF demande le retrait de l'art 3 du projet de décret
>
> Le projet de décret a pour objet de mettre en œuvre l'article 131 de la loi de finances pour 2007 prévoyant que les précisions relatives à la notion de RSDAE seront adoptées par décret simple. Or l'article 3 du projet de décret prévoit en outre la révision du processus décisionnel d'attribution de l'allocation adulte handicapé dans son entier c'est-à-dire de l'attribution de l'AAH au titre de l'article L821-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L821-2 du code de la sécurité sociale en pondérant mes voix des membres de la CDAPH dans le cadre d'un vote des 4/5 des voix appliqué pour qu'une décision d'attribution de l'AAH soit accordée. L'APF demande le retrait de l'art. 3 du projet de décret qui d'une part outrepasse l'article 131 de la loi de finances pour 2007 qui concernait exclusivement les précisions relatives à la notion de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi mais en aucun cas de modifier les modalités d'attribution de l'allocation adulte handicapé. D'autre part cette mesure clairement introduite dans l'esprit d'un contrôle budgétaire par l'Etat des dépenses liés à l'AAH n'est pas conforme avec la mission des CDAPH destinées à prendre les décisions d'ouverture des droits au bénéfice des personnes handicapées sur la base d'une évaluation et du plan personnalisé de compensation. S'agissant plus particulièrement de l'AAH la CDAPH est chargée de se prononcer sur le taux d'incapacité. Cette mesure est dès lors inappropriée.[153]

La transformation des modalités d'attribution de l'AAH a aussi provoqué des réactions politiques dans l'entourage présidentiel à l'approche de la campagne électorale de 2012 :

> Entretien Marie-Anne Montchamp, 25 mars 2013
>
> L'esprit de la loi, c'est celui d'une coresponsabilité. Mais dans une période qui est éminemment politique, moi il m'apparaissait qu'on ne pouvait pas se payer le luxe d'aller bricoler même de loin l'esprit de la loi, parce que tous les observateurs étaient en position de regarder (...) Soit on repose le problème en grand, et dans ce cas là on dit, on construit l'après 2005 et on ose affronter le

---

[152] Art R241-27 du CASF : « Cependant, lorsque la décision porte sur l'attribution de la prestation de compensation, les voix sont pondérées en fonction de la règle suivante : lorsque le nombre N1 des membres présents de la commission qui représentent le département est inférieur ou égal au nombre N2 des autres membres présents ayant voix délibérative, un coefficient X égal à (N2 + 1)/ N1 est appliqué aux voix des représentants du département. Dans cette hypothèse, la voix du président n'est jamais prépondérante ».

[153] « Avis de l'APF sur le projet de décret et la circulaire DGCS relatifs à la notion de RSDAE - restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi applicable à l'AAH L.821-2 », 12/04/2011 : http://www.reflexe-handicap.org/media/01/00/1018091243.pdf

> sujet, soit on reste en l'état, et là cette approche qui était une tentative administrative de repositionner l'Etat, quelque part, était transgressive dans l'esprit. Et les associations étaient à fond [contre].

Cet article est supprimé par une annonce présidentielle de Nicolas Sarkozy, lors de la deuxième conférence nationale du handicap qui se tient en juin 2011.

> J'ai entendu à cet égard les craintes des associations concernant le projet de décret sur le fonctionnement des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. J'ai donc demandé à Roselyne Bachelot et Marie-Anne Montchamp de surseoir à la publication de ce texte, d'en renégocier le contenu, notamment l'article 3, en veillant à clarifier le rôle de chacun, comme le prévoit la loi de 2005. On a suffisamment de difficultés, vous et nous, à résoudre, ne créons pas de difficulté. S'il y a un malentendu, prenons le temps d'en discuter.[154]

La suppression de cet article 3 du décret est vécue comme une défaite importante par la DGCS qui y perd le levier juridique qui lui aurait permis d'imposer la restriction de l'AAH. En effet, dans le même temps, après arbitrage entre l'ARS et la DGCS, ce sont les DDCS issues de la RGPP qui se voient confiées la politique du handicap et le soin de piloter l'AAH au niveau local[155]. La création des ARS avait pourtant amené un grand nombre de fonctionnaires spécialisés dans le sanitaire et social à quitter le niveau départemental pour le niveau régional. La situation des DDCS dans la politique du handicap est donc difficile.

> E63-DDCS
>
> Puisqu'il y a eu un cafouillage monstrueux au moment où des DDCS et DDCSPP ont été créés. Cafouillage tel que les instances nationales avaient carrément oublié que les DDASS géraient le handicap. Et alors, y'a eu un cafouillage sur l'attribution de la mission handicap entre l'ARS et les DDCSPP. Y'a eu un gros cafouillage et du coup, y'a eu un vice au départ de la création des DDCS puisqu'ils n'ont pas comptabilisé dans les effectifs à donner au DDCSPP les personnels qui s'occupaient du handicap. Ils les ont laissé à l'ARS. Donc, ils ont créé des DDCSPP sans les effectifs correspondants mais tout en lui gardant, conservant une mission d'ordre général sur le handicap. Donc, beaucoup de directions ont protesté en disant : « non, on n'a pas les moyens de cette politique, donc on ne fait pas. On ne fait pas parce qu'on ne peut pas tout faire, on a plein d'autres missions. En plus, on est interministériel donc ça complexifie encore les choses ». Mais, nous, là, dans [département], on a réussi, on a pu le faire. On a maintenu une présence en CDAPH.
>
> E139-DDCS
>
> Et dans ces attributions, on a les personnes handicapées. Pour le coup, ça, c'est pas une mission fusionnée, c'est une mission nouvelle par rapport, si vous voulez, aux troupes qui sont arrivées, qui ont constitué les DDCS. Donc, au départ, petite réticence collective par rapport à cette mission-là pour laquelle nous n'avions pas d'effectifs dédiés, et puis, aussi, petite réticence par rapport à un problème de positionnement qui n'est pas complètement évident.

---

[154] Discours de Nicolas Sarkozy, président de la République à la Conférence Nationale du Handicap, 8 juin 2011. Source : http://www.vivrefm.com/podcast/2011/06/08/1700-le-discours-de-nicolas-sarkozy-a-la-cnh-2011/.

[155] Circulaire N°DGCS/SD3/2010/97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale sur le champ de la politique du handicap

> Les DDCS sont donc privées d'outils de sanction et ils sont également peu présents dans les commissions. Quand ils sont présents, le faible poids qu'ils représentent en termes de voix mais aussi en termes d'expertise sur les dossiers les prive d'une véritable influence sur les décisions prises. Ce problème est encore renforcé par le fait que les DDCS ont longtemps été discréditées par les dettes accumulées par l'Etat vis-à-vis des MDPH du fait de la non-compensation des postes laissés vacants par les refus de mise à disposition.

Des outils de pilotage procéduraux : l'invention de « l'arbre de décision »

C'est dans ce contexte de faiblesse institutionnelle que les DDCS doivent définir des leviers qui leur permettent de jouer au niveau local le rôle de pilotage de la politique du handicap qui leur est confiée par une instruction d'août 2011, puis dans une conférence réunissant l'ensemble des DDCS à Paris le 14 septembre 2011 par Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Affaires Sociales[156]. Avant même la suppression de cet article 3 du décret AAH, de nouveaux outils de pilotage avaient été testés par la DGCS suite à une opération menée par un cabinet de consulting et la DGME (Direction générale de Modernisation de l'Etat) de Bercy entre décembre 2010 et juin 2011. L'émergence de ces outils de pilotage non contraignants ne peut donc être perçue comme la conséquence du rejet des outils de *command and control via* le droit que l'administration ne parviendra pas à obtenir du politique. Toutefois, la suppression d'un ensemble d'instruments (l'inverse donc du *layering* (Mahoney and Thelen, 2009)) produit cependant des effets identiques aux processus de *layering*. En effet, la superposition de couches instrumentales peut amener à transformer les objectifs poursuivis par chacun des instruments pris séparément. En l'occurrence, le « désempilement » d'instruments de *command and control* et d'instruments souples provoque une mise en évidence de la faiblesse des outils appliqués à un projet politique d'envergure.

Il s'agit en effet d'une volonté de réforme politique risquée politiquement pour au moins deux raisons. Première raison : elle touche aux allocations versées de longue date à un segment de population particulièrement légitime. Ainsi, l'annonce de la révision de l'AAH a provoqué localement de nombreuses réactions associatives, comme celle-ci, racontée par un agent de la DDCS :

> E139
>
> Je pense qu'en CDAPH, si on voulait se battre contre un dossier, par exemple, je crois qu'il faudrait y mettre énormément d'énergie, de forces et de convictions pour arriver à emporter l'avis de tout le monde. Vous savez, quand on a tenu notre CDCPH il y a quelques mois, et qu'on a présenté cette réforme de l'AAH – c'était à l'ordre du jour de la CDCPH – la réaction des mouvements associatifs, texto, ils m'ont dit : « Monsieur le directeur, on vous a à l'œil ». Texto. Un des représentants d'un collectif d'associations m'a dit : « on vous a à l'œil », avec le sourire, gentiment parce que qu'on se connaît, mais quand même, il l'a dit.

[156] Instruction du gouvernement N° DGCS/MASSP/4C/2011/328 du 5 août 2011 relative au déploiement de l'expérimentation pour l'amélioration de l'attribution de l'allocation adulte handicapé.

Deuxième raison, déterminante selon Pierson : cette réforme n'est plus conduite dans le cadre d'un Etat centralisé, mais dans un système multiniveaux où les points de *veto* sont plus nombreux et les acteurs plus nombreux à convaincre. Ce système multiniveaux permet plus facilement « d'esquiver la responsabilité » de la coupe menée dans les programmes de protection sociale (Pierson, 2001, p. 177). En ce sens, la suppression des instruments de contrôle juridique affiche encore davantage cet « évitement du blâme » (Weaver, 1986), en rejetant sur les niveaux inférieurs le soin de mettre en œuvre cette politique qui diminue les prestations en l'absence de commande explicite venue du centre. Les directeurs de MDPH ne s'y trompent pas quand ils évoquent une diminution discrétionnaire du nombre de bénéficiaires de l'AAH :

> EC3-AD-MDPH
>
> On a un certain nombre de collègues qui ont dû quitter le navire face à ces injonctions. Parce que, déontologiquement, c'est insupportable. Parce que, juridiquement, en terme de responsabilité personnelle et individuelle, c'est insupportable. C'est pas évident quand ces choses-là ne sont pas écrites, ne sont pas assumées publiquement. Il est bien évident que si demain, la MDPH s'amuse à ne pas attribuer l'AAH entre 50 et 79 à certaines personnes qui en auraient le droit au motif qu'il faut faire diminuer, le jour où une situation comme celle-là viendra en émergence par les médias et que sais-je encore, évidemment, c'est le directeur de la MDPH qui sautera. On lui dira à ce moment-là qu'il n'a pas fait son boulot correctement, qu'il n'a pas respecté les textes et que c'était de sa responsabilité. Donc on a un certain nombre de collègues qui ont quitté le navire pour ces raisons, dans des conditions, parfois, d'ailleurs, extrêmement difficiles. On a quand même eu connaissance de situations pas anecdotiques, en terme de volume, de collègues qui ont été virés du jour au lendemain, qui se faisaient convoquer dans le bureau du président du conseil général ou du directeur général du service pour dire : « voilà, monsieur, le lien de confiance est rompu », « madame, le lien de confiance est rompu », « on a mis fin à votre contrat », ou « vous occuperez d'autres fonctions », dans des conditions très brutales.

Ceci explique que les différents acteurs investis puissent proposer des interprétations concurrentes du sens du dispositif de la révision de l'AAH. Ainsi pour l'ADF, l'enjeu du transfert des dépenses d'AAH vers le RSA se lit dans les porteurs de projet :

> E205 - ADF
>
> Q : Parce qu'on sait que la DGCS avait essayé de revenir dans le pilotage des politiques du handicap, et notamment de l'AAH, à travers un arbre de décision, ça c'est passé dans le courant de l'année dernière.
>
> R : Oui, c'est pas la DGCS. C'est la direction de modernisation d'État. Donc ce qui en disait long sur l'intention de réduire à tout prix l'AAH. En plus, à la DGCS, pour la connaître, c'était le bureau des minima sociaux et pas la direction du handicap. Donc on voyait bien que cette réforme de l'AAH qu'on a combattue, et sur laquelle on veut revenir, notamment, sur les délais de tous les deux ans, il y avait une vision qui était de dire : « de faire basculer les gens dans le RSA ». (...) L'État accuse les départements de ne pas réduire l'AAH, et nous, on accuse l'État de vouloir substituer l'AAH au RSA.
>
> Q : Cette lutte contre cette reprise de pilotage, elle avait pris quelle forme ? Comment vous avez essayé de revenir sur…

R : C'est bien de la prise de pilotage. C'est bien sûr la DGME qui a piloté ça, donc elle avait bien cette intention-là. Mais, localement, l'État social local, avec la cohésion sociale, n'existe plus. Il n'y a personne, il n'y a rien.

Au sein même des administrations du social, l'orientation « réduction des prestations » comme « meilleure administration d'une prestation en vertu des droits » se fait également entendre à la CNSA :

E155-CNSA

Ce n'est pas forcément avec la DGCS qu'on est en désaccord, c'est éventuellement avec le Budget, Bercy. À la DGCS, il y a aussi des techniciens… Le chef de bureau [anonyme], est plus proche de cette vision-là que ne l'est le bureau d'à côté AAH dans la même DGCS, qui eux sont dans des missions « bercyéennes », gestionnaire et comptable. Voilà.

En revanche, du côté de la DGCS, l'objectif revendiqué n'est pas la réduction du nombre de bénéficiaires, mais l'attribution de l'AAH aux personnes handicapées. La mission de réduction du coût de la prestation sur les finances publiques est renvoyée à Bercy

E214-DGCS

Le but est d'améliorer le pilotage, pas de réduire le nombre de bénéficiaires. On n'est pas la Direction du budget. L'objectif n'est pas de faire baisser le nombre de bénéficiaires, mais d'assurer l'efficience de l'allocation de la prestation

E207-DGCS

Le référent AAH est allé en CDAPH, il a porté vraiment son rôle, c'est-à-dire donner un avis objectif sur les textes, il a apporté quelque chose aux débats pour faire en sorte que les décisions soient prises dans le sens des textes, pas pour éviter à quelqu'un d'avoir l'AAH, vraiment essayer de montrer que y'a des gens qui l'ont qui ne devraient pas l'avoir, mais y'a aussi des gens qui ne l'ont pas qui devraient l'avoir. Essayer de montrer que l'objectif de l'État n'était pas de baisser les dépenses, mais de donner la bonne allocation à la bonne personne. Ne pas faire de l'AAH sociale. Ce n'est pas son but.

Toutefois, parce qu'il s'agit d'un système multiniveaux, l'Etat n'implante plus directement ses réformes. Dans le cas du handicap, comme dans d'autres systèmes de politiques publiques, et à la différence d'autres secteurs où la « ruse de la mise en œuvre » (Dubois, 2010b) peut apparaître plus clairement, en ce que la chaîne de commandement paraît plus nette entre l'Etat central et le petit fonctionnaire (la CAF, l'asile : (Dubois, 2010a ; Siblot, 2006 ; Spire, 2008), l'Etat ne dispose plus de guichets lui permettant d'agir - directement ou de façon rusée – sur la distribution des prestations sociales. Le système des commissions constitue une **trappe à responsabilité.** A l'opposé du principe « décideur-payeur » que mettait en place l'article 3 finalement supprimé du décret AAH, le système de la commission empêche l'identification du responsable.

E3 – CNSA

R : Ça a été envisagé un moment, ce qui est : qui paye, décide. Mais tant que vous avez une CDA, si chacun, dans la commission décide ce qu'il paye, au bout d'un moment, vous n'avez plus de commission. Donc on peut faire ce choix-là, mais dans ce cas-là, il faut dire : « on casse la CDA ». Alors, là où ça va être compliqué, c'est qu'on peut dire que l'État décide pour l'AAH, on peut dire que le conseil général décide pour la PCH, ça, ça va à peu près. Mais, après, c'est beaucoup plus compliqué : la RQTH ? Qui décide ? Qui paye ? Les

orientations en établissements : alors, si c'est le conseil général, c'est le conseil général ; si c'est la sécu, c'est l'État ; mais si c'est mixte, comment on fait pour les aménagements mixtes ?

Dans le même temps, ce système de commissions dilue la capacité d'initiative.

E139-DDCS

R : Il est clair que l'AAH c'est une allocation d'État, c'est un minimum social d'État, une prestation assurée par l'État, *qui est sous-traitée en quelque sorte aux MDPH, aux départements* ; qui, dans un certain nombre de circonstances, peut être une alternative au RSA (ou en tout cas, peut être conçue comme telle)

Q : Mais pas avec le même financeur. Le RSA, c'est pas l'État qui finance.

R : Oui. D'où l'enjeu, évidemment. Parce qu'on a confié, peut-être avec une certaine imprudence, la gestion de l'AAH aux départements, mais pour le coup, l'AAH est bien restée une prestation État. (*nous soulignons*)

Dans ce cas, l'application des « politiques du guichet » - c'est-à-dire le fait de laisser les guichets décider de la rigueur avec laquelle est décidée l'attribution des prestations (Dubois, 2010b) – est encore rendue plus délicate du fait que les acteurs locaux (le Conseil Général) dispose de la hiérarchie sur les fonctionnaires du guichet et qu'il a directement intérêt à ne pas implanter la politique de restriction de l'AAH, les demandeurs se reportant alors sur l'allocation qu'il finance, le RSA. Le lien entre les deux est clairement établi par un agent de la DGCS que sa position incline à incriminer les CG :

E207-DGCS

On a fait des études [à la DGCS] et on s'est aperçu – c'est d'ailleurs assez troublant – tous les départements (pas tous, j'exagère), on va dire l'immense majorité des départements où l'AAH 2 explose sont, à l'inverse, des départements où le RSA est excessivement bien maitrisé ; et inversement. C'est-à-dire qu'on a vraiment un tableau, c'est assez bluffant, où on a du vert de rouge, et puis ça s'inverse. Là, je vous dis, c'est troublant. Ça a été confirmé avec une donnée que nous a donné la CNAF qui sont les personnes à l'AAH, qui étaient dans un autre dispositif (le RSA, entre parenthèses), l'année d'avant, et là, on retrouve les mêmes départements où il y a une explosion de ces personnes bénéficiaires de l'AAH qui, en fait, un an avant, étaient au RSA. Donc passage d'un dispositif à l'autre.

Les DDCS qui sont chargés « d'améliorer le pilotage de l'AAH » ne sont d'ailleurs pas dupes des implications politiques que cette mission recèle : transférer des bénéficiaires de l'AAH au RSA :

E139

Maintenant, il faut savoir quel rôle on veut nous faire jouer aussi dans ce dossier-là. Parce que c'est aussi, quelque part, un dossier, quand même, éminemment politique, et qui n'a absolument pas échappé, pas une seule seconde, aux associations et surtout à nos amis du département, n'est-ce pas ? D'autant moins que lorsque la couleur du département n'est pas la couleur du gouvernement qui réforme. Ça a changé depuis une quinzaine de jours (sourire) – avant c'était pas comme ça. Parce qu'on est évidemment immédiatement soupçonné, et pas forcément à tort d'ailleurs, de vouloir faire fonctionner les vases communicants. C'est évident. Alors, intellectuellement, ça se défend complètement parce que ce qui relève du RSA doit relever du

RSA et ce qui relève de l'AAH doit relever de l'AAH, et l'AAH n'a pas vocation à se substituer au RSA ou être une solution de facilité

C'est dans ce contexte que les outils procéduraux sont mis en place. Ils ne témoignent pas uniquement d'une adaptation de l'Etat central aux ressources qui sont les siennes, mais également **des enjeux politiques relatifs aux réductions de prestations sociales destinées à des populations légitimes** (les outils les plus contraignants sont appliqués aux populations les plus stigmatisées (Ingram and Schneider, 1993) et enfin de la complexité qu'il y a à modifier le comportement d'acteurs portés à résister parce qu'il s'agit de leur faire endosser **la responsabilité de ce rétrécissement du périmètre de l'Etat social**, rétrécissement qui se reportera quasi-mécaniquement sur leur budget. En somme, les outils mis en place sont procéduraux non pas uniquement parce qu'il s'agirait d'une « nouvelle gouvernance » (Salamon, 2002), ou parce que la pression des populations oblige à une action visant à « éviter le blâme » mais surtout parce que **l'initiative rencontre une vive résistance des élus locaux** qui contrôlent les modalités d'attribution des prestations : la ressource du guichet.

L'interdiction faite d'employer des instruments contraignants renforce cependant le poids des instruments souples qui ont été définis par la DGME et la DGCS.

A compter de décembre 2010, la DGME et la DGCS mènent en effet une expérimentation qui sera ensuite élargie à l'ensemble des départements. Dans ce cadre, une expérimentation a été conduite par huit directions départementales, avec l'appui de la DGCS et la DGME entre décembre 2010 et juin 2011 aux fins d'améliorer le pilotage territorial des modalités d'attribution de l'AAH. Il s'agissait, d'une part, de construire les outils d'un diagnostic relatif à l'action de l'Etat en CDAPH et, d'autre part, de concevoir et tester les instruments d'un meilleur pilotage de l'allocation. Elle a permis de redéfinir le rôle et les complémentarités de chacun des acteurs dans la politique en faveur des personnes handicapées et de réaffirmer clairement le rôle de l'Etat au sein des MDPH.[157]

Cette opération a été menée sur un mode managérial participatif visant à faire adhérer les DDCS au dispositif[158]. Elle visait à identifier un « référent AAH » dans chaque MDPH pour constituer un pôle de spécialité au sein de la DDCS et pour identifier un interlocuteur chargé des échanges avec la MDPH. Elle s'est appuyée ensuite sur une politique de formations réalisées par la DGCS pour les DDCS et par la CNSA pour les MDPH. Cette absence de formations croisées serait liée, selon les promoteurs de ces opérations du côté de la CNSA, à la différence « d'expertise » entre les DDCS qui découvrait le secteur du handicap et les MDPH qui étaient beaucoup plus avancées dans la maîtrise des règles et usages du secteur.

---

[157] Instruction du gouvernement N° DGCS/MASSP/4C/2011/328 du 5 août 2011 relative au déploiement de l'expérimentation pour l'amélioration de l'attribution de l'allocation adulte handicapé.
[158] L'opération est racontée par *Acteurs Publics* : http://www.acteurspublics.com/2012/08/30/des-criteres-unifies-pour-accorder-l-allocation-handicape

O4 – Réunion des directeurs – CNSA – novembre 2011

Un directeur de MDPH prend la parole pour regretter que la formation prévue pour les MDPH et les DDCS par cohorte régionale ne soit pas commune. Il regrette également qu'il n'y ait pas eu de formation prévue de la CNSA. La CNSA répond que le différentiel de compétences entre DDCS et MDPH aurait rendu « cacophonique » un tel plan de formation. Les DDCS sont qualifiées de « débutantes » et les MDPH « d'expertes ».

Du côté de la DGCS, ces formations croisées n'ont pas vu le jour du fait du refus des acteurs associatifs de voir la DGCS procéder à la formation des membres de CDAPH et de la résistance des autres acteurs de l'Etat local (UT-DIRRECTE) qui n'ont pas accepté que la DGCS les forment sur un secteur de politiques publiques sur lequel ils sont également présents :

E207-DGCS

R : Je précise bien : la Direction de la cohésion sociale n'a pas formé les membres des CDAPH, elle a formé les services de la cohésion sociale qui siègent en CDAPH. C'est pas tout à fait pareil. Donc c'était un p'tit peu ambigu et un p'tit peu difficile comme positionnement pour la DGCS parce qu'on aurait bien aimé pouvoir d'adresser à tout le monde, mais les têtes de point des différents réseaux, elles, ne voulaient pas. On nous trouvait illégitimes à parler devant les UT DIRECCTE et les DIRECCTE, par exemple.

Q : La concurrence était entre acteurs de l'État local ?

R : Tout à fait. Et aussi les associations. Je pense que les associations ne voulaient pas que la DGCS s'exprime directement aux associations. Par contre, elles nous ont demandé, par contre – une grande fédération d'association, en tout cas, nous a demandé des supports de présentation de la démarche pour la faire devant ces réseaux locaux

Le contenu de la formation vise en effet à accroître l'expertise des DDCS en cherchant à améliorer leur « niveau de pilotage » : la formation consiste essentiellement à présenter le dispositif MDPH, les modalités de prise de décision, les textes règlementaires et les outils possibles d'accompagnement dans l'emploi. La RGPP et la REATTE ont en effet vidé les DDCS de leur personnel qualifié en politiques sociales qui ont rejoint les ARS, tandis que les DDCS ont hérité des personnels de la Jeunesse et Sport, ce qui n'est pas suscité – y compris au sein des administrations du social – de fortes réticentes sur la capacité à piloter des politiques publiques :

E207-DGCS

Parce que les référents que vous évoquiez de Jeunesse et Sports, des référents AAH étaient profs de sport quelques temps avant. Donc ça fait un changement. Ils ne connaissent rien à cette politique de handicap. Notre ambition était donc de les former aussi à tout ça. Malgré toutes ces limites, ces difficultés, etc., on a réussi à les convaincre, je crois, de la pertinence de la démarche et notre volonté aussi. En leur donnant vraiment des outils pour être légitime en CDAPH. Parce que certains – et je l'entends encore aujourd'hui, mais beaucoup moins – c'est (je ne parle même pas pour un ancien prof de sport, mais quelqu'un qui a peu de bouteille dans la politique sociale) quelle est la légitimité en tant que fonctionnaire vis-à-vis d'un médecin sur les questions de handicap ?

L'évaluation menée par le cabinet de consulting (Ernst&Young) en juillet 2012 mesure d'ailleurs une évolution du niveau de compétence des DDCS :

> Si au départ 69 des 96 DDCS ne connaissent pas les rôles et les responsabilités sur l'AAH, 90/96 considèrent ensuite que les rôles et responsabilités sont explicités et reconnus. Cette évolution se retrouve sur le rôle du référent AAH : 92 sur 96 disposent désormais d'une vision précise de leur rôle.[159]

Enfin, elle a abouti à la fabrication d'un « arbre de décision » (présenté ci-joint et annexé à la circulaire du 27 octobre 2011). Cet arbre vise initialement à permettre à la DDCS de s'approprier les critères de définition de la RSDAE, mais vise également à être diffusé aux autres acteurs de la CDAPH qui disposent ainsi d'un outil devant constituer une aide à la décision déterminante. Toutefois, dans la pochette de formation distribuée aux DDCS, cet arbre de décision est accompagné de plusieurs mentions intéressantes qui témoignent des précautions prises par la DGCS pour exercer cet encadrement des pratiques d'évaluations des EP et des décisions de la CDA :

> Commentaires généraux sur l'outil
>
> Cet outil n'apporte pas de *réponse catégorique mais laisse tout le champ libre à la CDAPH pour reconnaître ou non une RSDAE* en fonction du rapport de l'EP
>
> L'arbre de décision va de pair avec le décret et la circulaire sur la RSDAE
>
> Cet arbre n'a aucune valeur légale. Il n'est *pas opposable.*[160]

De fait, l'arbre ne peut servir à motiver des décisions de rejet d'attribution de l'AAH. Seule des notifications fondées sur le décret et la circulaire sont recevables et peuvent résister à un éventuel contentieux.

Des options plus volontaristes ont pu être choisies plus localement. Elles ont pu conduire les DDCS à se heurter à de fortes résistances de la part des MDPH :

> E157-CNSA
>
> Alors les MDPH ont vu arriver parfois – je ne généralise pas – des représentants de l'État qui voulaient presque participer aux équipes pluridisciplinaires et décider d'attribuer l'AAH (je schématise). C'était pas du tout le message au niveau national : nous, on a été associé au comité de pilotage du projet pilote AAH, c'est pas du tout les messages qui ont été passés et, voilà, les gens qui ont été au comité de pilotage ont trouvé que c'était contre-productif parce qu'on n'allait jamais y arriver si c'était sur un positionnement comme ça. Donc y'a eu, effectivement, ça, un p'tit peu difficile

L'outil est donc peu contraignant et ne peut prétendre à lui seul modifier les pratiques d'attribution de l'AAH.

A quoi sert l'instrument ?

Pourtant, l'un des critères d'évaluation de l'opération « d'amélioration du pilotage de l'AAH » pose l'indicateur suivant :

> Dans quelle mesure l'amélioration du pilotage a-t-elle eu un impact sur la réduction des disparités territoriales, vers la maîtrise de l'évolution des

---

[159] DGCS, *Améliorer le pilotage de l'AHH.1er bilan du déploiement de l'AAH. Démarche d'évaluation,* juillet 2012, p.7

[160] « Fiche technique RSDAE n°1 : Arbre de décision ». Dossier de formation des référents AAH par la DGCS.

> dépenses et du nombre de bénéficiaires et la mobilisation pour l'accompagnement dans l'emploi ?[161]

De ce point de vue, la DGCS reconnaît que la mise en place de l'arbre de décision n'a pas modifié de façon perceptible l'attribution de l'AAH :

> E207-DGCS
>
> Après, la question c'est : est-ce que ça va se traduire dans les données statistiques par une baisse ou par une hausse ? Je dirais, le ministère du Budget espère pour une baisse. Aujourd'hui, ça continue d'augmenter. C'est-à-dire que si on analyse les données chiffrées qui correspondent au temps du déploiement du projet, on a – si on est vraiment très pro projet – on dirait qu'il y a un frémissement vers une meilleure maitrise parce que l'augmentation est moins rapide, mais elle existe toujours. Y'a une décélération de l'augmentation, mais y'a quand même une augmentation. La question des départements expérimentateurs se pose puisqu'ils sont rentrés avant tous les autres dans la démarche, donc on pourrait penser que le frémissement est plus important chez eux qu'ailleurs. Je vais être honnête avec vous : non. Ce n'est pas plus important, voire même, c'est pire qu'avant. Sauf dans un département : le Jura. « C'est pire qu'avant », j'exagère. C'est pareil qu'avant, on va dire. Y'a pas de changement. Dans le volume, ça continue d'augmenter.
>
> Q : Le volume c'est le nombre de bénéficiaires et dépenses.
>
> R : Oui. Donc y'a pas de maitrise. En tout cas, on ne sent pas la décélération qu'on peut percevoir dans d'autres départements

On peut attribuer cette absence de résultats à plusieurs facteurs.

Le premier renvoie au mauvais paramétrage de l'outil, si tant est que son intention soit de diminuer le nombre de bénéficiaires. Plusieurs de nos interlocuteurs – qui cherchent à critiquer, à travers l'outil le rôle de la DGCS – ont fait remarqué que l'arbre de décision est « plus souple que les critères qui sont appliqués dans notre MDPH », « que si on applique l'arbre, on va augmenter le nombre d'AAH distribuées » (E203). Mais ceci suppose que l'instrument soit employé et correctement employé. Or nos investigations montrent que deux autres hypothèses doivent être envisagées.

Un arbre qui cache la forêt ? La résistance des MDPH à une opération gestionnaire

La deuxième explication renvoie au fait que l'arbre a été peu utilisé par les EP pour décider de l'attribution des AAH. Nous manquons d'éléments pour éclairer ce point. Toutefois, notons que les MDPH ont perçu cet arbre comme une tentative d'immixtion dans leur travail et de contrôle de leur activité :

> EC3-AD-MDPH (entretien réalisé avant la formation CNSA/EP)
>
> R : on apprend que les services de la préfecture vont intervenir (on ne sait pas trop d'ailleurs dans quel cadre : c'est quelle est leur mission ? Est-ce que c'est une mission de supervision, une mission de remontée d'informations ? Donc, en gros, d'espionnage de l'activité des MDPH). Donc c'est vrai que ça reste assez flou, quand même. Et on ne sait pas pourquoi, d'un seul coup, l'État a confié une nouvelle mission à ses services extérieurs sur le champ du suivi particulier de l'allocation adulte handicapé. Donc comment ça va se mettre en place ? Quel impact ça va avoir ?

[161] DGCS, *Projet d'amélioration du pilotage de l'AAH,* non daté (septembre 2011), p. 11

Q : Roselyne Bachelot a demandé à ses DDCS de redevenir pilote…

R : Voilà. Ça reste un p'tit peu trouble puisqu'ils ne peuvent rien piloter, puisqu'ils ne sont pas habilités à participer à l'évaluation, et ils sont habilités à participer à la décision comme tout membre de la commission des droits et de l'autonomie, et en aucun cas, ils ont possibilité d'intervenir ou d'interférer sur l'exécution même de la décision et sur les décisions elles-mêmes. Donc c'est vrai que c'est extrêmement ambigu.

Ayant reçu l'information lors de la réunion techniques des directeurs de MDPH du mois de novembre 2011, ces directeurs de MDPH comprennent que cette absence d'opposabilité traduit un manque de volontarisme politique. L'usage discrétionnaire que l'administration entend faire de l'arbre est alors perçu par eux comme une façon de faire peser une responsabilité au détriment des échelons qui devraient, à leurs yeux, être réellement décisionnaires :

EC3-AD-MDPH

Ce qu'il faut repréciser c'est que cet arbre de décision qui est sur la table aujourd'hui, que tout le monde regarde avec des yeux un peu différents selon l'endroit où on est, cet arbre de décision, d'abord, il n'est pas opposable. Il ne constitue pas un cadre juridique opposable. Il constitue un outil d'aide au processus d'évaluation et au processus de décision. Donc ça n'est pas opposable et on ne peut pas motiver une décision en se fondant sur les dispositions de la circulaire et de l'arbre de décision qui y est rattaché. Et ce qui est extrêmement étonnant c'est que la CNSA fait actuellement des formations de toutes les MDPH sur la réforme de l'AAH et sur l'arbre de décision – plusieurs de mes collaborateurs y sont allés récemment.

Les directeurs perçoivent également que les dispositions présentées dans l'instrument sont plus restrictives que celles du décret :

E9-A Dir MDPH

Cet arbre va poser des problèmes légaux, parce qu'il est plus restrictif que la circulaire et que le décret

Un cadre de la CNSA confirme cette lecture devant les directeurs de MDPH

O28-CNSA – Réunion des directeurs de MDPH – juin 2012

La question 4 de l'arbre de décision n'est pas conforme au décret. C'est la question de la motivation de la personne : il faut tourner, c'est un terrain glissant, en EP, en CDA, en TCI. Le reste est dans le décret.

Le développement de cette politique de formation à un outil qui doit aider à prendre la décision sans pouvoir la motiver juridiquement tout en étant plus restrictif que le décret (sur lequel les associations s'étaient mobilisées) fait craindre aux directeurs qu'il leur revienne de mener de façon discrétionnaire une opération de réduction du nombre des bénéficiaires :

EC3-AD-MDPH

Je crois qu'effectivement, aujourd'hui, y'a une tentation pour les acteurs publics principaux, notamment les différents services de l'État et le conseil général, de reprendre en quelque sorte ou de prendre – je ne sais pas si on peut parler de prendre le pouvoir, mais du moins d'exercer un contrôle sur les décisions de la CDAPH, donc, du coup, sur, également, les évaluations faites par l'équipe pluridisciplinaire et MDPH à travers des dispositifs qui sont, soit effectivement souterrains, soit explicites, soit, pas légaux au sens littéral du terme, mais au moins, je dirais, quand même, un cadre

administratif réglementé comme c'est le cas pour l'AAH au titre de l'article L-821-2

Cette résistance à la présence de l'arbre de décision explique que son introduction n'ait pas modifié la diversité des applications locales des directives nationales. Ainsi, dans une MDPH, le directeur indique que les consignes sont de ne pas tenir compte du fait que la personne est effectivement dans une « démarche active de recherche d'emploi », comme l'indique la dernière question de l'arbre de décision :

E159

Alors, l'arbre de décision en tant que tel, je ne crois pas qu'il soit utilisé directement dans la mesure où ce qu'en ont dit les évaluateurs, c'est que finalement les questions c'était celles qu'ils se posaient jusqu'à présent – ça ne révolutionnait pas leurs pratiques – et qu'en revanche, la démarche n'était pas de contrôler que les personnes cherchaient en effet un emploi. On n'est pas dans cette démarche-là [ici, dans le département C], contrairement, visiblement, à d'autres MDPH où les évaluateurs, effectivement, ont comme consigne de vérifier que la personne est effectivement en recherche d'emploi. Nous, on n'est pas sur cette consigne-là, on est même sur la consigne inverse

Effectivement, un responsable de pôle adulte nous raconte avoir eu un échange sur la diversité des pratiques avec un médecin qui exerce dans ce département et dans un département voisin :

E164-C

On a annoncé plus de 25% pour l'AAH avec un budget pluriannuel stable. En cinq ans, j'augmente de 25%, sur une enveloppe stable il fallait bien sortir du monde. C'est malhonnête. Et c'est très gênant. J'ai discuté cette semaine avec un des médecins [exerçant également dans une MDPH voisine], je l'ai engueulé parce qu'il a convoqué en visite médicale une personne de 22 ans, il lui a demandé pourquoi – trois crises d'épilepsie par semaine – il lui a demandé pourquoi elle n'avait pas trouvé d'emploi alors qu'elle est accompagnée par Cap Emploi depuis deux ans et il lui a demandé de venir en visite médicale accompagnée des justificatifs de ses recherches d'emploi. Donc je suis allée lui rappeler qu'il est médecin, que jamais je ne lui ai demandé de s'assurer de la réalité des recherches d'emploi, que même Pôle emploi a renoncé à ça, j'ai évoqué l'idée que y'avait eu une crise économique, que y'a des choses qui se sont passées, et c'est quelqu'un qui aime beaucoup la législation, donc, là, du coup, il a été d'accord et il s'est excusé en me disant : « je n'y peux rien, [le département voisin] me donne des consignes inverses ». Ce qui est vrai.

Cette absence d'appropriation tient à la résistance des MDPH. Elle tient aussi à la faiblesse des moyens dont disposent la DDCS.

Le défaut de réputation des DDCS

Cette situation délicate tient tout d'abord au fait que les DDCS ont fini par ne plus siéger en CDAPH, du fait des problèmes de personnels suscités par la REATE (réforme de l'administration territoriale de l'Etat) :

E207

R: La DDCS avait, parfois, oublié de siéger en CDAPH (...) Vous savez qu'au moment où y'a eu la RGPP, on a divisé les ex DDASS en ARS et en DDCS, et dans certains départements, on a estimé que c'était à l'ARS que revenait la politique du handicap. Alors, ça n'excuse pas parce que le texte dit bien que la DDCS doit siéger, donc ils auraient dû siéger, mais dans leur vision des

> choses c'était : « c'est plus notre sujet » ; dans d'autres cas, c'était : la personne qui siégeait n'était plus à la DDCS, mais justement était à l'ARS, donc ils avaient perdu la connaissance, la mémoire, etc. Donc ne l'ayant plus et ne s'attachant pas à en retrouver une, au petit à petit, ils avaient perdu ce lien avec la CDAPH. Dans d'autres situations, il faut le dire aussi parce que c'est un élément important des limites aussi du dispositif, ils n'avaient pas les moyens humains.
>
> Q : Oui, parce qu'il y a eu une perte de personnels importante dans la RGPP.
>
> R : Baisse des effectifs ou stabilisation des effectifs, mais accroissement des missions.

Dans le même temps, et au moins du point de vue des DDCS, la MDPH rôde ses méthodes de travail et les possibilités d'intervention dans le travail ou dans l'évaluation des dossiers deviennent impossibles pour les DDCS :

> E63-A – DDCS
>
> Voilà, on est membre fondateur [du GIP]. Après, il se trouve que sur le plan des relations interpersonnelles, on a un lien de confiance total avec la direction actuelle de la MDPH. Donc, c'est vrai qu'on n'a pas été porté à exercer un contrôle pointu. Enfin, ce n'est même pas un contrôle. Disons qu'on leur a délégué, voilà. Je peux dire qu'on leur a délégué la mission de gérer la MDPH – ce qu'ils font très bien, d'ailleurs, je le dis au passage. Voilà. Alors, connaître le circuit de traitement des demandes d'AAH, si vous voulez, il faut se positionner du point de vue d'une direction d'Etat comme nous. Vous avez une MDPH avec des gens, avec des équipes pluridisciplinaires composées de différents corps de métiers dont c'est la spécialité, qui ont des logiciels qu'ils utilisent en permanence pour traiter les dossiers. (…) Tout ça, ça ne nous laisse pas beaucoup de place à nous pour intervenir parce qu'on a affaire à une belle machinerie bien rôdée et bien compétente, et *la clé d'entrée, pour nous, direction d'Etat, qui n'a pas pour mission de gérer directement les dossiers individuels, elle est difficile à trouver, aussi, il faut le dire.* C'est-à-dire que connaître le circuit de traitement des demandes d'AAH, on a eu tendance à se reposer sur eux parce qu'il faut voir que chaque CDAPH c'est des dossiers à la chaîne, et que si on commençait à mégoter ou à commenter le circuit de tel ou tel dossier, on en sortirait pas. On a, effectivement, tous, collectivement, une obligation d'efficacité, de rentabilité – pas de rentabilité, mais d'efficacité. *(nous soulignons)*

Le conflit sur la dette de l'Etat accroît également les tensions. Un acteur national de la DGCS nous indique ainsi, à propos d'un des départements visités, que les rapports entre DDCS et MDPH étaient extrêmement tendus, ce que l'observation d'une COMEX dans ce département nous avait laissé entrevoir :

> E207
>
> [Le département anonymisé], voilà un très bon exemple – je me rappelle très bien du référent AAH (qui n'est plus le référent AAH aujourd'hui, il a passé le relais à une autre personne), je me rappelle du premier temps de formation, ce référent m'a dit : « je n'ai pas le temps. (…). Et de toute façon, je ne peux pas rentrer dans la MDPH ». Il m'a dit : « Dans la MDPH et au conseil général, je rase les murs » (c'est son expression, je m'en souviens encore). Il y avait un blocage terrible entre le président du conseil général et le préfet. Donc ils ne s'entendaient pas du tout. Et il y a eu des changements de personnes. Il y a eu aussi une intervention de la direction générale de la cohésion sociale et les choses, petit à petit se sont débloquées.

Enfin, cette situation vis-à-vis des MDPH est enfin due au fait que les DDCS n'y sont pas présentes : les personnels DDCS dans les départements étudiés

se situent à l'accueil et dans les services d'instruction pour l'essentiel, et ces personnels ne sont pas soumis à l'autorité du DDCS mais à la hiérarchie du directeur MDPH. Ils ne sont pas donc censés être les promoteurs des outils DDCS dans le fonctionnement MDPH.

Pour piloter l'AAH, les DDCS ne peuvent donc pas compter sur une coopération naturelle d'une institution avec laquelle le conflit de réputation devient prégnant, d'autant plus que les intérêts divergent. Elles ne disposent pas de relais en son sein et ne peuvent produire aucune expertise supplémentaire du fait de leur absence des équipes pluridisciplinaires.

La voix du minoritaire : la règle contre la routine

Les DDCS ne peuvent donc plus intervenir qu'en CDAPH, **mais là encore les outils à disposition sont limités** : recours au vote, production d'une expertise propre, ouverture de l'ensemble des dossiers. Aucune de ces solutions n'est réellement efficace.

Ne disposant que d'une voix sur les 21 votants, au maximum de 3 avec le renfort éventuel (mais pas toujours constaté) des autres représentants de l'Etat), les DDCS ne peuvent compter sur le recours au suffrage pour faire valoir leur point de vue. De plus, comme nous l'avons montré plus haut (*voir 2e partie, chapitre 1*), le recours au vote est peu fréquent en CDA :

> E68-A – Médecin MDPH
>
> Enfin, y'a un vote implicite, quoi. Mais, vraiment : qui est pour, qui est contre, c'est exceptionnel, si vous voulez, quand même. C'est plutôt consensuel dans l'ensemble, en fait.

Pour se faire entendre, les DDCS sont donc obligées de faire surgir le conflit, là où les décisions sont prises tacitement par consensus, contre l'esprit de la loi. L'article L 241-5 du code de l'action sociale et des familles relatif aux CDAPH dispose que « les décisions de la commission sont prises après vote des membres de la commission ». Nos observations montrent que le recours au vote est extrêmement rare en CDA, sauf en cas de conflits. Pour ce faire, les DDCS doivent s'efforcer de convaincre avec des arguments qui sont essentiellement issus de la règle de droit

> (E15-B)
> Quand je suis en CDAPH, et que je vois dans l'intérêt de la personne, dans l'intérêt de la réglementation, quand je vois… je demande un vote, je dis là : cette approche-là, non, Madame la Présidente, je demande à ce que cette question soit soumise au vote.

Ainsi, le DDCS-adjoint du département A indique quelles sont les modalités de sa participation à la CDAPH :

> (E15-B)
> A un moment donné, je dis « non », les choses me paraissent plutôt cette approche-là. Dans la dernière CDAPH à laquelle j'ai assisté, il y avait un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui disait « l'équipe ne veut pas accorder telle chose », y'a un membre [de la CDA] qui a dit on pense que, le membre de l'EP a dit « vous connaissez mon point de vue là-dessus ». Là, je suis monté au créneau, et j'ai dit « Ecoutez, vous allez déjà m'expliquer, je connais pas votre point de vue, je veux connaître si c'est un point de vue institutionnel, un point de vue règlementaire ou un point de vue personnel,

> donc si on demande que les membres ici présents demandent à ce que l'on accorde cette carte, je souhaiterais, Madame la présidente, que ceci soit soumis au vote. Et on a accordé la carte. Si on n'avait pas été là, voyez ce que je veux dire, la personne n'aurait pas eu sa carte. Parce que par principe, la représentante de l'équipe, par principe, elle était pas d'accord. On n'est pas là… voyez, on donne, on donne pas, et si on donne pas, on motive.

Ce rappel à la règle est une des ressources principales dont dispose la DDCS. Nous avons observé en CDA un membre de la DDCS quitter la CDAPH, monter dans ses bureaux, chercher la réponse à un point d'ordre juridique. En entretien, le DDCS-adjoint revient sur cette séquence :

> E15-B
> A un moment, M. X [assistant social à la DDCS, siégeant en CDAPH] est sorti, hein, vous l'avez vu[162], il est venu nous voir[163], il est venu me faire confirmer un point de règlement.

Ce rappel pointilleux du règlement n'est pas sans poser problème aux EP qui ont tendance à valoriser leur « savoir d'usage » contre le rigorisme juridique (Dubois, 2005). Ceci n'est donc pas sans tendre les relations entre la DDCS et la CDAPH.

Un item d'évaluation de l'opération « amélioration du pilotage de l'AAH » porte d'ailleurs sur la prise en considération de la voix de la DDCS dans la commission. L'étude menée par le cabinet de consulting conclut à une meilleure écoute des arguments de la DDCS qui s'appuient finalement sur une conception que DGCS, DDCS et MDPH affirment partagée, celle de la lutte contre les AAH de « complaisance », notamment celles qui entretiendrait une « trappe à inactivité ». La catégorisation des publics est globalement partagée par la MDPH et la DDCS. Cette catégorisation les amène tous deux effectivement à distinguer schématiquement les personnes qui ne peuvent retrouver un emploi du fait d'un handicap avéré, et les personnes que la catégorisation comme personne handicapée éloigne de l'emploi :

> E139-DDCS
>
> Je me souviens – je la raconte souvent cette anecdote du gars qui avait de la corne sur les doigts à force de jouer à la PSP [*console de jeu*], qui avait une vingtaine d'années, et qui était, on va dire, avec un QI faible. Ceci dit, c'était dans [département H] un département forestier, rural, y'avait des choses à faire, ça ne le prédestinait pas nécessairement à l'AAH, et l'AAH, il était très demandeur. Parce que l'AAH ça suffisait pour la PSP et pour le canapé (sourire), vous voyez ? Bon. Je ne vais pas caricaturer à l'extrême, mais il faut y regarder de plus près, quoi. Très sérieusement. Je pense qu'un jeune, même handicapé, doit pouvoir jouer sa carte, doit avoir sa chance, il doit être accompagné. Y'a des outils pour l'accompagner : y'a les CAP emploi ; dans certains départements, y'a même des équivalents de CAP emploi, mais psy, spécialisés pour les psys, avec un certain nombre d'accompagnements ; y'a l'accès à un grand nombre de dispositifs aidés type « contrat d'accompagnement dans l'emploi » ou autre (ça change de nom régulièrement). Je pense que la vraie insertion passe d'abord par trouver un rôle social à ces personnes, et en dernière limite, parce que la société leur doit – c'est un geste solidaire – à ce moment-là, il faut effectivement recourir à l'AAH. Mais pour un jeune, vraiment, moi, ça me choque.

[162] Ceci s'est passé lors d'une CDA que nous avions observé (O5-B)
[163] Les bureaux de la DDCS ne sont pas très éloignés géographiquement du lieu où se tient la CDA.

E154- Dir MDPH

On est plutôt, nous, sur un statu quo au niveau des publics RSA/AAH dans la mesure où au final on considère qu'on n'accorde pas moins d'AAH qu'auparavant. Je suis persuadée d'autres que moi vous le diront, donc je vais aller assez vite, mais on avait plutôt tendance à accorder des AAH 2, donc moins de 80% à des gens qui auraient pu prétendre à un taux supérieur, à 80%, mais, notamment pour le handicap psychique, pour pas plomber complètement, notamment des jeunes… *Voilà. On ne va pas les caser tout de suite dans le « je ne peux pas travailler ».* Du coup, étant donné la réforme de l'AAH, là, on essaye de rétablir un peu plus justement les choses.

Les DDCS ne peuvent en tout cas évidemment pas demander à ouvrir en CDA tous les dossiers d'attribution de l'AAH, ce qui n'est pas l'objectif de ce pilotage, « sinon c'est cinq ans de délai que l'on aura » (E157-CNSA). Plusieurs centaines de demandes sont évoquées à chaque CDA dans un département étudié. La quasi-totalité de ces demandes passent sur listes bloquées, cinq cas uniquement sont discutés, comme l'indiquent les personnels de la DDCS :

E139 : C'est pas du tout un outil d'aide, finalement (sourire). Enfin, moi, je ne trouve pas.

E140 : En tout cas, s'il fallait planter un arbre de décision à chaque fois qu'il y a un dossier individuel (rire), à mon avis, vous ne seriez pas sorti de la séance du mois de janvier. Voilà. Juste un élément d'atténuation à ce que vous dites : oui, c'est vrai, ici, je pense qu'il y a une certaine rigueur et un travail fait de manière sérieuse, probablement, mais je pense qu'il n'y a pas suffisamment de dossiers qui viennent en analyse à la CDAPH, y compris avec l'usager d'ailleurs.

E139 : Alors, chaque semaine, en CDAPH, on a un listing du nombre de dossiers examinés par semaine, y'en a quand même sept cents par semaine.

E140 : Tous les dossiers compris ?

E139 : Tous les dossiers compris, enfants, adultes, etc. Donc, effectivement, il est de notre droit de dire : « je veux voir tel et tel dossier ».

Certaines DDCS ont décidé de demander à pouvoir voir, quelques heures en amont du début de la CDA, les dossiers attribués sur liste. Mais l'intervention en CDA est rendue plus complexe par le faible temps passé sur chaque dossier et par l'absence de contre-évaluations possibles. Dans un département étudié, la DDCS – dirigée par un ancien directeur de COTOREP – envoie ses équipes participer directement à l'EP, *contre l'avis de la DGCS*.

Q : Il y a une présence de la DDCS en équipe pluridisciplinaire ?

E140 : Qui n'est pas réglementaire

E139 : Ça, pour le coup, c'est moi qui l'ai souhaité parce que j'ai la culture de ce monde-là et je sais que c'est là que ça se passe. Alors, ce que je sais aussi c'est que les agents de l'ANPE, par exemple, enfin du Pôle emploi actuellement, c'est en équipe pluridisciplinaire qu'ils sont, c'est pas en CDAPH. Et leur rôle est justement d'être là pour éclairer, en particulier les médecins sur la situation du marché de l'emploi, moi, je veux savoir comment ces gens-là éclairent (sourire), avec quel genre de langue ils éclairent. C'est pour ça, je crois, que c'était une nécessité absolue que [les agents de la DDCS] s'immergent au cœur de l'action pour voir comment ça marche.

Ceux que l'instrument peut contrôler

A une vision des instruments qui feraient de ceux-ci des pilotes exerçant une fonction d'euphémisation technique des enjeux politiques (ici, au maximum, un guide qui conduirait mécaniquement à diminuer le nombre de bénéficiaires de l'AAH, ou *a minima*, une harmonisation des pratiques conduisant à une réduction des disparités territoriales), il convient de substituer une vision d'instruments permettant de mettre en relation des acteurs qui doivent collaborer sur un même sujet sans partager ni les mêmes référentiels, ni les mêmes espaces d'action. En l'occurrence, l'arbre de décision vise davantage à affirmer la présence de l'action étatique *en l'absence d'acteurs porteurs physiquement de la parole étatique.* Cet arbre de décision, partie d'un dispositif qui vise à améliorer le pilotage, vise moins à faire porter le poids de la reconfiguration publique (le repli de l'Etat, la diminution des volumes financiers de prestations), qu'à permettre à l'Etat de faire entendre sa voix sans relais de terrain pour la porter. Un agent DDCS interviewé qui est globalement critique sur la méthode et sur l'outil avance :

> E139
>
> Vous savez que l'idée est qu'on s'en aille, nous, après ? L'idée n'est pas de rester. Moi, dans mon esprit – d'ailleurs, je crois que dans l'esprit de la centrale, les premières fois qu'on en a parlé dans les réunions parisiennes : un an à deux ans, le rythme est pris, et nous, on se retire. On n'est plus dans ce schéma. Là, pour l'instant, on est dans un schéma dans lequel on apporte… enfin, intellectuellement, l'idée c'est : notre soutien, notre contribution, éventuellement notre capacité à relayer des questionnements par rapport au central, à s'assurer que les choses sont faites conformément à l'épure, et puis, après, on sortira. Je pense que ça ne va pas tarder. Encore, six mois, un an à ce régime-là. Le jour où [mon adjoint dit] : « ça fonctionne très bien » et que, moi, j'en acquiers la certitude…

Nous proposons de ne plus nous intéresser aux instruments d'action publique pour les raisons qui ont conduit à le façonner tel qu'il est ou pour la « philosophie gestionnaire » qu'il est censé porter. Nous proposons de **décentrer le regard des questions d'efficacité** (réussit-il à modifier les pratiques ? peut-on mesurer une diminution du nombre d'AAH ? A-t-il échoué ou réussi ?) pour faire porter le regard sur des **questions de gouvernement de l'administration**, et ses enjeux essentiels : mobilisation des personnels par le recours à la réforme permanente comme mode de gouvernement, diminution du nombre de fonctionnaires et gestion des ressources humaines, préoccupation ancienne renforcée par les politiques de rigueur budgétaire (Chevallier, 2010 ; Ruiz, 2010), diffusion des normes et des « bonnes pratiques » de gouvernement, orientation des pratiques en fonction du droit mais aussi en fonction des principes économiques d'efficacité et d'efficience, contrôle des échelons administratifs au contact du public (Bezes, 2005a ; Dubois, 2005, 2009).

Appliqué à « l'arbre de décision », rétabli dans le contexte de l'échec d'une association de cet instrument souple avec un instrument contraignant (la transformation de règle de majorité dans les CDAPH pour les attributions d'AAH), il apparaît que le pilotage de l'AAH visait à réduire la dynamique de cette prestation sociale. Toutefois, le redimensionnement de l'Etat, sa réduction à des fonctions de stratégie (Bezes, 2005b), la suppression de son

lien direct aux populations gouvernées que constituait les guichets, **l'empêchent de « gouverner à distance »** (Epstein, 2005, 2013) alors qu'il s'agit bien de son intention. L'Etat ne peut gouverner que ce qu'il contrôle directement : ses services et ses personnels. L'instrument « arbre de décision » finit par devenir un **outil de gestion de la recomposition de l'Etat**, **et non celui du pilotage d'une prestation** pourtant financée directement par ses fonds.

Contester les droits, contester la MDPH ?

De nombreux auteurs s'accordent à dire que le champ du handicap connaît un mouvement de « juridicisation » (Commaille and Dumoulin, 2009 ; Commaille *et al. eds., 2010)* qui se traduit, entre autres, par la montée en puissance d'un discours sur les droits des personnes en situation de handicap et par une transformation profonde de l'interprétation de cette problématique[164]. En Europe, ils suggèrent le basculement d'un modèle « médical » du handicap à un modèle « social » prenant en considération les conséquences du handicap dans la vie quotidienne(Burke, 2004) et, aux Etats-Unis, à l'avènement d'une analyse du handicap en tant que droit civique (Barnes and Burke, 2012 ; Heyer, 2002, 2007). Ces transformations, traduites en France dans la loi de 2005 sur le handicap, sont intégrées dans le discours des acteurs de terrain, notamment parmi les professionnels du droit qui interviennent dans le champ du handicap. Sans aborder ici spécifiquement la question de l'effectivité du basculement d'un modèle à l'autre et d'une transformation des modes de compréhension et d'interprétation du handicap en France, il parait pertinent de s'interroger sur l'articulation, dans le discours et les pratiques des acteurs du champ du handicap, entre **la mobilisation « des droits » et la référence « au droit » et à l'institution judiciaire comme mécanisme visant à garantir l'attribution des droits**.

Le suivi longitudinal des dossiers permet de saisir les modalités d'accès aux droits des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées institue trois voies de recours afin de permettre aux personnes handicapées de contester les décisions qui sont prises par la CDAPH en termes d'attribution de droits, à la discrétion de la personne handicapée elle-même. Celles-ci sont mentionnées dans la notification de la décision de la CDAPH, qui permet de faire connaitre aux usagers l'existence de voies de recours. Tout d'abord, le recours gracieux est la voie de recours interne. Dans ce cas, les personnes handicapées sont examinées par le médecin et ont la possibilité (eux-mêmes ou leur famille) de se présenter devant la CDAPH pour présenter leur histoire et justifier leur demande. La conciliation est une deuxième voie de recours. Un intervenant extérieur à la MDPH, le conciliateur, rencontre la personne handicapée et remet un avis concernant la décision de la CDAPH et la requête de la personne handicapée (voir encadré). Enfin, le recours contentieux est la troisième modalité, garantie

[164] Partie rédigée par Aude Lejeune.

par l'article L.241-9 du Code de l'action sociale et des familles. Ce recours externe est effectué devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI), qui implique que la personne soit entendue devant les magistrats de cette juridiction, autorité indépendante de la CDAPH. Une procédure contre la décision du TCI peut être introduite, en appel, auprès de la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail (CNITAAT), localisée à Amiens.

Au niveau national, 2,5% des décisions font l'objet d'un recours gracieux ou contentieux en 2011. En moyenne, un quart de ces recours sont des recours contentieux portés devant les tribunaux du contentieux de l'incapacité[165]. La CNSA se félicite des taux de recours relativement faibles[166], craignant toutefois leur possible augmentation. Comme dans les autres secteurs des politiques sociales, le champ du handicap n'est pas à l'abri de recours accrus *au droit*, contribuant au processus de production *des droits* des personnes handicapées. En pratique, les chiffres relatifs aux recours, gracieux et contentieux, désignent des réalités très différentes selon les départements car les possibilités d'accès à ces voies de recours et les choix de l'une ou l'autre option par les usagers dépendent très fortement de plusieurs facteurs, entre autres la structuration d'un soutien associatif, l'existence de cabinets d'avocats spécialisés dans le contentieux du handicap ou encore les procédures mises en place par les MDPH pour répondre à ces recours.

Nous traiterons ici principalement des recours contentieux dans la mesure où ceux-ci représentent potentiellement une contrainte externe pour les MDPH, que ces dernières doivent intégrer dans leur organisation interne. Les procédures de contestation des droits font intervenir différentes qualifications du handicap qui reposent sur la mise en concurrence de plusieurs types de savoirs et formes d'expertise relatifs au handicap : le diagnostic médical, la logique de traitement administratif des dossiers, l'affirmation de l'indépendance des juridictions compétentes, la revendication en termes de reconnaissance de difficultés rencontrées par les personnes handicapées, etc. Comment les différents acteurs, qui ont des compétences juridiques variables, mobilisent-ils le droit dans leur activité quotidienne ? Il s'agit ici de prendre en compte tant la légalité « commune » qu'« experte », c'est-à-dire les représentations du droit véhiculées par les membres de la MDPH, les conciliateurs, les médecins, les assesseurs au tribunal du contentieux de l'incapacité, les magistrats ou encore personnes handicapées elles-mêmes, ainsi que moyens par lesquels ils mobilisent le droit. De quelles manières ces différents acteurs ont-ils recours à une argumentation juridique dans un domaine où l'attribution des droits est très fortement médicalisée et technicisée ?

---

[165] Dans 7% des MDPH, le taux de recours contentieux est plus important que celui du recours gracieux. CNSA, 2012, « MDPH : au carrefour des politiques publiques », Synthèse des rapports d'activité 2011 des maisons départementales des personnes handicapées, p. 32-33.

[166] « Le nombre de recours reste encore assez faible, en moyenne de 2% des décisions prises, un quart des MDPH ayant un taux inférieur à 1%. Parmi les dossiers de contentieux, les deux tiers sont des recours gracieux. On peut d'abord indiquer que beaucoup de départements ont eu le souci d'organiser ce que l'on peut appeler une prévention des recours ; sans doute y ont-ils été sensible du fait d'avoir eu à mettre en place la conciliation prévue par la loi (effective dans 84% des cas) ». Rapport CNSA 2009, Annexe 6, p. 38

▪ Les recours gracieux

Lorsque la décision de la CDAPH ne satisfait pas la personne, elle peut introduire un recours gracieux devant la MDPH. La personne en charge examine le dossier puis prend la décision d'orienter vers un examen sur pièces par le médecin, un examen médical ou un passage direct en équipe pluridisciplinaire. Soit le dossier est envoyé au médecin qui prend la décision d'un passage en équipe pluridisciplinaire ou d'un renvoi direct devant la CDAPH, soit le dossier est envoyé directement en équipe pluridisciplinaire et le médecin en prend connaissance à ce moment-là. Il n'existe pas de critères objectifs et définis qui permettent de décider quelle orientation donner à un dossier, *« c'est vraiment au cas par cas, en fonction de la manière dont la personne présente son dossier, si la personne a déjà été vue en examen médical, ça dépend de sa situation… chaque cas est vraiment différent »* indique la personne chargée des recours à la MDPH du département A (E47-A). Le médecin ou l'équipe pluridisciplinaire peut décider de soumettre le dossier à la CDAPH ou de demander un nouvel examen médical ou psychologique de la personne.

▪ La conciliation

La conciliation est une autre voie de recours, qui peut être demandée par la personne handicapée[167]. Elle est réalisée par des personnes externes à la MDPH. Le décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005 relatif aux MDPH précise les garanties que les conciliateurs doivent présenter : on choisira des personnes possédant par l'exercice présent ou passé d'une activité professionnelle ou bénévole, la qualification requise eu égard à la nature des différends à régler, etc. Lorsque le conciliateur reçoit un dossier, il rencontre la personne en charge, au sein de la MDPH, des recours. Celle-ci lui explique les motifs de décision de la CDAPH. Ensuite, il rencontre la personne handicapée et rédige un rapport afin que le dossier soit réexaminé en CDAPH. Au cours de l'interaction avec le conciliateur, les personnes handicapées sont amenées à mettre en récit de leur histoire devant une personne qui jouera un rôle dans la décision en matière de droits. Cette narration permet aussi dans certains dossiers de faire ressortir de nouveaux éléments, qui peuvent faire changer la décision de la commission. Malgré tout, les conciliateurs considèrent que, dans la plupart des cas, leur rôle consiste surtout à accompagner la personne à accepter la décision qui a été prise par la CDAPH. Les conciliateurs ont le sentiment qu'ils ont un rôle important à jouer dans la justification de leur décision auprès de la personne handicapée. Ils tendent à mettre en avant l'argument juridique (leur socialisation professionnelle est d'ailleurs mise en avant pour justifier ce recours constant au droit).

Alors que les prises de décision au sein de commissions partenariales d'attribution des droits ont fait l'objet de nombreux travaux de sciences sociales, notamment au sein des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (Borelle, 2012 ; Bureau and Rist, 2013), les recours contre les décisions de ces organes et le contentieux qui en découle ont été largement ignorés par ces travaux. Dans le domaine du handicap, seuls quelques travaux traitent de cette question dans ses aspects techniques et juridiques, notamment Isabelle Sayn (2004), Diane Roman (2001) ou Soraya Amrani Mekki et Augustin Boujeka *(2010)*[168]. Il nous semble pourtant que l'analyse, dans une perspective de sociologie politique, de l'aval des décisions de la CDAPH permet de mettre au jour les différentes

[167] La loi prévoit également une troisième voie possible de recours, celle de la médiation via les Délégués du Médiateur de la République, aujourd'hui intégrés au Défenseur des Droits. Le législateur avait un temps envisagé la création d'un Médiateur des personnes handicapées avant de privilégier une voie recours de droit commun, à la demande du Médiateur de la République. Une enquête précédente menée sur le Médiateur de la République montre que les cas de handicap sont extrêmement peu nombreux et que les Délégués du Médiateur sont peu ou mal identifiés par les MDPH. (Revillard *et al., 2011, p. 329–351)*

[168] En Suisse, une recherche, en cours, porte sur le contentieux du handicap au sein des juridictions cantonales et fédérales (Byland *et al., 2013).*

modalités de délibération et de négociation lors de la révision de la décision, les adaptations que les organes de décision, en l'occurrence la CDAPH et la MDPH, sont susceptibles de mettre en place afin d'anticiper ou de prévenir cette masse contentieuse et, par ailleurs, les conflits d'expertise qui en découlent.

Après avoir exposé le fonctionnement des tribunaux du contentieux de l'incapacité dans les différents départements de notre enquête, nous montrerons comment les MDPH tentent de s'organiser pour défendre *a posteriori* les décisions prises par la CDAPH et, anticipativement, pour limiter le nombre de recours introduits. Il s'agira, enfin, de se pencher sur la réputation accordée par les partenaires extérieurs à la MDPH, en l'occurrence par le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Les TCI, des juridictions à géométrie variable

Afin de contester les décisions prises par la CDAPH en termes d'attribution de droits, les personnes handicapées et leurs familles peuvent introduire un recours contentieux devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) (voir encadré)[169]. Les parties sont alors convoquées à une audience, après que la MDPH ait transmis au tribunal un argumentaire justifiant la décision de la CDAPH. L'une des spécificités du TCI, par rapport à la CDAPH, est la présence obligatoire de la personne handicapée lors de l'audience, alors que très peu de personnes sont entendues par les commissions d'attribution des droits. Les audiences constituent donc un lieu privilégié d'observation de la place accordée aux personnes handicapées, ainsi qu'à leurs conseils, lors de la prise de décision de l'attribution des droits. L'autre spécificité essentielle des TCI, par rapport à l'objet de cette recherche, repose sur la présence des MDPH en tant que parties aux audiences du tribunal. Contrairement au passage devant la CDAPH où les dossiers individuels sont examinés par des représentants de différentes organisations et institutions, les audiences du TCI ont la particularité de mettre les personnes handicapées dans une posture de contestation face à l'administration des MDPH[170].

Nos observations tendent à mettre en évidence un fonctionnement « à géométrie variable » des tribunaux du contentieux de l'incapacité, dans lequel les rôles de chacun ne sont pas déterminés *a priori*. Quatre angles d'approche permettent d'aborder ces divergences : le profil des magistrats qui président les commissions et la manière dont ils définissent leur travail, la place accordée aux personnes handicapées et à leur conseil, le rôle joué par les MDPH, ainsi que la phase d'élaboration de la décision.

---

[169] Aux termes de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles, les décisions rendues par la CDAPH peuvent faire l'objet d'un recours en première instance, soit devant le tribunal du contentieux et de l'incapacité, soit devant le tribunal administratif (uniquement pour les décisions d'orientation et mesures propres à assurer l'insertion scolaire ou professionnelle et sociale de l'adulte handicapé et pour la reconnaissance du statut de travailleur handicapé) et ce, que les personnes aient ou non introduit préalablement un recours gracieux qui n'a pas conduit à la décision qu'ils escomptaient. Dans le département A par exemple, parmi les personnes qui introduisent un recours contentieux, une sur quinze a préalablement introduit un recours gracieux.

[170] D'autres travaux traitent de la contestation de pratiques ou décisions administratives de la part des citoyens. Voir notamment (Contamin *et al., 2008 ;* Revillard *et al., 2011).*

▪ Le nombre de conciliations, recours gracieux et recours contentieux par département (en 2010)

Source : Rapports d'activités des MDPH

	A	**B**	**C**	**D** (en 2011)
Nombre de décisions prises par la CDAPH[171]	33 974	29 298	81 302	75 927
Nombre de conciliations[172]	156	31	0	3
Nombre de recours gracieux	105	402	762	1616
Nombre de recours contentieux au TCI	?	91	370	269

▪ Les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI)

Créés en 2003, les TCI remplacent les commissions d'évaluation du contentieux technique qui dépendaient de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Ces commissions ont fait l'objet d'un recours devant la Cour européenne des droits de l'homme qui a considéré que la DRASS était juge et partie au sein de ces commissions et que cette procédure allait à l'encontre de l'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable. La Cour a donc contraint l'Etat français à créer des juridictions indépendantes, les TCI (Eudier, 2002 ; Roman, 2001).

Dans un arrêt de 2000, la cour de Cassation française avait déjà mis en cause la procédure suivie par la CNITAAT. Pour répondre à cet arrêt, le nouvel article R.143-6 du code de la sécurité sociale précise que la procédure devant le tribunal du contentieux de l'incapacité est soumise aux dispositions du livre 1 du nouveau code de procédure civile. « Ainsi, le contentieux technique *stricto sensu* rentre-t-il désormais dans le giron du droit commun procédural à l'issue d'une longue conquête dans laquelle le droit européen aura joué un rôle déterminant » (Verkindt, 2004, p. 406).

Le TCI est une juridiction de l'ordre judiciaire de premier degré. La loi stipule que le tribunal du contentieux de l'incapacité règle les litiges relatifs à l'invalidité ou à l'incapacité de travail d'un assuré. Comme les autres juridictions du contentieux de la protection sociale, plusieurs mesures ont été mises en place pour favoriser l'accès au juge : la dispense de la représentation par un

[171] Il s'agit du nombre total de prestations accordées, plusieurs prestations pouvant être accordées en même temps à une même personne, sur la base d'un seul dossier de demande.
[172] Les recours peuvent porter sur un ou plusieurs décisions prises par la CDAPH à l'égard d'une même personne.

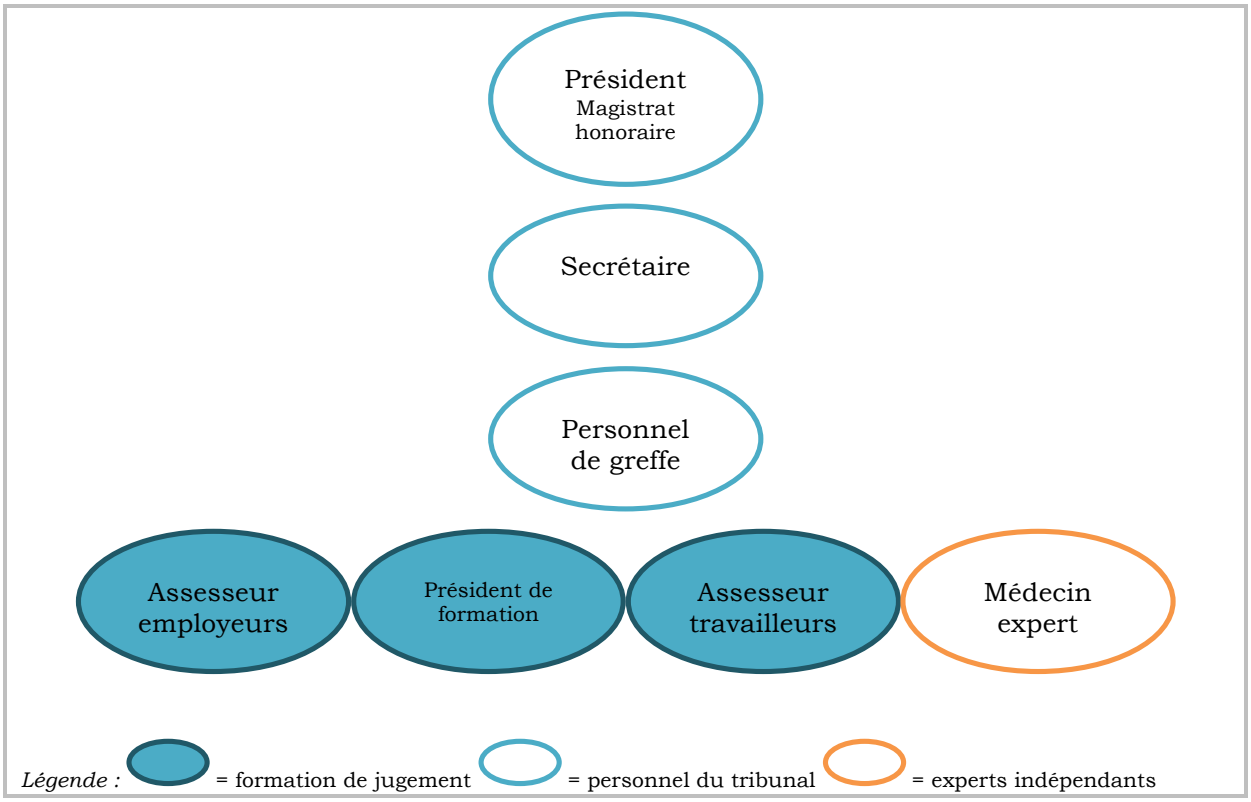
avocat, l'aide juridictionnelle, l'instauration de la gratuité complète de la procédure ou encore l'instauration d'une procédure orale.

Le TCI juge les décisions intéressant les *adultes* et relatives à l'état ou aux taux d'invalidité ou d'incapacité de travail liée aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ; à la désignation des établissements de rééducation, de reclassement, d'accueil des adultes handicapés ou de placement en atelier protégé ou en centre d'aide par le travail. Il juge les décisions intéressant les *enfants*, relatives à l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale et de la carte d'invalidité en fonction de l'appréciation du taux d'invalidité ; à l'orientation des mineurs handicapés vers les établissements de l'éducation spéciale. Il juge certaines décisions des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) relatives à l'état ou au degré d'invalidité ou d'incapacité, et à l'appréciation de l'état d'inaptitude à l'égard des avantages de vieillesse. Il juge les décisions prises par les commissions de recours amiables (CRA).

Dans le domaine du handicap, les décisions prises par la CDAPH qui peuvent être contestées devant le TCI sont : toutes décisions concernant les enfants, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation compensatrice pour Tierce personne (ACTP), l'allocation compensatrice pour Frais Supplémentaires (ACFS), l'affiliation à l'assurance vieillesse (AVS), le complément de ressources, la carte d'Invalidité et de priorité pour personne handicapée, le placement (orientation vers un établissement médico-social) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

L'appel de la décision du TCI se porte devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT).

▪ Composition du Tribunal du contentieux de l'incapacité



Appliquer le droit et protéger les individus vulnérables : l'influence de la socialisation professionnelle des magistrats

Le siège du tribunal du contentieux de l'incapacité est composé de trois magistrats : le Président, qui est un magistrat ou un professionnel du droit honoraire, ainsi que deux assesseurs représentant les travailleurs salariés pour l'un et les employeurs ou travailleurs indépendants, pour l'autre. La désignation de ces non-professionnels répond au souhait de bénéficier d'une expertise « de terrain » et d'une « sensibilité sociale » au sein de ces juridictions (Schoenaers, 2005).

Le siège des tribunaux du contentieux de l'incapacité a la particularité d'être présidé par un magistrat honoraire ou par un professionnel exerçant une autre activité professionnelle principale, telle que professeur de droit ou avocat, et intervenant au TCI à titre secondaire et quasiment bénévole, celui-ci recevant une indemnité forfaitaire par audience[173]. Ce type de recrutement, qui implique de ne sélectionner principalement que des professionnels du droit à la retraite qui acceptent de prendre cette charge à titre quasiment bénévole, a pour conséquence une forte homogénéité des profils de magistrats qui président ces juridictions. Bien que le petit nombre de magistrats rencontrés dans le cadre de cette enquête (N=6) ne permette pas d'établir des conclusions à portée exhaustive, il permet néanmoins de relever un certain nombre de constantes et de régularités dans les motivations des magistrats.

Les magistrats interviewés mettent en avant plusieurs raisons qui les ont poussés à accepter cette fonction. Dans la plupart des cas, le commencement de l'activité au TCI correspond au passage à la retraite et s'inscrit dans un projet de poursuite d'une activité après la fin de l'exercice professionnel[174]. Pour les Présidents, ceci permet de continuer à suivre les évolutions législatives, préparer des audiences, siéger au tribunal, être en contact avec les avocats.

> E113-D
>
> Ça permet de ne pas abandonner le droit complètement à 67 ans du jour au lendemain.
>
> E211
>
> Vous savez, quand on est magistrat, on n'aime pas arrêter d'un coup ce que l'on faisait avant pour faire du jardinage.

Au-delà de l'aspect juridique, l'activité permet aussi de rester en contact avec d'autres magistrats des régions voisines, notamment lors des rencontres organisées pour les Présidents de juridiction. Ils estiment ainsi pouvoir préserver les relations professionnelles établies tout au long de la carrière et continuer à être intégrés au sein de réseaux qui étaient perçus comme structurants pendant l'activité de magistrat.

---

[173] L'indemnisation tourne autour de 100 euros avant déduction fiscale, pour plus d'une dizaine d'heures de travail.

[174] Ce constat rejoint les travaux traitant de la participation associative et le bénévolat à l'entrée à la retraite (Prouteau and Wolff, 2007).

E211

On retrouve bien évidemment d'anciens collègues qu'on a connus durant sa carrière. Moi je retrouve des gens avec qui j'ai travaillé pendant plus de 20 ans !

La plupart ont d'ailleurs été eux-mêmes sollicités personnellement pour exercer cette fonction par des magistrats ou collègues qu'ils considèrent comme des amis ou des connaissances de longue date. Ils s'estiment honorés d'avoir été sollicités pour cette fonction, notamment parce que leurs qualités à la fois professionnelles et personnelles ont été mises en avant par la personne qui les a sollicités. Les Présidents en charge des juridictions, qui gèrent le recrutement des magistrats au sein de leur tribunal, se disent confrontés à la difficulté de trouver des candidats qui acceptent d'assurer le rôle de président de formation. Ils tendent, à leur tour, à recruter parmi leurs connaissances. Ce type de recrutement par interrelations tend à renforcer l'homogénéité des profils de magistrats au sein d'une même juridiction (Castilla, 2005).

E113-D

J'ai déjà recruté deux femmes juristes. L'une qui est une amie et qui était avouée, avant, à la cour d'appel. Comme la profession est supprimée en France et qu'elle approche l'âge de la retraite, elle s'est dit : « j'arrête. Je ne vais pas continuer », et elle s'investit dans notre juridiction. J'ai recruté, également, une femme plus jeune qui était au contentieux d'[une compagnie assurance], mais qui travaillait en permanence avec les avocats, les huissiers, les avoués de la cour, que je connaissais donc bien. [...] Et puis, là, je vais recruter un ami qui est un avoué à la cour d'appel, qui a décidé de ne pas prolonger son activité, et qui rejoint nos rangs. Donc, j'arrive, peu à peu, à avoir des juges.

Cette volonté de poursuivre une activité juridictionnelle s'accompagne également, pour les juges rencontrés, qu'ils soient présidents ou assesseurs, d'un intérêt particulier pour le handicap. Soit ils ont une expérience personnelle liée au handicap de l'un de leurs proches – parent, enfant, frère ou sœur – qui les a conduits à vivre au jour le jour les difficultés rencontrées par les personnes handicapées, soit ils ont été amenés, au cours de leur carrière, à travailler avec des associations spécialisées dans le secteur du handicap.

Cette socialisation spécifique des magistrats qui président les séances, en tant que professionnels du droit et qu'individus s'estimant directement concernés par la question du handicap, les conduit à mettre en évidence le double rôle de leur juridiction, qui a pour vocation à la fois de faire appliquer le droit mais aussi de défendre et de protéger les individus[175]. La vulnérabilité et la souffrance du public est, par ailleurs, perçue par la plupart des magistrats comme une caractéristique propre au contentieux du handicap qui les incite à être particulièrement attentifs à leur rôle de promotion des droits.

[175] Emmanuelle Bernheim (2012) constate également, dans son étude des décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients, cette double injonction faites aux tribunaux d'interpréter le droit et de défendre les individus.

E55-A

La plus grande difficulté que l'on peut rencontrer ici bien plus qu'ailleurs, c'est de se sentir impuissant avec les moyens dont on dispose pour soulager la souffrance des personnes. Certains vous diront que le Président est un juriste, qu'il n'a pas à rentrer dans ces conditions, dans ces considérations, il n'a pas à faire d'empathie. Ça n'est pas possible au TCI. Ce n'est pas possible parce que vous avez de la souffrance devant vous.

Concrètement, comment les magistrats de ces juridictions techniques articulent-ils cette double mission de « garant du droit » et de « défenseur des droits » ? Le code de la sécurité sociale précise que le contentieux de l'incapacité est un contentieux technique, c'est-à-dire que les décisions sont fondées sur des critères médicaux plus que sur des critères juridiques. Ce serait donc l'expertise médicale qui permettrait aux magistrats de prendre leur décision. De plus, le « principe dispositif » qui s'applique dans ces juridictions, veut que seules les parties puissent déterminer l'objet du litige. Les magistrat ne pourraient donc pas réorienter la demande initiale de l'usager s'ils jugent qu'elle pourrait conduire à un rejet (Sayn, 2004). Ces principes font cependant l'objet d'une appropriation variable selon les magistrats et les formations de jugement.

L'un des Présidents de formation dans un TCI dans notre enquête est professeur de droit public. Lorsqu'il exerce son activité de magistrat au TCI, il invite les personnes handicapées et leur famille à exposer leurs problèmes et, lorsqu'il l'estime judicieux, invite les parties à solliciter d'autres droits.

O10-A

Madame, intervient-il lors d'une audience, avez-vous songé à la carte invalidité ? Vous y avez droit. Savez-vous de quoi il s'agit ?

Lors de la prise de décision, ce magistrat et les deux assesseurs entérinent, dans la très grande majorité des cas, l'avis du médecin expert et tendent à considérer que le contentieux de l'incapacité est technique et objectif. Ils invitent d'ailleurs le médecin à participer au délibéré afin de donner son avis. Le magistrat justifie la primauté de l'argument médical par le fait que son « objectivité » est le seul moyen de garantir l'égalité de traitement des personnes handicapées sur tout le territoire national et encourage ses assesseurs à aller dans ce sens.

Dans une autre juridiction, le Président est un ancien avoué qui a décidé de ne recruter que des présidents de formation qui sont *« de vrais juristes qui ont travaillé toute leur vie professionnelle avec les codes, qui ont rédigé les conclusions, qui savent comment se passe une audience, qui ont rédigé des conclusions, qui ont passé leur temps à lire des jugements, des arrêts, à les décortiquer »* (E113-D, Président du TCI), c'est-à-dire qui ont une expérience significative devant les cours et tribunaux, soit en tant qu'avocats soit en tant que magistrats professionnels. Son expérience antérieure, en tant qu'avoué, l'a conduit à développer un intérêt particulier pour le respect du code de procédure civile, qu'il juge indispensable au déroulement d'un procès équitable. Il exige donc que les parties soient entendues l'une à la suite de l'autre, que les présidents de formation et assesseurs se contentent exclusivement de poser des questions pour compléter l'instruction du dossier ou encore que le délibéré ait lieu après les audiences et uniquement

en présence des trois juges. Lors du délibéré, il tend à s'autonomiser plus largement de l'avis du médecin-expert, considérant que le rôle du TCI, en tant que juridiction de l'ordre judiciaire, consiste à prendre des décisions « *en droit et non en médecine !* » (E113-D). La prise de distance par rapport à la « culture de commission », qui prévalait jusqu'en 2003[176], parait essentielle pour parvenir à garantir l'indépendance de la juridiction vis-à-vis des institutions en charge du handicap, en l'occurrence la MDPH et la CDAPH. Selon ce magistrat, le *sentier de dépendance* de ces juridictions est encore déterminant dans la manière dont fonctionnent les tribunaux :

> E113-D
>
> C'était un secteur qui a été créé en 1945, et on a créé des commissions spéciales qui devaient statuer sur les recours des assurés sociaux, des personnes handicapés ; et dans ces commissions, il y avait également les médecins qui avaient pris les décisions initiales, alors, on trouvait que ce n'était pas tout à fait objectif (rires). Il a fallu, bien entendu, que la Cour européenne rappelle à la France que ce n'était pas bien. Donc, on a créé, à ce moment-là, des tribunaux. Mais les traditions pèsent. Parce que, quand ça a fonctionné comme ça pendant trente ans, je peux vous dire qu'on a pris des habitudes, et des mauvaises habitudes !

Ces orientations données à la juridiction semblent dépendre très fortement de la politique définie par les Présidents de juridiction. Ceci peut s'expliquer en partie par le type de recrutement qui prévaut dans ces juridictions. Les difficultés que rencontrent les Présidents à trouver des personnes qui acceptent cette fonction tend à favoriser la sollicitation d'amis ou de collègues proches, ayant une socialisation professionnelle proche de celle du Président de la juridiction.

> E118-D
>
> [L'ancien Président], c'était un juge, il connaissait tout ce qui était Sécurité sociale, mais c'est vrai que procédure civile, il faisait moins attention. Tandis que [le Président actuel], il y fait attention, donc, forcément, toutes les procédures sont mises en avant. Quand on a changé de Président, on a changé de manière de faire ici !

S'ils partagent un même intérêt pour le respect du droit et de l'égalité de traitement et manifestent un souci constant de protéger les personnes handicapées en tant qu'individus vulnérables, les magistrats rencontrés envisagent leur double mission de « garant du droit » et de « défenseur des droits » de façon différente. Ceux-ci justifient leur positionnement par leur socialisation, qu'ils interprètent comme déterminante dans leur pratique de magistrat au TCI.

---

[176] Rappelons que les TCI, créés en 2003, remplacent les commissions d'évaluation du contentieux technique qui dépendaient de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Ces commissions ont fait l'objet d'un recours devant la CEDH qui a considéré que la DRASS était juge et partie au sein de ces commissions et que cette procédure allait à l'encontre de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable. La Cour a donc contraint l'Etat français à créer des juridictions indépendantes, les TCI (Eudier, 2002 ; Roman, 2001).

Plaidoirie et récit de soi : la personne handicapée et son conseil à l'audience

La procédure devant le TCI étant orale et la représentation par un avocat non-obligatoire, les personnes handicapées peuvent se présenter aux audiences seules ou accompagnées d'un proche. Certaines ont été suivies, en amont de l'audience, par des associations qui les ont aidées à préparer leur requête et leur intervention au TCI, bien que cette pratique soit peu courante (Lejeune and Revillard, 2012). Nos enquêtes au sein de trois juridictions montrent que la place accordée aux parties et à leur conseil varie selon les départements et les juridictions.

Lors de nos observations dans le département A, plusieurs avocats assistent pour la première fois à une audience du TCI. D'autres, en revanche, connaissent déjà le fonctionnement de cette juridiction. Les premiers prennent d'emblée la parole pour présenter le dossier de leur client avant d'être immédiatement interrompus par le Président qui leur demande de laisser la parole à la personne concernée, en l'occurrence leur client. Les seconds, par contre, savent qu'il est attendu d'eux qu'ils restent en retrait et demandent à leur client de raconter eux-mêmes leur histoire.

> E54-A
>
> Y'a de plus en plus d'avocats qui interviennent mais, bien souvent, l'avocat a du mal à trouver sa place [...]. C'est un problème médical, on n'examine pas l'avocat mais la personne !

Contrairement à ce qui se produit dans d'autres juridictions, les juges du TCI A considèrent qu'il est essentiel d'entendre les personnes raconter elles-mêmes leur récit de vie, car cette présentation permet aux personnes d'exprimer elles-mêmes leurs difficultés, souffrances et frustrations par rapport aux décisions de la CDPAH. Il s'agit d'entendre la personne raconter quelles sont les difficultés qu'elle rencontre dans sa vie quotidienne, que celles-ci soient liées ou non à son handicap. Plutôt que de favoriser un argumentaire juridique qui impliquerait l'invocation de principes généraux de droit, les membres du tribunal souhaitent entendre une histoire singulière, à travers laquelle la personne produit ses propres catégories d'analyse de sa situation personnelle. En d'autres termes, face au savoir général et abstrait produit par le professionnel du droit, il s'agit de prendre connaissance du savoir individuel, lié à l'expérience concrète du handicap, qui est jugé crucial pour prendre une décision de droit (Buisson-Fenet, 2012).

Cette narration de soi permet, aux yeux des membres du TCI, de prendre connaissance de la réalité vécue mais aussi de la « bonne foi » de la personne, en vérifiant si la requête est exagérée ou si, au contraire, elle peut être considérée comme légitime. Les juges se placent dans une situation d'enquête, propre à toute situation judiciaire, et adoptent une attitude qui mêle suspicion et empathie à l'égard de la revendication de droit. L'argument de la « bonne foi » est régulièrement invoqué dans les discussions informelles qui suivent l'audition de la personne handicapée.

O10-A – Audiences au TCI

Une dame est auditionnée. Elle est représentée par son avocat, à qui le Président demande d'entendre la dame s'exprimer elle-même. Durant sa brève intervention, la dame indique ses difficultés à se déplacer. Elle raconte qu'elle a demandé à la MDPH une revalorisation de son taux et une carte invalidité. Elle poursuit en indiquant qu'elle ne sait plus aller faire ses courses sans sa fille parce qu'elle ne sait plus marcher suffisamment. Or, sa fille vient de déménager dans une autre ville avec son nouveau compagnon. Elle est effrayée de ne plus oser sortir. « Ce n'est pas facile », dit-elle d'une voix grave et posée, avant de se taire. A la suite de son audition, le Président lance : « On voit bien qu'elle ne sait pas se déplacer, puis elle a l'air courageuse cette dame ». L'un des assesseurs côté employeurs m'explique alors : « Vous voyez, quand on entend la personne, on se rend vraiment compte de sa souffrance, de ses difficultés. Parfois, on se rend aussi compte qu'il ou qu'elle exagère complètement, donc pour nous, c'est très important qu'elle s'exprime elle-même. »

Comme au moment de l'attribution des droits en CDAPH (Bureau and Rist, 2013), les magistrats attendent de la personne handicapée qu'elle ait une connaissance minimale de la procédure, des documents à fournir, des droits qui sont contestables et des arguments qui peuvent être entendus devant la juridiction du contentieux de l'incapacité. Par contre, elles adoptent une attitude suspicieuse à l'égard de toute personne qui semble trop bien maîtriser les rouages de la procédure et qui leur parait trop vindicative. De plus, les requérants qui contestent de manière systématique les décisions de la CDAPH et mettent simultanément en cause l'attribution de plusieurs droits (PCH, AAH, carte d'invalidité, etc.) sont souvent perçus de manière négative par les membres du tribunal. Ces derniers tendent en effet à déprécier la légitimité de leur recours et à considérer que leur contestation résulte moins d'une erreur d'appréciation de la CDAPH que de l'attitude générale des requérants face aux administrations.

O10-A

Lors d'une audience, l'assesseure représentant les travailleurs me glisse à l'oreille : « Vous voyez cette dame, on voit bien qu'elle conteste pour contester. Elle doit passer sa vie à contester tout ce qui lui arrive. »

Par contre, dans le département D, la situation est différente. Ceci s'explique, comme développé ci-dessous, par des cultures de fonctionnement des juridictions différentes. La plupart des personnes sont accompagnées d'un avocat, ce qui est fortement encouragé par les magistrats de la juridiction. Le barreau organise des permanences gratuites au tribunal pendant les audiences, afin que les personnes puissent faire appel à un professionnel pour les conseiller. Les magistrats proposent à toute personne non-représentée de reporter l'heure de son audience afin de bénéficier d'un temps de discussion avec l'avocat et de prendre des renseignements sur les procédures pour bénéficier de l'aide juridictionnelle. Lorsqu'une personne se présente seule et ne se conforme pas aux attentes implicites des magistrats, notamment en ce qui concerne la présentation de soi et de son récit, les magistrats expriment clairement leur désapprobation par rapport au refus de recours à l'avocat. Cette place différente accordée aux personnes handicapées et à leur conseil influence la constitution d'une expertise dans

ce domaine au sein de la profession d'avocat au niveau local. Plusieurs avocats du barreau concerné dans le département D sont répertoriés comme spécialistes du contentieux du handicap, alors qu'aucun avocat ne revendique cette spécialité dans les autres départements de notre étude.

Lorsque les avocats prennent la parole, ils font état de la souffrance de la personne et des difficultés qu'elle rencontre dans sa vie quotidienne à cause de son handicap. Ils relatent les faits et présentent les examens médicaux, précisant les démarches qui ont été entreprises auprès de différentes administrations. Ils mettent en évidence, en parallèle, les problèmes rencontrés par la victime dans sa vie quotidienne, en insistant notamment sur les aspects liés à la scolarité, à l'insertion sur le marché du travail, à la pratique d'activités quotidiennes telles que le ménage ou les courses, au rapport aux administrations, etc. Contrairement aux avocats observés par Janine Barbot et Nicolas Dodier lors du procès de l'hormone de croissance contaminée, qui tendent à créer un moment de *compassion-partage* auquel chaque intervenant peut s'identifier, les avocats présents au tribunal tentent de faire émerger un sentiment de *compassion-aide* en invitant les juges à intervenir, à travers le jugement, afin d'apaiser la douleur de la personne handicapée, sans pour autant s'identifier à elle (Barbot and Dodier, 2011, p. 294).

> O23-D Audience au TCI
>
> Un avocat prend la parole, il expose les difficultés que rencontre sa cliente, souffrant d'un retard mental, accentué par une prise de fortes doses de médicaments destinés à calmer de violentes douleurs au dos. « Ma cliente souffre, terriblement, au quotidien, dès qu'elle se réveille, parfois même pendant la nuit, elle se réveille », explique-t-il. Après avoir exposé les différentes démarches entreprises par sa cliente auprès de la MDPH et avoir décrit l'attitude peu compréhensive de cette institution vis-à-vis de sa cliente, il conclut par ces mots : « il faut à présent l'aider ».

Au cours de cet argumentaire, cet avocat mêle la narration de la réalité vécue et une prise distance par rapport à elle dans la mesure où son récit fait état de la souffrance d'autrui. Au-delà de la dimension compassionnelle, il présente aussi des éléments qui témoignent du bon respect des différentes étapes de la procédure d'attribution des droits et des délais. Il contribue ainsi à cadrer son intervention avec des arguments juridiques.

En fonction des juridictions, la place accordée à la personne handicapée varie donc très largement. Dans certains TCI, la parole de la personne handicapée est considérée comme un élément essentiel dans la production de la décision, indispensable pour prendre connaissance de la réalité vécue tout comme du degré de « bonne foi » de la personne. Dans d'autres TCI, les professionnels du droit produisent un argumentaire tendant à faire émerger un sentiment de compassion de la part des juges, en mettant en présence à la fois des éléments juridiques et généraux (respect des procédures) et des éléments liés à l'expérience individuelle de leurs clients.

La MDPH, représentante de la décision de la CDAPH

De l'autre côté de la table, un représentant des MDPH est présent pour défendre la décision prise par la CDAPH. Alors qu'en amont de la CDAPH, les

MDPH sont des « guichets » chargés d'aider les personnes handicapées à faire valoir leurs droits, lors des recours, elles *« changent de casquette »* (E47-B) et deviennent les porte-parole de la décision prise par la CDAPH contestée par la personne handicapée. Elles siègent donc « contre » la personne handicapée ou sa famille au tribunal. Leur présence n'est pas sans ambiguïté aux yeux des différentes personnes présentes : la personne handicapée, les magistrats et même les agents de la MDPH expriment l'ambivalence de la position occupée par les maisons départementales. Dans certains départements, où la CDAPH est perçue par les partenaires extérieurs, notamment au TCI, comme une instance qui avalise les décisions prises par les équipes pluridisciplinaires, cette ambiguïté est soulignée avec acuité.

> EC2-B Assesseur
>
> C'est à n'y rien comprendre. Bon nous, on a bien compris les rouages et les subtilités du système, même si je trouve ça bizarre qu[e les MDPH] aident les gens, puis qu'elles contestent leur recours. Mais les personnes, comment voulez-vous qu'elles s'y retrouvent ?

En amont des audiences, la MDPH doit transmettre au tribunal un argumentaire justifiant la décision de la CDAPH. Dans ce mémoire, elles sont invitées à présenter les diverses raisons qui ont conduit la commission à attribuer les droits. De même qu'en CDAPH (cf. *supra*), la question du partage du secret médical fait l'objet de nombreux débats. D'un côté, le tribunal souhaite recevoir les pièces médicales et l'argumentaire médical qui ont conduit le médecin de l'équipe pluridisciplinaire à attribuer les droits ; de l'autre, la MDPH refuse de transmettre ces informations en raison du secret médical qu'elle refuse de partager avec les membres du tribunal.

> E113-D TCI
>
> C'est tout simple ce que j'essaie de faire: c'est d'arriver à faire comprendre que les commissions [CDAPH] doivent prendre des décisions qui soient motivées. Elles ont le droit de prendre une décision quelle qu'elle soit, mais qu'elle soit motivée. Et puis, que lorsqu'il y a un recours, qu'on nous transmette la décision motivée et les pièces sur lesquelles la commission s'est appuyée. Simplement pour voir comment elle a raisonné. Ça, ça relève du miracle ! Parce que y'a le secret médical… […] Je n'ai jamais vu – et tous les présidents de TCI, c'est la même chose – jamais vu un PV de l'équipe pluridisciplinaire. Jamais. Comme si c'était des secrets militaires des secrets d'état, secrets défense (sourire).
>
> E115D Agente MDPH
>
> Alors, dans le mémoire, je ne cite jamais la pathologie. Il n'y a rien de médical, c'est que de la réglementation, qu'un rappel de la réglementation, en citant, en fait, les différents items d'éligibilité aux prestations. Par exemple, faire sa toilette : est-ce que cette personne peut faire sa toilette ? Oui, Monsieur X peut faire sa toilette – je vulgarise – il n'y aucune difficulté. Vous voyez ? Aucun médical. Le médical, justement, nous sommes en train de travailler là-dessus. J'ai demandé à ce qu'il y ait un argumentaire médical puisque la loi de 2011 nous demande à ce qu'il y ait un rapport médical qui soit rédigé par le médecin de l'équipe pluridisciplinaire[177] […] qui a pris la

[177] L'article 10 de la loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap précise : « La section 1 du chapitre III du titre IV du livre Ier du même code est complétée par un article L. 143-1-1 ainsi rédigé : « Art. L. 143-1-1. - Pour les contestations mentionnées au 5° de l'article L. 143-1, le médecin de la

> décision, et qui soit adressé directement au médecin expert [du tribunal]. […] Concernant cet article-là, nous sommes dans l'attente d'un décret d'application pour la transmission. Le TCI, on va dire qu'il y a eu un petit conflit parce que le TCI, lui, souhaite recevoir directement les pièces médicales. […] La transmission, effectivement, s'impose aux caisses – aux CPAM et aux CRAM – mais pas aux MDPH puisqu[e] nous avons une loi […] qui dit que non : les pièces médicales doivent être adressées directement au médecin expert. Donc, là, ça fait à peu près deux audiences qu'ils reçoivent les pièces médicales sous enveloppe, les enveloppes sont ouvertes par le médecin expert lors de l'audience. […] Après, en interne, je ne sais pas ce qu'ils font, mais voilà. Je veux que soit respecté le secret médical, ça, c'est certain. Donc, d'un point de vue pédagogique, y'a des choses qui se faisaient avant, ils recevaient les pièces directement. Non. On est dans la violation du secret médical. *Y'a pas de secret partagé avec une instance judiciaire*. Sauf pour les caisses, mais pas pour les MDPH.

Lors des audiences que nous avons observées, ceux-ci étaient toujours absents à l'exception des audiences dans le département A, où sont présentes deux agentes, l'un pour les recours PCH, l'autre pour les recours concernant les adultes. Après l'exposé de la personne, elles sont invitées à s'exprimer. Brièvement, elles prennent la parole et exposent les éléments qu'elles ont à leur disposition dans le document reprenant la décision finale de la CDAPH. Elles ne mentionnent en aucun cas le nom de la pathologie, même si le médecin l'a prononcé à plusieurs reprises lorsqu'il posait des questions à la personne. Alors qu'elles sont présentes pour défendre une décision contestée, elles n'argumentent pas et ne cherchent pas à mettre en avant les motivations de l'équipe pluridisciplinaire ou de la CDAPH lors de l'attribution du taux ou de l'ouverture des droits. Elles justifient ce faible investissement dans la défense de la position de leur institution par une forte asymétrie de légitimité entre la position du médecin, qui défend un diagnostic qu'il a posé lui-même, et leur propre position de représentantes d'une décision prise par une instance partenariale, à laquelle elles n'étaient pas parties prenantes.

> O10-A Audience au TCI
>
> La représentante de la PCH de la MDPH, présente au TCI, est manifestement excédée par la manière dont fonctionne le tribunal. Lors d'une pause, dans la salle d'attente, elle parle avec sa collègue, énervée : « [Ce médecin] confond tout, il ne fait vraiment pas la différence entre les différentes prestations. Comme il ne comprend rien à la PCH, il ne l'attribue jamais. Tu as vu ? ». Elle s'adresse ensuite à moi : « Mais évidemment, comment voulez-vous qu'on lui explique, nous on n'est pas médecins. Nous, on lit ce que la CDA a décidé ! »

Prendre une décision : le TCI entre instance technique et juridiction indépendante

Chaque tribunal du contentieux de l'incapacité développe une culture de fonctionnement spécifique, liée pour partie à l'histoire particulière de ces juridictions récentes qui remplacent les commissions d'évaluation du contentieux techniques, de la masse de contentieux à gérer ou encore de la

---

MDPH concernée transmet, sans que puisse lui être opposé l'article 226-13 du code pénal, à l'attention exclusive du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'intégralité du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité ou à la décision critiquée. »

socialisation professionnelle du Président, qui recrute et forme lui-même les magistrats de sa juridiction à un contentieux qu'ils connaissent peu. Les différences observées touchent principalement aux procédures mises en place localement, qui permettent aux membres du tribunal de prendre connaissance des cas qui leur sont soumis. Celles-ci tendent à favoriser la mise en avant de certains types de savoirs au détriment d'autres.

Au niveau national, ces disparités de fonctionnement sont perçues comme une difficulté qui entrave l'uniformité de traitement et d'attribution des droits, alors qu'au niveau local, peu d'initiatives sont mises en place pour réduire ces différences de fonctionnement.

> E211 – TCI
>
> Il y a autant de fonctionnements différents de TCI qu'il n'y a de TCI. Sur un même sujet, chaque tribunal peut se prononcer différemment : les façons de juger sont différentes, le fonctionnement des audiences est différent, la jurisprudence est plus ou moins suivie, etc. Or, ce sont des juridictions à part entière ! Avant, quand c'était des commissions, leurs décisions ne s'imposaient pas aux parties. Maintenant si. Il faut donc faire en sorte d'uniformiser la jurisprudence.

En vue de favoriser une uniformisation des décisions prises au sein des différentes juridictions, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents de travail (CNITAAT) publie en ligne les arrêts relatifs aux différents domaines dont elle est compétente. La jurisprudence dans le secteur du handicap concerne, entre autres, le nombre d'heures d'auxiliaires de vie scolaire, les critères d'éligibilité de la PCH ou encore les conditions pour bénéficier de l'AAH au-delà de 60 ans.

Deux fonctionnements idéal-typiques de TCI peuvent être distingués, chaque tribunal se situant à une position variable entre ces deux pôles.

▪ Types de fonctionnement d'un TCI

INSTANCE TECHNIQUE	**JURIDICTION INDEPENDANTE**
Technicité de la décision et primauté du diagnostic médical	Indépendance des magistrats par rapport à l'avis du médecin-expert
Secret médical non-partagé	Secret médical partagé
Intervention du requérant	Importance du respect de la procédure et représentation souhaitée par des avocats

D'un côté, le tribunal du contentieux de l'incapacité est envisagé comme une instance technique, avalisant le diagnostic réalisé par le médecin-expert. Très fortement marqués par la culture de commission qui prévalait jusqu'à la création des TCI en 2003, les membres du tribunal se réfèrent au diagnostic élaboré par le médecin-expert pour prendre leur décision. Lorsque la personne handicapée est auditionnée, les magistrats donnent la priorité aux questions médicales posées par le médecin. Néanmoins, ils donnent également une grande importance à la narration de la personne handicapée elle-même car elle permet de prendre connaissance de l'expérience concrète du handicap. La hiérarchisation des savoirs produite par les membres du tribunal lors du délibéré tend à mettre en avant les savoirs médicaux et le caractère technique de la décision, combinés à une prise en compte du handicap en tant qu'expérience individuelle. De l'autre côté du continuum, le tribunal du contentieux d'incapacité est une juridiction indépendante, dans laquelle les magistrats délibèrent en s'appuyant – avec une prise de distance variable – sur l'avis du médecin-expert et sur la requête introduite par la personne handicapée elle-même ou son représentant, ainsi que sur les arguments avancés par le représentant de la MDPH lors de l'audience. Lors de la prise de décision, le principe du débat contradictoire est invoqué comme élément central. Ici, la hiérarchisation des savoirs repose plutôt sur la primauté des savoirs et procédures juridiques et la mise en avant d'une légitimité *rationnelle-légale*, au sens de Max Weber, impliquant le recours à des savoirs juridiques.

Les réponses des MDPH face au contentieux

E157 CNSA

On a même certaines [MDPH], au début, qui nous ont dit : « ah bon ? On a le droit de se défendre ? On a le droit de faire appel ? ». C'était tellement pas dans les pratiques des anciennes commissions que, du coup [...], jusqu'en 2007, j'ai quand même eu des gens qui m'ont dit : « ah bon ? On peut y aller ? ». Alors, ça, ils avaient bien compris parce qu'ils étaient convoqués, mais « on a le droit de faire appel, nous, en tant que MDPH ? » (Sourire). « Oui, les décisions sont prises au nom de la MDPH, vous êtes bien une des parties ». Voilà, y'a eu une appropriation assez progressive. Ça commençait généralement par le suivi : déjà, on essaye de savoir à peu près combien on a de recours, sur quoi est-ce qu'il porte et pour qui et de l'enregistrer quelque part. Et puis, après, on a les étapes de : je fournis des éléments, donc soit les copies de ce que j'ai dans le dossier, soit l'étape d'après et je vais construire l'argumentaire. Et étape encore au-dessus : je me déplace. C'est quand même plus difficile, c'est assez chronophage, y'a quand même beaucoup de sessions. Un certain nombre de TCI, maintenant, se sont mis en capacité de regrouper les audiences pour une même MDPH – c'est pas encore le cas partout. Au début, ce n'était pas forcément le cas et puis les TCI c'est régional et, certains endroits, c'est loin de la MDPH : pas forcément partout, mais à certains endroits y'a quand même trois, quatre heures de trajet. Voilà, en fonction des régions, c'est plus ou moins facile.

Les MDPH, en tant que parties dans les affaires portées devant le TCI, sont amenées à développer une expertise en matière de contentieux du handicap.

Comment développent-elles des savoirs juridiques propres à défendre la décision de la CDAPH devant les juridictions compétentes ? Qu'est-ce que cela nous apprend sur la répartition entre ce que leurs agents considèrent comme l'activité « ordinaire » des MDPH d'attribution des droits et leurs tâches « extraordinaires » – même si relativement fréquentes – d'adaptation par rapport à des contraintes posées par des partenaires extérieurs, en l'occurrence les juridictions du contentieux du handicap ? La délimitation, par les acteurs en charge des recours, entre travail « juridique » et « non-juridique » illustre la frontière qu'ils tracent entre « l'intérieur » et « l'extérieur » de la MDPH (a) et permet de comprendre les différentes adaptations que les MDPH mettent en œuvre pour répondre, à la marge, à ce qu'elles considèrent comme des contraintes provenant de l'extérieur (b).

Le travail juridique : une contrainte externe

Alors que les taux de recours contentieux sont relativement stables, les agents des MDPH rencontrés ont le sentiment d'être confrontés à une exigence croissante de mobilisation de savoirs juridiques dans leur activité quotidienne, notamment lors de la rédaction de la justification des notifications de la CDAPH. Ils considèrent qu'ils doivent plus en plus souvent prendre en compte les exigences de forme et de présentation requises par l'argumentaire juridique. Au-delà de ce constat partagé par tous les agents rencontrés, il existe des différences importantes quant à leur perception des exigences requises par cet impératif de développer des savoirs juridiques.

Aucune MDPH ne semble avoir prévu de pourvoir un poste destiné à ce travail juridique dès le départ.

> E115-D
>
> Avant, le contentieux, ça n'existait pas.

Elles ont, par contre, ajusté leur organigramme afin de prendre en charge cette tâche. Il n'existe, par ailleurs, aucune procédure uniformisée pour répondre au problème posé par le contentieux. Les agents des MDPH en charge de cette matière ont d'ailleurs des positions variables dans l'organigramme selon des départements. Si, dans certains, ce rôle est endossé par les responsables des pôles adultes et enfants ou par leurs adjoints en plus de leurs autres tâches, dans d'autres, les recours font l'objet d'un poste spécifique de référent juridique à temps plein. Les agents qui ont « hérité » de la charge du contentieux au sein des MDPH de notre étude ont donc des profils largement hétérogènes, selon le poste qu'ils occupent, selon qu'ils aient été recrutés directement pour cette fonction ou affectés ultérieurement à ce poste.

> E159-C MDPH
>
> En fait, pour tout vous dire, le contentieux jusqu'à présent il était géré par deux personnes. Une personne qui était la responsable du site adulte avant qu'elle ne parte et une ancienne instructrice qui envoyait, en fait, les dossiers sur demande, etc. On ne produit pas de mémoire, ou presque. On n'est pas du tout là-dessus. Tout le suivi du contentieux, tout est à faire.

Dans la plupart des MDPH, les agents n'ont pas de formation juridique spécifique et considèrent qu'ils manquent de connaissance et de compétence en matière de contentieux. Ils manifestent leur méconnaissance des règles de fonctionnement du tribunal du contentieux de l'incapacité et des règles de procédure. Dans le département B, alors que les agents responsables du contentieux sont supposés siéger au TCI pour représenter les intérêts de la MDPH, elles n'ont jamais assisté à aucune audience et redoutent de devoir le faire.

> E47-B Agente en charge du contentieux, MDPH
>
> Je n'ai pas de formation juridique, on m'a attribué le contentieux et c'est un peu compliqué parfois ! C'est un gros problème, dans les retours qu'on a des avocats, dans les jugements des tribunaux, il y a des termes qu'on n'arrive même pas à comprendre [...] J'espère ne jamais devoir y aller [au TCI], je pense que ce serait compliqué s'ils me posaient des questions de droit, je pense que je serais franchement mal à l'aise.

Dans un autre département de notre enquête (D), où un poste a été dévolu exclusivement au travail juridique, la personne recrutée est juriste de formation et a exercé son activité professionnelle antérieure au sein de cabinets d'avocat. Sa tâche consiste à réceptionner tous les courriers *« à caractère juridique »* (E115-D).

> E115-D Agente en charge du contentieux, MDPH
>
> Q : Qu'entendez-vous par les courriers « à caractère juridique » ?
>
> R : Et bien ce sont tous les courriers qui viennent du tribunal du contentieux de l'incapacité, tels que les convocations, les jugements, les rôles et les courriers des avocats. Mais pas les recours gracieux, qui sont envoyés par les personnes.

Quelle que soit leur position dans l'organigramme de la MDPH, les agents tendent à établir une frontière entre le travail « juridique » et « non-juridique » qui est intéressante dans la mesure où elle révèle que cette délimitation est établie en fonction des interlocuteurs de la MDPH plus que de la substance du travail à accomplir. Est considéré comme travail juridique toute tâche qui nécessite de *« faire le poids » (E47-B)* face à un professionnel du droit qualifié. Le travail de justification des décisions de la CDAPH n'est pas envisagé comme une tâche juridique s'il est adressé à la personne handicapée ou à sa famille, mais le sera s'il doit être adressé au tribunal du contentieux de l'incapacité. En d'autres termes, toute activité ordinaire de la MDPH devient juridique quand le processus d'attribution des droits ne suit pas le cheminement interne – en ce compris la phase d'attribution des droits lors du passage en CDAPH ou de recours gracieux – et implique des professionnels du droit extérieurs. Les agents de la MDPH tendent donc à considérer le travail juridique comme une contrainte ne s'inscrivant par dans les tâches ordinaires de l'administration, qu'ils doivent intégrer dans leur routine professionnelle. Les recours contentieux entrainent ainsi une *juridicisation* des relations entre les usagers et les administrations, car ils impliquent que les notifications soient appuyées par des arguments juridiques.

Des bricolages locaux et des adaptations à la marge

Il n'existe pas de procédure uniforme pour répondre au contentieux dans l'ensemble des départements. Au contraire, les pratiques se révèlent relativement hétérogènes et peu concertées d'un département à l'autre. Dans certaines MDPH, le traitement se limite à gérer au jour le jour les notifications de recours envoyées par le tribunal ; dans d'autres, un travail de fond est mis en place afin de tenter d'anticiper et de limiter le contentieux ; dans d'autres encore, les MDPH contestent les décisions du tribunal en faveur des usagers devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). Cette dernière constate une augmentation des recours en appel qui sont introduits par les MDPH elles-mêmes, ce qu'elle interprète comme un intérêt croissant porté par les MDPH au contentieux[178].

Dans plusieurs départements de notre enquête, l'activité juridique se limite à une approche réactive vis-à-vis du contentieux, c'est-à-dire au traitement des dossiers qui sont transmis aux MDPH par les tribunaux. Les agents qui sont censés effectuer cette tâche considèrent qu'ils n'ont pas matériellement le temps de s'y consacrer et la font passer après leurs autres missions.

> E47-B Agente MDPH
>
> En recours contentieux, […] le TCI nous adresse, par vagues, plusieurs avis de recours auxquels il faut répondre sous forme d'argumentaire, et ça, c'est un travail assez long à faire. J'essaie d'y consacrer quelques heures par semaine […]. Normalement, il faut répondre au tribunal dans les dix jours, mais j'ai certains dossiers qui ont plus de 7 mois de retard […]. Le TCI nous fait parfois savoir que ça devrait moins traîner, mais pour l'instant, il ne nous en tient pas rigueur, je crois.

Néanmoins, on voit que certaines MDPH adoptent des stratégies d'adaptation à la marge, tendant à réduire le nombre de recours ou, à tout le moins, à éviter d'être mis en défaut par le tribunal du contentieux de l'incapacité. Dans le département D, le travail de traitement au jour le jour des dossiers contentieux s'accompagne d'une volonté de mener une politique proactive de réduction du contentieux. D'une part, la MDPH cherche à prendre connaissance des critères qui permettent aux membres du tribunal d'apprécier les cas qui leur sont soumis afin que ceux-ci soient pris en compte au moment de l'évaluation des dossiers par l'équipe pluridisciplinaire.

> E115-D Agente en charge du contentieux, MDPH
>
> Q : Vous assistez parfois aux audiences ?
>
> R : Pour l'instant, on est en plein démarrage. J'accompagne les responsables. Je suis vraiment là, pour l'instant, en tant qu'observatrice. Ça me permet de voir un peu les questions qu[e les magistrats] posent, les questions qui sont posées aux usagers, les questions qui nous sont posées, et les demandes aussi faites au médecin expert, puisque l'expert est désigné le jour même de l'audience. Donc, ça me permet de recueillir ces informations-là pour pouvoir travailler en amont, en interne sur : « le TCI a posé telle question au médecin, ce serait bien qu'en équipe pluridisciplinaire, le médecin parte sur ce

[178] Rapport CNITAAT 2011. Notre enquête dans quatre départements ne permet cependant pas d'illustrer cette troisième stratégie de réponse au contentieux car nous ne l'avons pas observée.

> raisonnement-là, etc. ». C'est des exemples. Et par la suite, c'est par roulement. Mais, pour le moment, j'ai vraiment un rôle d'observatrice.

D'autre part, la MDPH cherche à justifier les décisions prises par la CDAPH par le biais de l'élaboration d'une liste fermée d'items motivant le choix ou le refus l'attribution des droits, les réorientations possibles vers d'autres services ou vers la sollicitation d'autres droits. L'élaboration de cette liste d'items fait suite à une demande du Président du TCI, qui a demandé à ce que les décisions de la CDAPH soient systématiquement justifiées, sous peine d'être mises en cause par le TCI. Elle est justifiée, également, au sein de la MDPH, par le fait qu'elle permettrait de limiter les recours introduits par les personnes handicapées et leurs familles, grâce à une meilleure explication de la décision prise.

> E115-D
>
> Q : Vous pensez que [cette liste d'items] va permettre de réduire le contentieux ?
>
> R : Je l'espère. Je pense, je pense. [...] Je pense que ça réduira le contentieux parce que, c'est ce que je me dis, faut se mettre à la place de la personne handicapée. Elle reçoit une décision comme ça, elle ne comprend pas, juste en bas, on lui explique les voies de recours, c'est normal, elle suit les voies de recours.

Alors que les notifications envoyées aux usagers sont personnalisées et n'impliquent pas de faire référence à des éléments de droit, les recours contentieux contraignent la MDPH à produire des décisions standardisées, appuyées sur le droit. Dans ce cas, la juridicisation des relations entre les usagers et l'administration tend à s'appuyer sur une *standardisation* des procédures d'évaluation et, surtout, de justification des critères d'évaluation. La justification au nom du droit se caractérise, comme l'indique Daniel Sabbagh, « par une exigence d'abstraction universalisante qui est la nécessaire contrepartie de sa prétention à la normativité. C'est parce que sa portée est générale par définition que le droit est voué à réduire l'hétérogénéité de l'expérience sociale au niveau même de la formulation des règles appelées à être uniformément applicables » (Sabbagh, 2003, p. 309).

Par ailleurs, ce travail de définition des items, jugé fastidieux, est conduit localement sans que la juriste en charge de cette tâche ne sache si le même travail a été effectué dans un autre département au préalable, ce qui illustre les difficultés liées à la mise en place d'une politique concertée à l'échelle nationale autour du contentieux. Une série d'initiatives sont pourtant mises en place afin de favoriser la concertation et la constitution d'une expertise commune autour du contentieux : la DGCS et la CNSA mettent en place des formations des TCI, la CNITAAT publie ses décisions en ligne afin de favoriser l'émergence d'une jurisprudence uniformisée, la CNSA encourage les MDPH à créer un poste de référent juridique, les MDPH tendent à échanger autour de leurs pratiques, etc. Une juriste de la CNSA souligne le souhait de développer un réseau de référents juridiques, ainsi que les difficultés liées à la mise en place de celui-ci, notamment parce que les personnes en charge du contentieux du handicap occupent des positions très hétérogènes au sein de l'organigramme des MDPH :

E157

On n'a pas spécialement poussé en disant : « il faudrait absolument un référent juridique ». On trouve ça plutôt positif donc c'est vrai que c'est des choses qu'on signale. On sait que sur le contentieux, il y a quand même des choses qui se mettent en place, qui sont intéressantes. [...] On essaye de valoriser quand ça nous semble être un point intéressant. Mais c'est approprié de façon très différenciée dans les MDPH : on a des juristes un peu transverses, attachés plutôt à la direction et qui vont suivre plusieurs aspects juridiques au sein delà MDPH ; on en a qui sont plutôt contentieux/recours [...]; on a des endroits où on a des cellules, un ou deux juristes qui ont pu intervenir à plein de niveaux. Je ne me rappelle plus quelle est la MDPH, mais ils s'occupaient des contentieux, mais ils ont aussi chapeauté toute une réflexion sur les procédures au sein de la MDPH, dans un but, justement, de limiter les contentieux. Ils sont aussi intervenus en tant qu'experts juridiques sur la mise en place des procédures en rappelant quel était le cadre qu'on a dans le Code de l'action sociale et des familles, etc. C'est assez variable. [A partir des rapports d'activité des MDPH], on avait essayé d'identifier spécifiquement sur le contentieux les personnes qui en étaient chargées dans les MDPH, on s'est construit un petit annuaire pour que les gens puissent échanger entre eux, mais on a du mal à le faire vivre parce que c'est des positionnements qui changent et on s'est rendu compte que c'était des personnes très variées qui étaient chargées du contentieux au sein de la MDPH : minoritairement des juristes, plutôt un chef de service, parfois le directeur adjoint. C'est un p'tit peu ce qu'on a eu. [...] On n'a pas tellement réussi à le faire vivre cet annuaire. [...] Les référents contentieux, on n'est pas en capacité [de l'entretenir]. En plus, il faudrait animer un réseau, on ne le fait pas. On a du travail à faire, mais on ne sait pas encore par quel bout le prendre et surtout, on n'a pas le temps.

Une agente en charge du contentieux en MDPH met également en évidence les difficultés liées à l'hétérogénéité des organigrammes des MDPH, lorsqu'elle essaie de collaborer avec ses collègues d'autres départements.

E115 Référente juridique

Parce qu'on ne se rend pas compte en fait, mais y'a énormément de référents juridiques. Ils ne s'appellent pas référents juridiques, mais ils ont tous une mission juridique au sein des MDPH, en France. Parce que, quand j'ai démarré au début, j'ai interrogé toutes les MDPH, j'ai demandé s'il y avait un référent juridique, j'ai expliqué mes missions, et je suis rentrée en contact avec certaines personnes. Donc, le but c'était, bien sûr, d'échanger sur nos pratiques, et puis, surtout, d'échanger de la jurisprudence. Parce que y'a aucune jurisprudence - la cour nationale a même été condamnée par le conseil d'état pour qu'ils puissent mettre de la jurisprudence sur leur site. Mais, j'y suis allée il n'y a même pas quinze jours et c'était toujours la même chose : c'est toujours les deux arrêts. Donc, voilà. Donc, un échange, etc. Mais, y'a tellement de travail que... De temps en temps, j'échange un p'tit peu avec eux. Ca permettrait de mettre en place, presque, un service contentieux, en fait.

Malgré l'existence de ces lieux d'échange plus ou moins formalisés, les personnes en charge des matières juridiques au sein des MDPH regrettent le manque de communication entre les différents départements. Les agents considèrent que ces lieux pourraient conduire à des échanges de bonnes pratiques dans un contexte qu'ils jugent largement incertain, notamment parce qu'ils estiment être incapables d'anticiper les décisions prises par le TCI et n'avoir que très peu d'emprise sur l'évolution du contentieux.

E115-D[179]

R : On s'est aperçu que beaucoup de personnes faisaient des recours parce qu'ils ne comprenaient pas les décisions. Donc, là, […] une de mes missions est de justifier les décisions des CDAPH, c'est-à-dire revoir nos motivations. L'idéal serait de pouvoir rendre une décision individualisée, mais c'est impossible informatiquement, donc j'établis une liste de motifs. […] J'ai plus de vingt pages d'items là pour les adultes et je n'ai pas encore fini. Anticiper tous les motifs possibles, ce n'est pas simple […].

Q : Ce travail n'a jamais été effectué dans d'autres départements ?

R : Euh, vous savez, on ne sait pas trop ce qui se passe dans les autres MDPH…

Malgré le fait que les MDPH soient présentes au TCI de manière répétée, elles ne sont pas en mesure de sélectionner les cas qui seraient favorables à leurs intérêts et de privilégier des voies alternatives de résolution des conflits qui les opposent aux personnes handicapées contestant la décision de la CDAPH[180]. La CNSA encourage cependant les MDPH à recourir aux juridictions lorsqu'elles estiment qu'il s'agit d'un enjeu stratégique, afin de créer une jurisprudence en leur faveur.

E157 CNSA

Donc le message c'est vraiment : […] « On comprend que vous ne fassiez pas appel dès que le TCI vous a donné tort, par contre, si y'a une question de principe, mettez le paquet sur une affaire, allez-y sur une question de principe, vous aurez l'arrêt de la CNITAAT et la fois d'après vous pourrez vous appuyer dessus. […] Ne vous battez pas quand c'est une situation ric-rac et que vous-mêmes vous avez hésité. Vous vous êtes posé vous-mêmes la question, si le TCI tranche en faveur de la personne, c'est pas bien grave après tout. Par contre, quand le TCI attribue des heures ménagères sur la PCH, ça vaut le coup quand même ».

Le traitement des recours ne semble pas, dans la plupart des départements, faire l'objet d'une réflexion de fond afin de réduire le nombre de recours à un niveau structurel. Le coût d'une refonte des modalités de prise de décision est jugé trop important par rapport au taux relativement faible de dossiers qui sont portés devant les juridictions du contentieux de l'incapacité. Les recours sont plutôt considérés comme un *« mal nécessaire »* (E44-B) au fonctionnement de cette institution. Néanmoins, les variations dans la réorganisation interne de l'administration tendent à mettre en évidence un différentiel dans la perception de la contrainte induite par le contentieux.

En résumé, deux types de réponse vis-à-vis du contentieux peuvent être distingués, chaque MDPH se situant à une position variable entre ces deux pôles.

---

[179] Depuis la réalisation de cet entretien en mai 2012, la CNSA a organisé, en juin 2012, une session relative à l'organisation du contentieux du handicap, à destination des directeurs de MDPH.

[180] Contrairement aux « *repeat players* » repérés par Marc Galanter, qui contrôleraient les cas qu'ils portent en justice pour faire en sorte que l'interprétation juridique joue exclusivement en faveur de leurs intérêts (Galanter, 1974, p. 870), les MDPH de notre étude ne font pas systématiquement ce travail de sélection des cas portés devant la CNITAAT, même des initiatives en ce sens émergeaient au moment de notre étude.

- **Types de réponses des MDPH au contentieux**

APPROCHE REACTIVE	APPROCHE PROACTIVE
Traitement des dossiers au cas par cas	Politique de réduction du contentieux (items, référent-e juridique, recours à la CNITAAT, etc.)
Personnalisation des notifications	Standardisation des notifications

Quelles que soient les pratiques des MDPH face aux recours contentieux, elles se révèlent éclatées et hétérogènes. On peut émettre l'hypothèse, qu'il faudrait vérifier dans un plus grand nombre de départements, de la **constitution d'une expertise du contentieux variable au sein des MDPH, en fonction de ce qu'elles perçoivent comme la plus-value du développement d'une telle expertise juridique**. Dans les départements où le TCI tend à suivre l'avis du médecin-expert, la MDPH ne considérerait pas qu'elle a la possibilité d'influencer la décision des magistrats et adopterait une approche réactive de traitement au cas par cas des dossiers de recours, alors que dans les départements dans lesquels le TCI se focalise plutôt sur le respect des procédures, la MDPH tendrait à développer des savoirs juridiques en interne et une approche proactive vis-à-vis du contentieux, afin d'être considérée comme un interlocuteur légitime par les magistrats du TCI.

Les relations entre MDPH et TCI, au prisme de la réputation

Les rapports qui s'établissent entre les MDPH et les TCI peuvent être analysés au prisme de la réputation. Cette dernière constitue un élément central de la capacité des institutions à réguler le domaine de politiques publiques dont elles ont la charge, en l'occurrence le handicap. Si l'on reprend les caractéristiques relevées par Daniel Carpenter *(2000)*, dans quelle mesure les MDPH peuvent-elles revendiquer être « uniques », c'est-à-dire les seules organisations disposant d'un savoir-faire pour traiter des droits des personnes handicapées et, en parallèle, d'être « multiples », de par leurs ancrages durables au sein de leur environnement ? La légitimité de l'expertise produite par les MDPH et des décisions prises par la CDAPH constitue un enjeu central pour asseoir leur réputation au sein de leur

environnement. Plus généralement, cette question révèle des conflits d'expertise autour du « droit du handicap ».

Prendre des décisions légitimes

La question de la légitimité des décisions en termes d'attribution de droits est centrale dans le discours des différents acteurs qui interviennent lors de la contestation de ces décisions par les personnes handicapées et leur famille. Il ne s'agit pas tant ici de trancher cette question de la légitimité que de s'interroger sur la manière dont cette dimension est mobilisée par les différents acteurs, parce qu'elle révèle tant les stratégies de légitimation de la MDPH que la réputation qui lui est accordée par ses partenaires extérieurs.

En 2010, le rapport Blanc sur la proposition de loi tendant à améliorer le fonctionnement des MDPH et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap faisait état de plaintes de la part des directeurs de MDPH qui considéraient que les magistrats du TCI ne prenaient pas en considération le caractère pluridisciplinaire de la décision prise en CDAPH.

> Les directeurs de MDPH rencontrés par votre rapporteur, ont en effet déploré le manque de formation des magistrats de ces juridictions aux nouvelles normes et pratiques qui résultent des dispositions de la loi du 11 février 2005. De surcroît, les décisions sont le plus souvent rendues sur la base du seul compte rendu médical communiqué aux magistrats, négligeant ainsi le caractère pluridisciplinaire des décisions prises par les CDAPH à partir de l'évaluation réalisée par les équipes polyvalentes de la MDPH. (Extrait du Rapport Blanc, p. 42-43)

La primauté accordée aux savoirs médicaux au sein de ces juridictions est très fortement critiquée par de nombreux acteurs de terrain car ils considèrent que la décision prise par l'organe pluridisciplinaire qu'est la CDAPH ne devrait pas être révisée par une juridiction qui n'est composée que de magistrats et de ses assesseurs, appuyés par un médecin-expert, sans que ne soient représentés ni les associations, ni les usagers, ni les institutions du secteur.

> E157 CNSA
>
> R : [La CNSA a organisé] une journée consacrée à la loi de 2005, pour présenter un petit peu la CNSA, […] les MDPH, leur mode de fonctionnement, […] la structure et puis, pour reparler des problématiques d'évaluation, pour bien expliquer ce qui était attendu en terme d'évaluation, pour qu'on ait une vision partagée de l'évaluation du handicap. Puisque les TCI ne sont pas au même niveau d'évaluation, très clairement : […] c'est beaucoup de médecins alors que dans les MDPH, il n'y a pas que des médecins.
>
> Q : Essentiellement des médecins et, surtout, une parole médicale qui a plus de poids.
>
> R : Exactement. Enfin, qui n'est pas conforme, du coup, à la nouvelle vision du handicap qu'on a au niveau international, qui a été reprise dans la loi de 2005. Et puis, c'est souvent des médecins qui ont fait une formation en indemnisation du préjudice et on n'est pas du tout dans cette logique-là sur les prestations MDPH. Du coup, c'était l'idée de bien représenter ce cadre, quelle était la notion du handicap qu'il y avait dans la loi. Justement, essayer de faire comprendre que ce n'était pas que le diagnostic – le diagnostic peut être très, très grave (sclérose en plaques, c'est très grave, mais pour le moment, la personne le vit bien, donc elle n'aura pas de prestation, car elle

> n'atteindra pas les seuils requis). Voilà, essayer un peu de se détacher, notamment du diagnostic.

L'argument central de cette critique repose sur le manque d'effectivité des décisions prises par le tribunal du contentieux de l'incapacité et l'absence de prise en compte de la réalité locale du département.

> E44-B MDPH
>
> Dans les EP [équipes pluridisciplinaires], chacun se met dans la situation de : « Est-ce que, moi, je serais prêt à accueillir ce gamin-là, et est-ce qu'on pourrait faire quelque chose avec ? Est-ce qu'on pourrait le faire avancer ? » Du coup, les dialogues sont parfois un peu chauds et ça, c'est intéressant. On est, chacun, susceptible de pouvoir l'accueillir après. Ce n'est pas simplement, comme au tribunal [TCI] : « Oui, le pauvre gamin, on va lui mettre un ITEP pour pas qu'il se promène dans la rue ». Lui trouver un ITEP, ok ! Sauf que personne n'en voudra jamais. En EP, on est vraiment au concret.

Cette effectivité des décisions reposerait, aux yeux des agents des MDPH, sur deux formes de *savoirs d'expérience*. D'une part, elle serait garantie par le caractère pluridisciplinaire des équipes, qui permettrait la mobilisation de savoirs liés à une connaissance approfondie de certains types de handicap et des difficultés qu'ils engendrent dans la vie quotidienne des personnes. L'effectivité reposerait aussi, d'autre part, sur l'ancrage local des maisons départementales, jugé indispensable pour garantir une prise en compte de la réalité du terrain, notamment en termes de disponibilité des ressources.

> E119 Conciliateur, très investi dans le milieu associatif local
>
> Les magistrats, je vais dire, ils prennent une décision sans regarder vraiment comment ce sera mis en place. Alors que la CDAPH, c'est différent, il y a des représentations des associations et… ils peuvent dire « oui mais au niveau local, ça va être compliqué de trouver une place là ». Je pense pas que les magistrats se posent toutes ces questions-là.

Considérant les magistrats du tribunal comme déconnectés des contingences propres à chaque département et, plus généralement, de la problématique du handicap, les agents des MDPH mettent en avant l'absence de prise en compte des possibilités de mise en œuvre concrète des décisions prises par le TCI.

En contrepartie, les magistrats du tribunal du contentieux de l'incapacité affirment le caractère impartial et apolitique des décisions de justice, qu'ils opposent aux décisions qui émanent des CDAPH. Jugeant que les commissions sont composées de représentants du Conseil général et d'élus, ils considèrent que les décisions qui en émanent sont influencées par des arguments d'ordre politique, notamment les ressources que le Conseil général décide d'allouer aux différents droits et prestations liés au handicap. La prise de distance avec la réalité locale est jugée par ceux-ci comme essentielle pour garantir l'égalité de traitement sur le territoire national.

> E211 TCI
>
> Les MDPH […] sont composées de membres du conseil général, d'élus, elles prennent des décisions qui n'ont de valeur que si elles peuvent être suivies d'effets. Or, on voit qu'il y a un contentieux important, justement parce que les décisions de la MDPH ne sont pas suivies d'effets. Le tribunal lui juge en toute impartialité, on ne s'occupe pas de la couleur politique du département.

Dans certains cas, jugés fréquents par les agents en charge du contentieux, la décision prise par les magistrats du TCI ne remet pas en cause l'expertise médicale réalisée au sein de la MDPH, mais la décision qui en découle, prise par la CDAPH. Sans modifier le taux d'incapacité déterminé par le médecin-expert et avalisé par la CDAPH, les magistrats peuvent attribuer une AAH alors que la CDAPH l'avait refusée, sur base de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

> E47-B Agente MDPH en charge du contentieux
>
> En règle générale, y'a quand même pas mal de décisions confirmées. [...] C'est vrai qu'on peut être amené à avoir des décisions du TCI qui infirment les nôtres dans le sens d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, surtout pour les personnes à qui on a refusé une allocation avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 79%, pour lesquelles le tribunal du contentieux peut accorder à la personne cette allocation, toujours au même taux, mais dans le cadre de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Ça, j'en vois. J'en ai encore vu ce matin. On va dire que ce n'est pas rare, quoi.

Ils mettent ainsi en cause les conséquences sociales du handicap sur la vie de la personne, jugeant que la décision prise par le CDAPH n'avait pris en compte que la dimension médicale. Ce type de décision permet aux magistrats du TCI de ne pas suivre mécaniquement le diagnostic médical mais de prendre en compte les difficultés réelles que la personne rencontre dans sa vie quotidienne, dans la recherche d'un travail. Ils remettent ainsi en cause la manière dont la CDAPH prend ses décisions.

> E113-D Président de TCI
>
> Le décret précise bien que ce n'est pas la question de savoir si elle est apte ou pas apte, la question c'est de savoir si le handicap constitue une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Donc, là, si vous voulez, [...] lors de l'audience sur le régime handicapé, on s'est posé la question sous cet angle-là.

Plus généralement, cette revendication de légitimité apparait avec acuité dans les cas où le TCI tend à se prononcer non pas sur la décision de la CDAPH mais sur l'état de santé de la personne au moment de l'audience. Si cette pratique n'est pas forcément courante, elle conduit à des tensions fortes entre les MDPH et les TCI, notamment en ce qui concerne la légitimité de chaque institution. Dans plusieurs cas que nous avons pu observer, au lieu de prendre en considération l'état de santé de la personne lors de son passage devant la commission et d'exercer son rôle de juridiction de recours face à la décision d'une commission pluridisciplinaire, le TCI accorde directement des droits et, par ce biais, se substitue à la CDAPH puisqu'il ne requiert pas que la demande de la personne soit réexaminée en première instance par la CDAPH.

> E118-D Magistrat du TCI
>
> Q : Le tribunal prend donc en compte l'état de la pathologie ou des pathologies au moment de l'audience ?
>
> R : [...] Selon le code, normalement, ça doit être attribué au moment de la demande auprès de la MDPH, mais, après le tribunal, il prend la décision qu'il veut. En fait, il y a des codes, le tribunal peut prendre une décision en fonction des codes, mais il peut prendre une décision qui ne suit pas les

> codes. Après, charge aux parties, quand ils recevront le jugement, de faire appel de la décision ou pas. Mais, le tribunal prend la décision qu'il veut, avec les éléments qu'il veut, tant qu'il a la preuve, des preuves - voilà, il ne peut pas inventer des maladies - mais s'il a la preuve, il prend la décision qu'il veut. Les commissions, la CDA ne peut pas prendre la décision qu'elle veut parce que c'est une commission. Après, le tribunal, c'est aussi une juridiction, donc le juge prendra la décision qu'il veut et à charge aux parties de faire appel.

Cette pratique est motivée, par les magistrats qui prennent cette décision, par une critique de l'inadéquation entre la temporalité de la MDPH et celle de la vie des personnes handicapées. Elle est donc légitimée par le souhait de favoriser la promotion des droits, plutôt que le respect du droit.

> O23-D Audience TCI
>
> Une personne vient de quitter la salle d'audience, accompagnée de son avocat. Elle a présenté des examens médicaux récents qui viennent appuyer son recours contre la décision de la CDAPH. La présidente de formation s'adresse aux assesseurs : « ça ira plus vite si on prend directement en compte l'état actuel de la personne, parce qu'avec les délais de traitement des dossiers à la MDPH, les personnes auront droit à leur AAH dans deux ans, alors qu'ils en ont besoin tout de suite. La MDPH n'a qu'à venir à l'audience si elle veut donner son point de vue. »

Au sein de la MDPH, cette pratique est perçue comme problématique parce qu'elle constitue un court-circuitage de la CDAPH. Elle empêche donc l'examen des dossiers par cette commission pluridisciplinaire, composée entre autres de représentants du Conseil général et des représentants des personnes handicapées (qui peuvent être handicapées elles-mêmes, mais pas nécessairement).

> E115-D MDPH
>
> Dans les mémoires toujours, je vais insister pour que le tribunal statue sur la décision contestée par rapport à la demande qui avait été déposée. Parce que s'il y a de nouvelles pièces, s'il y a une aggravation de l'état de santé, là, il faut qu'il redépose une nouvelle demande auprès de la MDPH, et bien évidemment, y'aura une nouvelle décision. Alors que, là, le TCI, ce qu'il faisait c'est qu'il statuait sur la situation actuelle de la personne. Mais, tout ça c'est de la procédure civile, c'est même pas du droit des personnes handicapées.

Conflits d'expertise autour du « droit du handicap »

En matière de droit du handicap, toutes les personnes rencontrées – qu'elles travaillent pour la MDPH, siègent à la CDAPH, ou interviennent au TCI – mettent en évidence plusieurs traits communs. Tout d'abord, elles estiment avoir acquis leurs connaissances et compétences dans le champ du handicap « sur le tas », au fil des dossiers et des années d'expérience. Certaines ont reçu une formation juridique, sans suivre aucun cours spécifique dans le domaine du contentieux du handicap ; d'autres avaient accompagné, à titre personnel, un proche dans ses démarches d'ouverture de droits et avaient acquis par-là des connaissances « d'expérience » ; d'autres encore n'avaient aucune connaissance du secteur avant d'y travailler. Ensuite, elles pointent du doigt le manque de connaissance et d'expertise des autres intervenants en matière de droit du handicap. Elles mettent en évidence les « erreurs » commises par les uns, et les

« manquements » réalisés par les autres, qu'elles justifient non pas par un non-respect des législations mais par un manque de connaissance de celles-ci. Enfin, elles reconnaissent ne pas savoir vers qui se tourner, au niveau local, lorsqu'elles rencontrent des difficultés ou des interrogations, dans la mesure où elles estiment ne pouvoir se fier à l'expertise d'aucun autre acteur du champ du handicap.

> E52 Permanente associative
>
> Le droit du handicap, ça ne s'apprend pas à l'école. Moi j'ai appris ce droit sur le tas, ici. Mais maintenant, je dois dire que je le connais le droit du handicap. Mieux qu'au TCI, où je leur écris parfois pour leur dire qu'ils se trompent.
>
> E120 Avocat
>
> C'est un contentieux technique très particulier, que seuls quelques avocats maitrisent finalement, parce qu'à la MDPH, ce n'est pas toujours très bien justifié d'un point de vue légal.
>
> E113 TCI
>
> Mon travail, sur le plan du contentieux du handicap, c'est d'amener aussi les MDPH, et les deux CDAPH [du ressort], de les encourager à appliquer les textes : la loi sur le handicap, la procédure civile, et quand je parle de la procédure civile, j'ai l'impression de parler tout sauf le français. Ce qui est normal dans la mesure où ce sont des gens qui n'ont pas reçu de la formation de juriste.
>
> E115-D MDPH
>
> S'il y a une aggravation de l'état de santé [entre la décision de la CDAPH et le recours de la PH], là, il faut qu[e la personne] redépose une nouvelle demande auprès de la MDPH et, bien évidemment, il y aura une nouvelle décision. […] Le TCI, ce qu'il faisait c'est qu'il statuait sur la situation actuelle de la personne. Mais, tout ça c'est de la procédure civile, c'est même pas du droit des personnes handicapées.
>
> E207 DGCS
>
> Le seul problème, c'est qu'on porte ce contentieux-là devant le tribunal du contentieux de l'incapacité, et pour être honnête avec vous, […] les TCI, souvent, ne connaissent pas du tout la réglementation.[181]
>
> E157 CNSA
>
> Après, nous, on est tout prêt à essayer de travailler avec les TCI parce qu'on a quand même eu des jurisprudences qui sont remontées avec des choses, vraiment, qui n'étaient pas correctes, qui étaient de la méconnaissance du texte.[182]

La CNSA constitue cependant une source d'expertise, vers laquelle les agents des MDPH se tournent régulièrement lorsque leur activité sort des procédures routinisées et maitrisées.

> E115-D MDPH
>
> J'essaie de perfectionner au maximum mes connaissances, donc j'interroge beaucoup la CNSA, pour le secret médical, par exemple, j'interroge le conseil national de l'ordre des médecins, pour avoir une confirmation de ce que j'avais avancé, en fait.

[181] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot
[182] Entretien réalisé par Pierre-Yves Baudot

Finalement, les différents acteurs du champ du handicap se trouvent confrontés à une incertitude qui est celle de la définition du « droit des personnes handicapées » dont ils peinent à définir les contours et les limites. L'articulation, dans le discours et les pratiques des acteurs du champ du handicap, entre la mobilisation « des droits » et la référence « au droit » se fait de manière variable, en fonction des situations et des acteurs en présence. Cette incertitude pèse sur les MDPH, qui tendent à se définir comme « guichet unique » d'un droit qui n'est pas délimité de manière uniformisée par les acteurs du champ du handicap.

Ces conflits de réputation sont intéressants car ils révèlent une controverse portant sur une prétention de spécialité et d'expertise revendiquée tant par les MDPH que par les TCI. En ce sens, les juridictions du contentieux de l'incapacité pèsent sur l'autonomie du travail des MDPH dans la mesure où, au-delà de la remise en cause des décisions de la CDAPH qui constitue leur activité quotidienne, les magistrats mettent en cause la légitimité de ces administrations, notamment en termes d'expertise et de spécialité, lorsqu'elles prennent des décisions d'attribution de droits.

Conclusion

Tout comme lors des séances des CDAPH, les audiences des tribunaux du contentieux du handicap offrent un espace d'observation privilégié de la rencontre de plusieurs types de savoirs et expertises. Si la juridiction ne fait pas intervenir un grand nombre de partenaires issus d'organisations et d'institutions différentes, elle met néanmoins en présence plusieurs types de savoirs : à la fois des *savoirs juridiques*, portés par des professionnels du droit qui revendiquent l'indépendance des juges dans la prise de décision ; des *savoirs médicaux* portés par les médecins-experts ainsi que par les personnes handicapées elles-mêmes ; et des *savoirs liés à l'expérience* personnelle du handicap, mobilisés par les personne handicapée ou leurs proches. Ces savoirs sont mis en concurrence et font l'objet d'une hiérarchisation de la part des membres du tribunal, au moment de la prise de décision. L'étude de la contestation par les usagers des décisions prises par la CDAPH montre une hétérogénéité des pratiques, liées pour partie à la culture de juridiction locale, qui tend à mettre en place des procédures différentes – qui touchent à l'audition des parties ou à la place accordée au médecin-expert – donnant lieu à la valorisation de certaines formes de savoirs au détriment d'autres.

En parallèle, la porte d'entrée du contentieux permet d'étudier les pratiques mises en œuvre au sein de l'administration pour répondre aux recours qui sont intentés à l'égard des décisions prises par la CDAPH. Deux constats peuvent être dégagés. D'une part, des disparités locales semblent marquer les MDPH en matière de constitution d'une expertise juridique. De manière générale, les MDPH cherchent peu à anticiper le contentieux par la mise en place de procédures ou pratiques spécifiques. Les agents tendent plutôt à considérer les savoirs juridiques comme une *contrainte provenant de l'extérieur*, ne s'inscrivant pas dans le travail ordinaire de l'administration. Ils mettent en place des adaptations locales, à la marge, pour répondre à ce

qu'ils jugent un « problème » posé peur leur environnement. Loin de faire l'objet d'une réflexion au niveau national, les bricolages locaux induits par le recours au droit illustrent le rôle d'innovation que peut jouer le niveau local lorsque la MDPH se trouve dans une situation d'incertitude. D'autre part, la juridicisation des relations entre les usagers et l'administration induite par le contentieux contraint les MDPH à la standardisation des procédures d'évaluation et, surtout, de justification des décisions prises.

Enfin, la contestation, par des personnes handicapées ou leurs proches, des décisions de la CDAPH est susceptible d'entrainer une autre forme de contestation, plus générale, de la part des partenaires extérieurs de la MDPH, qui met en cause la réputation des MDPH en tant qu'institution ayant le monopole de l'expertise dans le champ du handicap. L'objectif affiché de créer un « guichet unique » du handicap, faisant des MDPH le seul interlocuteur des personnes souffrant d'un handicap, se trouve ainsi mis à mal par les pratiques de contournement des CDA, par les critiques adressées, par les partenaires extérieurs, à l'attitude des MDPH vis-à-vis des personnes handicapées, ou encore par le manque de reconnaissance d'une expertise spécifique aux MDPH.

Chapitre 2 **La légitimité par l'effectivité, au prix de l'autonomie**

Nous avons vu que les MDPH s'efforcent de défendre leur périmètre de compétences contre l'introduction d'expertises concurrentes, celles du TCI et de la DDCS, perçues comme des acteurs extérieurs au processus d'évaluation. Les défauts de réputation – dénonciation de l'absence d'expertise de la DDCS et du TCI, qui jugeraient en dépit du droit, sur des critères trop émotionnels (le TCI) ou trop comptables (la DDCS) – indiquent dans nos entretiens ce conflit de réputation qui vise à construire la MDPH comme l'acteur principal de la production de l'expertise sur les personnes handicapées.

Pourtant, le fonctionnement de la MDPH n'est pas déterminé uniquement par des logiques purement « maison ». La MDPH laisse une place très importante, dans son fonctionnement, à des expertises produites par des partenaires extérieurs, mais qui interviennent à l'intérieur même du processus de décision. Ces participations au processus de décision (par le biais de l'évaluation) sont donc vues par la MDPH comme la marque de la coproduction recherchée et légitimante de l'action publique (Chauvière, 2010). En étant associée au travail d'évaluation, ces logiques ne sont pas perçues comme exogènes au travail de la MDPH. Nous voudrions montrer ici que l'Education nationale (à propos de l'attribution des AVS) et les gestionnaires d'établissement interviennent directement dans le processus de production des évaluations par l'EP, en amont de la décision en CDA.

Cette participation à la production des propositions de notifications empêche les MDPH de prétendre à une réputation d'unicité dans la production de l'expertise sur les populations, expertise en réalité dépendante des logiques défendues par les établissements et des modalités de mise en place des AVS par les services locaux de l'Education Nationale. Toutefois, l'association en amont des institutions qui sont amenées à produire effectivement le service notifié par la CDAPH permet aux MDPH d'assurer que les décisions prises au sujet des personnes handicapées en CDAPH seront suivies d'effet. Les MDPH ne disposent d'aucun moyen (juridique ou autres) qui leur permettrait de contraindre les services qui se sont vus notifiés l'orientation d'un enfant en établissement ou la prise en charge d'un enfant par un AVS à l'école d'assurer que cette notification soit traduite en acte. Seule, en matière de scolarisation des enfants, une décision récente assigne à l'Etat une obligation de résultats – et non plus de moyens. Mais ce n'est pas la MDPH qui ici est en mesure de contraindre les institutions chargées de la mise en œuvre concrète des prestations d'assurer effectivement ces prestations.

Ce déficit de moyens pour la réalisation effective des notifications pourrait placer les MDPH dans une situation délicate : l'absence d'effectivité des décisions pourrait en effet mettre à mal la position que les MDPH doivent jouer, celle d'être une porte d'entrée sur le champ du handicap. **Comment jouer ce rôle si la « maison » n'est qu'une « façade » et que les décisions sont prises en d'autres endroits** ? Quelle importance de la CDAPH si les décisions sont prises indépendamment de l'expertise et de la délibération produite en ces magistratures morales ? Cela est d'autant plus important que, si les décisions en CDA sont prises par un collectif d'acteur dont la composition vise à représenter la diversité des intérêts en présence, les « espaces confinés » (Gilbert and Henry, 2009) dans lesquels pourraient être produites en amont les expertises et les décisions d'orientation ne bénéficient pas du même cadre formel que la CDAPH dans lequel est assuré le pluralisme des intérêts.

Cette participation à la prise de décision pourrait cependant permettre à la MDPH **d'assurer l'effectivité des décisions prises en assurant que les décisions correspondent à des moyens disponibles**. Ce faisant, les MDPH adapteraient les demandes aux moyens en s'assurant auprès des partenaires de la possibilité de réaliser effectivement le type de prise en charge recommandé.

Cette participation à la production de l'évaluation marque la capacité de la MDPH à développer et entretenir **une multiplicité de liens** avec l'environnement. Cette « multiplicité » de relations permet à la MDPH de renforcer sa position de point de passage obligé. Mais, à la différence de ce que propose Daniel Carpenter *(2000)*, cette multiplicité ne passe pas par la production de réseaux externes à la MDPH, mais **par l'intériorisation de logiques exogènes à l'intérieur du fonctionnement de la MDPH :** il convient ici d'envisager la **multiplicité** des liens que la MDPH a réussi à créer comme la marque de son insertion dans le champ du handicap. Mais **l'intériorisation** de ces réseaux marque aussi l'absence de position de surplomb que les MDPH occupent à l'égard des principaux pourvoyeurs effectifs de services et de financements. De ce fait, la réputation d'expertise de la MDPH ne peut être solidement établie. La quête de la légitimité par l'effectivité s'effectue donc aux dépends de son autonomie.

Nous montrerons que l'absence d'effectivité des décisions prises et de moyens de pression sur l'environnement pour contraindre à la prise de décision peut être vécue par les agents comme une marque de dévalorisation de leur métier. Ceux-ci peuvent alors chercher à maximiser les chances d'effectivité des décisions qu'ils proposent à la CDAPH.

Nous verrons ensuite comment les associations gestionnaires d'établissement participent à l'établissement des évaluations, en amont du travail de la CDAPH. La représentation des intérêts ne s'effectue donc pas uniquement en CDAPH, mais en amont, dans le travail même de l'EP.

Enfin, nous chercherons à identifier les ressources qui font la différence entre des expertises perçues comme extérieures (celle de la DDCS) et d'autres qui sont perçues comme intérieures (celles de l'EN en ce qui concerne les AVS). Nous montrerons ainsi que le rôle joué dans la

production effective du service par la mise à disposition d'un personnel dédié (et non le versement automatique d'une prestation), la production effective de solutions de prise en charge ainsi que la menace diffuse que fait peser sur la MDPH et sur l'EN l'obligation de résultat en matière de scolarisation constituent autant d'éléments qui amènent les MDPH visitées à aménager une place importante aux représentants de l'EN.

Nous montrerons ainsi comment, dans les échanges pragmatiques entre institutions, et en l'absence de toute contrainte légale, est construite l'effectivité des décisions prises.

L'effectivité comme quête

Dans le travail concret de la MDPH, l'absence d'effectivité des décisions prises par la CDAPH est une source importante de démobilisation du personnel. Les agents de MDPH peuvent en effet questionner l'intérêt d'évaluations individualisées si celles-ci ne peuvent concrètement se traduire en orientations réellement adaptées.

Nous voudrions ici signaler l'importance de cette question de l'effectivité pour les personnels de la MDPH, avant de montrer comment ils peuvent s'efforcer de travailler, dans leurs évaluations mêmes, la question de l'effectivité.

L'absence d'effectivité comme dévalorisation du travail des MDPH

Le travail réalisé par les professionnelles[183] **de la MDPH peut être dévalorisé par ses agentes du fait de l'absence de maîtrise par ces professionnelles de l'environnement extérieur aux MDPH**, qui conditionne pourtant la possibilité d'effectivité des décisions qui y sont prises[184]. Cet élément apparaît pour certaines interviewées dans leur réponse à la question posée en entretien sur les éléments qui leur déplaisent dans leur travail, ainsi que le montrent les deux extraits d'entretien suivants :

> E 192-C – psychologue
>
> Ce qui me laisse sur ma faim c'est la réalité du terrain, c'est-à-dire, parfois, la sensation d'évaluer, mais pour rien au bout – c'est-à-dire, quand y'a pas de places en établissement ; on fait toute une évaluation, mais on sait que l'enfant va attendre deux ou trois ans avant d'avoir une place, et ça, ça me laisse sur ma faim(…), si y'a moins de moyens, on va dire, en établissement, et qu'on lui attribue une allocation maximum parce que y'a pas de prise en charge, ça, ça me laisse sur ma faim.. (…) Oui, de travailler parfois « pour rien », entre guillemets. C'est-à-dire que ça ne va pas être suivi d'effets, nos propositions, donc c'est un peu frustrant. (…) c'est des choses institutionnelles.
>
> E 51-A, instructrice, secteur adultes

[183] Nous utilisons le féminin grammatical car nos enquêtés étaient dans leur quasi-totalité des femmes.
[184] Partie rédigée par Gwenaëlle Perrier.

> Q : Pour vous, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre travail ?
>
> R : Dans le travail, on va dire, parfois, (…) l'impression qu'on n'aide pas les personnes parce que quelqu'un qui a un handicap, qui cherche du travail : déjà que ce n'est pas facile pour quelqu'un qui n'a pas de handicap, alors quelqu'un qui a un handicap, c'est encore plus dur. Et, parfois, on ne peut pas la diriger vers une formation (…) Donc, on lui dit : « dirigez-vous vers Pôle emploi », on sait que c'est pas eux qui vont leur trouver du travail**. On a un peu l'impression de ne pas pouvoir faire grand-chose pour eux, quoi**. (…) tout ce qui est travail en milieu ordinaire, ou travail en entreprise adaptée, **on a l'impression parfois qu'on leur envoie une notification mais qui ne leur avance à rien**. Ça va pas faire avancer les choses. (…) Et puis, c'est pareil, y'a des personnes qui ont aussi des problèmes, **faudrait les mettre dans des institutions où y'a pas de places ou qui n'existent pas dans notre département** – y'a des établissements qui existent dans d'autres départements mais [dans notre département], y'en a pas. On va les orienter vers ces institutions sachant que y'en a pas. On se dit : c'est pas facile pour les personnes qui attendent une réponse, qui attendent longtemps même parce qu'on met plusieurs mois pour répondre, et puis qui ne vont pas trouver la réponse qu'elles souhaitent.

Toute une littérature d'analyse des politiques publiques a bien montré que la portée de la loi reste « dépendant[e] des conditions pratiques de sa mise en œuvre » (Surel, 1997, p. 161), renvoyant ainsi à l'idée plus générale que les politiques publiques ne prennent sens que dans des cadres particuliers (Bezes, 1994, p. 218). L'idée que la déclinaison d'une politique suppose des moyens – financiers, humains, techniques – pour pouvoir la concrétiser n'est pas nouvelle[185]. Ces extraits d'entretiens mettent cependant l'accent sur le fait que dans le cas du handicap, le **manque de moyens n'est pas uniquement celui qui affecte l'institution qui gère les demandes de droits, mais aussi et surtout celui de son environnement institutionnel**. L'expression d'une interviewée « *on est vraiment à la croisée de tout le monde* » (E 74-A) exprime très nettement cette position spécifique de la MDPH dans le champ du handicap, qui influe sur les possibilités de son efficacité.

On retrouve dans d'autres secteurs d'action publique des administrations qui se trouvent dans des configurations similaires. Par exemple, le travail des salarié-e-s en charge de l'accompagnement des demandeurs d'emploi (à Pôle emploi, notamment) est largement tributaire de l'offre de formation, et plus généralement de l'activité économique. S'il n'est pas spécifique aux MDPH, **l'encastrement** de celles-ci dans un environnement institutionnel est producteur de contraintes fortes : **ces administrations ne possèdent pas les ressources et les compétences pour rendre effective les décisions qu'elle prend quant aux usagers**.

Une évaluatrice exprime clairement le paradoxe que constitue pour la MDPH cette configuration :

> E 26-B

[185] Par exemple, Alexis Spire explique que « dans la gestion quotidienne de l'immigration, l'insuffisance en moyens matériels et humains conduit (…) au développement de pratiques illégales, non pas en raison d'un choix délibéré de la hiérarchie, mais plutôt en raison de son souci de parer au plus urgent » : c'est le cas notamment lorsque les agents préfectoraux refusent de délivrer des notices d'asile aux demandeurs d'asile se présentant à la préfecture. (Spire, 2007, p. 14)

> Aujourd'hui les établissements font ce qu'ils veulent – enfin, qui font ce qu'ils veulent – qui gèrent comme ils le souhaitent, alors que c'est vrai que, nous, c'est nous, quand même, l'administration décisionnaire de toutes ces orientations en établissement.

Différentes initiatives – variées – au sein des MDPH étudiées, montrent que les MDPH agissent pour tenter de modifier cette limite à leur pouvoir dans le champ du handicap. Il peut s'agir de coopérations ponctuelles avec les établissements :

> E26-B
>
> Là, j'ai été associée aux conditions d'admission de l'ouverture d'une MAS à [nom de la commune] avec Madame [nom de la responsable du pôle adultes] et le Docteur [XX]. Donc, on est venu, on a été associé. En fait, on a passé des candidatures, et donc, nous, on a dit ce qu'on en pensait. On est venu avec nos listes, aussi, des gens qui avaient des orientations MAS. Donc, ça, c'est hyper intéressant. On se dit que plus on travaille dans des actions comme ça, mieux on pourra répondre aux gens.

Dans cette même MDPH, un double de la notification adressée aux usagers est envoyé également à des établissements afin de favoriser d'une part la mise en contact entre les usagers et les établissements, et d'autre part le suivi par la MDPH de l'application de ses décisions :

> E26-B
>
> R : quand on a nommé en particulier un SAVS, en règle générale c'est celui de XX (nom du service)] qu'on nomme puisqu'il est très axé maladies psychiques, on envoie le double de la notification à [XX]. Donc, [XX] contacte la personne.
>
> Q : D'accord. Et ça, vous le faites systématiquement avec tous les SAVS/ SAMSAH ?
>
> R : Toujours. Mais quand on en nomme un. Et ça, c'est spécifique aux établissements médico-sociaux.
>
> Q : Quand vous en nommez quatre, vous ne le faites pas ?
>
> R : Non. Quand on nomme un foyer de vie, ou quoi, on n'envoie pas le double de la notification au foyer de vie. Ça, c'est vraiment spécifique SAVS/ SAMSAH. D'autant plus, celui-là, je vous dis, où c'est troubles psychiques, où les gens ne sont pas forcément suivis dans les CMP, des choses comme ça. On se dit : « mince, là, faut agir », et sait que ces équipes-là seront les mieux à même d'accompagner vers le soin. Et donc, [XX], on envoie toujours un courrier, et ce qui fait que, souvent, on a un retour quelques mois après.

Dans une autre MDPH, un « pôle ressource » a été créé, où trois types de collaborations sont institutionnalisées : collaboration avec les acteurs de l'insertion professionnelle, collaboration avec les acteurs du monde scolaire et périscolaire, collaboration avec les établissements médico-sociaux.

Cette dépendance envers l'environnement institutionnel n'influe pas seulement sur la perception qu'ont les agentes de leur travail et les possibilités de faire appliquer les droits qui leur sont notifiés. Elle est susceptible d'influer sur la quantité de l'activité de la MDPH :

> E193-C – responsable de pôle
>
> On a aussi quand même un gros problème c'est le fait qu'on n'a pas de places disponibles dans les établissements, par exemple. Donc le fait que vous n'avez pas de places disponibles, ça veut dire que les familles nous disent :

> « voilà, vous nous avez donné des noms d'établissements pour accueillir mon enfant, je les ai tous faits, y'en a aucun disponible, c'est pas avant un an, deux ans, ou alors ils ne m'ont carrément pas mis sur liste d'attente. Donc est-ce que vous ne pouvez pas élargir, m'en donner d'autres ? ». Ça, pour certains enfants, on va le faire deux, trois fois dans l'année, dans une même année, et au final, y'aura toujours pas la place. Du coup, ça veut dire que ça peut être un enfant à domicile, donc, du coup, ça veut dire qu'il faut revoir son allocation en conséquence puisqu'il est à domicile. En fait, ce manque de places génère du retard et des sollicitations multiples pour un même enfant. Donc, en fait, ça nous complexifie, quand même, un peu, notre travail. Et puis, bon, de toute façon, un dysfonctionnement entraine un autre. Du fait qu'on ne répond pas aux familles, les familles appellent, engorgent l'accueil.

L'extrait d'entretien suivant montre aussi le surcroit d'activités que peut générer cette dépendance envers les ressources de l'environnement institutionnel. Il met l'accent sur le fait que les carences du secteur hospitalier entrainent l'arrivée à la MDPH de dossiers pour des enfants qui relèveraient d'un suivi dans des structures autres que celles sur lesquelles la MDPH oriente les enfants handicapés :

> E 192-C – psychologue
>
> Maintenant, le secteur pédopsy qui nous adresse des demandes, on sait aussi qu'il relèverait d'hôpitaux de jour, mais on sait qu'il n'y a pas de places et il nous adresse une demande d'IME sauf que c'est pas du tout, parfois, le profil. Donc on constate le manque de moyens des deux côtés, on réfléchit, on a l'impression que c'est à nous, en effet, de trouver des solutions d'attente.

Quelle priorité mise à l'effectivité dans les décisions prises ?

Plusieurs interviewé-e-s évoquent en entretien la faible maitrise que possède la MDPH sur les droits qu'elle notifie, et le **caractère contingent des décisions prises au sein de l'institution :**

> E 26-B
>
> Et puis, c'est pareil : nous, on préconise ça (elle vient d'évoquer différents établissements et services médico-sociaux) – bon, la personne, elle peut le demander – mais, y'a des fois où on le préconise, et, du coup, on n'est pas dans la même démarche, la personne elle ne va pas nécessairement s'en saisir.

Cette faible maîtrise peut jouer à plusieurs niveaux. D'une part, les établissements et services médico-sociaux gardent globalement la maitrise sur l'entrée des usagers (cf. infra : *L'effectivité comme format organisationnel*). D'autre part, les usagers disposent de capacités inégales à faire valoir leurs droits. Les extraits d'entretiens suivants montrent que ces différents éléments fragilisent les décisions prises par la MDPH :

> E26-B
>
> R : Je pense qu'il est indispensable qu'on ait un regard sur comment les listes d'attente sont gérées. Parce qu'entre quelqu'un pour qui on vient de décider une orientation en MAS en novembre, et quelqu'un qui serait chez lui dans un maintien à domicile depuis mars : pourquoi est-ce que celui de novembre aurait tout de suite sa place alors que celui de mars il attend toujours ? C'est vrai que les gens candidatent comme ils le peuvent, aussi, dans ces établissements-là, visitent comme ils le peuvent…
>
> Q : Et, là, ils ne sont pas accompagnés pour faire ça ?

R : Non. Ça dépend. Ça dépend si vous êtes connus des associations. Ça dépend de si la personne est active, aussi, dans sa démarche, enfin si elle a les moyens de le faire, déjà. Parce que quand vous avez une orientation en MAS, je ne suis pas sûre que vous soyez capable de téléphoner dans les structures. Donc, ça dépend si votre famille se mobilise, ça dépend de plein de choses. Je travaille beaucoup avec l'hôpital psychiatrique, les assistantes sociales de l'hôpital psychiatrique parce qu'on a beaucoup de gens qui sont hospitalisés et qui font des demandes d'orientation en établissement…

E43-B

Les gens reçoivent une notification, ils ne savent pas interpréter la notification, ils viennent se faire expliquer avec la notification. Parce que, bon, ils n'arrivent pas à comprendre l'orientation vers un établissement. On marque l'établissement, on leur dit de téléphoner avec le numéro de téléphone de l'établissement, mais ils ne comprennent pas que c'est à eux de téléphoner à l'établissement. Ils croient que c'est nous qui allons téléphoner, et après, leur dire : « c'est bon, vous pouvez aller avec votre enfant voir l'établissement ». Ça, y'a des personnes qui ont du mal à comprendre que c'est à eux de faire la démarche.

La place, variable, accordée ou non au suivi des usagers en aval de la notification des décisions de la CDA influe également sur les possibilités d'effectivité des décisions prises par la MDPH. En effet, **en règle générale, les contacts avec les usagers sont faibles**, voire inexistants après l'envoi de la notification des droits. Ceci constitue un facteur d'incertitude pour la MDPH. Une travailleuse médico-sociale fait remarquer que ce faible suivi des dossiers s'observe à différents stades du traitement du dossier, avant même que les décisions ne soient notifiées aux usagers :

E13-B

R : Oui, une fois [que les dossiers] passent en commission, déjà, ils sont inscrits sur plusieurs commissions, parce qu'il y en a trop, ce n'est pas forcément pour le lundi d'après, je ne sais pas quand ils sont inscrits. Et souvent, je n'ai pas de nouvelles et j'ai tellement de nouveaux dossiers qui arrivent que je ne demande même pas où ça en est. Parfois, ce sont les familles qui me rappellent.

Q : Et on ne vous transmet pas les notifications de la CDA.

R : Non. Du tout, c'est à moi de les chercher. Enfin, je pourrais (vous voyez tout ce que j'ai), me faire une liste avec tous ces noms-là et puis, après, regarder dans l'ordinateur… (…)

Q : Et, en fait, votre travail, il s'arrête une fois que vous avez rempli votre dossier social, (…) vous transmettez…

R : Je transmets les informations, avec le médecin, en EP et puis, le médecin note les informations que je peux lui apporter, on en parle ensemble et, là, c'est la dernière fois que je vois cette pochette.

La place accordée à l'accompagnement des usagers en aval de l'évaluation de leur demande est problématique. D'un côté, en effet, le suivi des usagers en aval de la CDA constitue un réel enjeu, car l'absence de suivi peut mener à une non application des droits notifiés par la MDPH. Ainsi, un directeur/trice évoque un taux de « déperdition » de 50% des demandes de PCH accordées par l'administration, pour lesquelles les droits ne seront finalement pas effectivement financés par le service payeur :

E159-C

Ils ont fait une demande de PCH, ils ont reçu le plan de compensation, ils ont accepté le plan de compensation, et derrière, y'a un moment où ça bloque. C'est un problème d'accompagnement.

Cependant, si une approche qui valorise la dimension d'accompagnement et de suivi des personnes handicapées est susceptible d'augmenter les chances pour la MDPH de garantir l'effectivité des décisions qu'elle a prises, elle est aussi coûteuse en temps pour les MDPH, et donc pas nécessairement souhaitable dans l'optique d'assurer un traitement des réponses qui garantisse un autre critère d'efficacité de l'institution : le respect des délais de traitement de la demande. L'extrait d'entretien suivant montre que si certaines travailleuses médico-sociales souhaiteraient développer la dimension « suivi » de leur travail, leur hiérarchie peut leur formuler des ordres contraires :

E195-C

Q : Vous savez ce qu'ils deviennent ces gens, après ? Vous avez possibilité de…

R : On ne le fait pas systématiquement, mais quand on tombe sur un partenaire qui travaillait avec cette personne, on en profite quelquefois pour demander des nouvelles, oui.

Q : Mais vous n'avez pas les moyens, en tout cas, de rappeler…

R : Alors, oui, ça serait de la mise en œuvre, effectivement, et de l'accompagnement, mais ça ne fait pas partie de nos fonctions donc on ne le fait pas. C'est une discussion qu'on a pu avoir – là, je fais partie de la cellule maltraitante à la direction des personnes âgées et handicapées, donc y'a une personne par secteur géographique qui y va de chez nous, par roulement. Effectivement, quelquefois, y'a des situations qui sont signalées en maltraitante, pour lesquelles y'a un référent à la MDPH, y'a déjà un plan d'aide en cours, donc, là, moi, les premières fois, j'étais tentée de dire : « oui, le référent va aller voir », mais on s'est fait recadrer. On nous a dit : « non, si y'a pas de nouvelle demande, vous n'irez pas, etc. ». Bon. J'ai bien compris. OK. Alors qu'à mon sens, c'était quand même une porte d'entrée intéressante pour voir ce qu'il se passait. Dans ce cas-là, on pouvait dire à la personne : « on va voir si tout va bien. Vous ne voulez pas une réévaluation ? On peut peut-être vous apporter quelque chose ». On avait une porte d'entrée. Mais non. Je comprends aussi qu'il y a la masse de travail, le nombre de dossiers, mais… Donc, non, on n'est pas au courant de ce qu'il se passe après. Pas systématiquement.

Si de nombreuses interviewées soulignent le peu de temps qu'elles peuvent consacrer au suivi des usagers après la réalisation de l'évaluation de leur demande, la formulation relativement indéterminée de la législation, selon laquelle « la Maison Départementale des Personnes Handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, **d'accompagnement** et de conseil des personnes handicapées et de leur famille » (article L. 146-3 du CASF) est susceptible d'interprétations variables, et laisse ainsi aux professionnelles qui souhaitent ne pas circonscrire leurs missions au travail d'évaluation une légitimité à le faire.

La variabilité des pratiques en la matière est nette si l'on compare le travail des ergothérapeutes. Ainsi, alors que dans les MDPH A et C, les ergothérapeutes déclarent que leur travail est terminé seulement une fois

que les travaux d'aménagement du domicile réalisés au titre de la PCH sont réalisés, l'interviewée de la MDPH D déclare au contraire ne pas suivre jusqu'à ce stade ses dossiers, faute du temps suffisant pour le faire. Dans cette MDPH, le nombre d'ergothérapeute embauchées est faible (pour les secteurs adultes et enfants), alors qu'elles sont plus nombreuses dans les deux autres MDPH (l'une devant traiter un peu plus de dossiers que la MDPH D, l'autre beaucoup moins). De même, une ergothérapeute de la MDPH A mentionne le fait que les ergothérapeutes essaient de reprendre, deux à trois fois par an, tous les dossiers qu'elles ont évalués, si elles sont sans nouvelles des travaux devant être réalisés, pour vérifier qu'ils l'ont bien été.

En ce qui concerne les évaluatrices qualifiées dans certaines MDPH de « travailleuses médico-sociales »[186], certaines effectuent des **retours à domicile** après l'envoi de la notification des droits aux usagers, afin de s'enquérir de leur situation et de vérifier que ces personnes ont réussi à faire appliquer leurs droits. Par exemple, une travailleuse médico-sociale reprend contact avec les usagers après la CDA quand celle-ci a octroyé une PCH en aide humaine importante et que la personne n'a pas d'aidant familial (E70-A).

Une autre essaie de favoriser l'accès effectif aux droits notifiés pour les usagers en fournissant un plan de compensation le plus précis et le plus fourni possible :

> E195-C
>
> J'essaye, si possible, de me mettre à son niveau et de faire en sorte qu'elle ait bien compris. Alors, comment faire en sorte qu'elle ait bien compris ? La personne est noyée pendant l'entretien, ça fait beaucoup de choses, et émotionnellement, et rationnellement, forcément, dans le plan d'aide, je vais essayer, soit de rajouter de l'info que j'ai récupérée ailleurs, soit de redire les choses pour qu'elle puisse en parler avec quelqu'un d'autre. Ça prend du temps, voilà.

Cette même enquêtée souligne également :

> J'essaye de donner tout un tas de renseignements autour, de dire comment ça marche, de prévenir quand telle ou telle solution a des avantages, mais aussi des inconvénients. J'ai pas envie que la personne se retrouve en difficultés parce que, finalement, elle n'aura pas compris, ou bien parce qu'elle va percevoir d'un côté va lui être repris de l'autre par un autre organisme. Donc j'aime bien renseigner.

La grande majorité des interviewées qui déclarent réaliser ce travail d'accompagnement dans la mise en œuvre des droits notifiés ne le font que pour une partie des usagers. **Les critères d'urgence et d'isolement** sont en général ceux qui président à la distinction entre usagers suivis et usagers non suivis :

> E72-A
>
> Q : Et vous le [le fait d'accompagner les usagers après la notification des droits] faites pour tous ?

---

[186] Cette dénomination désigne les évaluatrices mandatées essentielle dans le cadre des demandes de PCH, dont les formations initiales peuvent être diverses : assistantes sociales, infirmières, conseillères en économie sociale et familiale, ou encore éducatrices spécialisées.

R : Alors, oui et non, parce que la personne qui se débrouille – honnêtement, on fait, entre guillemets, des priorités aussi – si la personne, elle se débrouille toute seule, si elle a pris contact avec les artisans, le revendeur, si elle nous a obtenu les devis, ou alors, si y'a l'entourage qui se dépatouille, entre guillemets, enfin, qui s'en sort, c'est des gens : on sait qu'ils vont nous rappeler si y'a besoin. Y'a des gens – là, j'ai un monsieur qui a une sclérose en plaques – je sais même pas s'il se souvient de mon nom à chaque fois, donc c'est moi qui le rappelle pour le solliciter et c'est des gens qu'on accompagne beaucoup plus. Suite à la CDA, je vais le rappeler en disant : « bon, alors, est-ce que vous avez reçu le courrier, vous avez vu, y'a un accord pour telle ou telle chose », maintenant on va se mettre en lien avec le revendeur, moi, je vais revenir avec le revendeur, enfin l'accompagnement dépend vraiment des personnes.

Q : En tous cas, vous n'attendez pas d'être sollicitée.

R : Si la personne se débrouille, si on sait que de toute façon, y'a une personne ressource qui nous contacte en cas de problème, si, clairement. (…) par contre les gens qui se débrouillent pas tout seuls, oui, on va les solliciter, clairement.

Deux évaluatrices de la même MDPH expliquent quant à elles :

E 70-A

R : Si la personne est seule, etc., j'essaye d'être l'intermédiaire si c'est nécessaire. (…) Il y a des gens qui ne demandent pas. Je sais qu'il y a une personne qui vit seule, qui a été amputée d'une jambe, qui est en fauteuil roulant, qui est très dépendante des aides extérieures. Au niveau administratif, c'est trop lourd pour elle, donc, de temps en temps, ça m'est déjà arrivé de passer devant chez elle et de m'arrêter en disant, voilà : «je viens dire bonjour, est-ce que tout va bien ? », et puis, comme par hasard, y'a un p'tit truc, un ajustement, l'aide ménagère vient un quart d'heures de moins, qu'est-ce qu'il se passe, enfin voilà. Après, je pense que, oui, j'aimerais avoir plus de temps pour ça.

Q : Donc, c'est pas beaucoup de cas, mais vous avez la possibilité de le faire pour certaines personnes ?

R : Oui.

E 71-A

Q : Et comment vous décidez du fait de mettre en place un accompagnement ? (…)

R : Je vais vous prendre deux exemples (…) J'ai fait une évaluation au mois de décembre pour une dame qui a cinquante ans, qui souffre vraisemblablement d'une sénilité précoce. (…) Sur cette situation, j'y suis déjà retournée plusieurs fois. Le mari, je l'ai eu plusieurs fois au téléphone. J'ai rappelé le service d'aide à domicile, mais parce que la situation, elle le nécessite. Parce que, le mari, il est complètement épuisé ; parce qu'il est absent de six heures du matin à vingt heures ; et parce qu'il y a des besoins qui sont importants. Je ne sais pas si c'est clair ?

Q : Si, si. C'est vous qui estimez les situations, leur gravité.

R : Voilà. Et les besoins en fait.

Si ce rôle d'accompagnement des usagers dans la mise en œuvre échoit essentiellement aux personnes occupant des fonctions d'évaluation, certaines instructrices mentionnent – rarement toutefois – des pratiques d'aides aux usagers en la matière. Ainsi, une instructrice explique qu'il lui

arrive de contacter un établissement avec un.e usager si celui-ci revient à la MDPH après avoir reçu la notification de ses droits, pour établir le contact avec lui et l'aider l'usager à entamer les démarches.

> E 43-B
>
> Q : Et vous téléphonez, parfois, pour eux ?
>
> R : Quelquefois, oui. On téléphone pour voir si l'établissement a bien reçu la notification parce que les personnes ont du mal à comprendre que l'établissement a reçu la même notification qu'eux. Comme ça, on leur téléphone avec les personnes et ils comprennent bien que c'est la même chose.

Comment expliquer l'existence de telles pratiques d'accompagnement, et leur variabilité en fonction des MDPH étudiées ? Ces pratiques d'accompagnement des usagers dans la mise en œuvre de leurs droits répondent à la fois à des considérations professionnelles et organisationnelles.

Pour les évaluatrices, cette pratique s'inscrit dans un **ethos professionnel** qui valorise l'accompagnement des usagers et le travail relationnel (Ravon and Ion, 2012 ; Serre, 2010). Ces visites à domicile après la notification des droits leur permettent de ne pas limiter leur travail à des tâches d'évaluation des situations, mais de renforcer la dimension d'aide à autrui, d'accompagnement des usagers, qui constitue en règle générale le cœur de métier de ces professionnelles, lorsqu'elles exercent leur travail à des postes plus classiques tels que ceux d'assistante sociale de secteur, d'éducatrice spécialisée en foyer pour mineurs, ou d'infirmière en hôpital. Et si plusieurs travailleuses médico-sociales déclarent avoir postulé à la MDPH pour rompre avec la fatigue et les difficultés que peut occasionner le suivi d'usagers en situations très délicates, ces possibilités de retour à domicile permettent de conserver, pour une petite part de leur activité, une pratique d'accompagnement sur un poste tout de même différent des postes classiques.

De manière révélatrice, plusieurs interviewées, lorsqu'elles répondent à la question posée en entretien de savoir quelles dimensions de leur travail leur apporte le plus de satisfactions, évoquent les relations avec les usagers [E72-A, E23-B, E202-C].

La remarque suivante d'une cadre de MDPH en charge des équipes d'évaluation souligne d'ailleurs l'insatisfaction que peut engendrer pour les différentes professionnelles de l'évaluation en MDPH le passage à un métier qui implique pour partie de faire le deuil de pratiques professionnelles constituant le cœur de métier de la profession lorsque celle-ci est exercée dans un cadre plus classique :

> E164-C
>
> Je trouve que c'est la difficulté de fonctionnement de l'équipe : c'est que tout le monde est à côté de son métier d'origine et que tout le monde regrette de ne pas exercer son métier (les médecins ne font pas de clinique ; les travailleurs sociaux ne font pas d'accompagnement ; les ergothérapeutes ne font pas de rééducation ; les psychologues, pareil) et ils veulent tous de l'entretien individuel.

Cette possibilité pour les évaluatrices de réaliser un travail de suivi des usagers et de la mise en œuvre effective de leurs droits varie cependant selon les MDPH. Dans les MDPH B et D, les « retours à domicile » après les visites d'évaluation ne sont pas très fréquents ; ils le sont davantage dans les MDPH A et C. Des explications relatives aux **ressources inégales des MDPH pour traiter la demande d'une part**, et relatives aux modes de management interne des organisations d'autre part, permettent de le comprendre.

La contrainte du nombre de dossiers à traiter par les MDPH est présente dans tous les rapports d'activité dont nous disposons et mentionnée dans de nombreux entretiens avec les agent-e-s. A l'existence d'anciens stocks de dossiers hérités des COTOREP et des CDES dans la plupart des MDPH (Blanc et Jarraud-Vergnolle, 2009, 24) s'ajoute en effet l'augmentation du nombre de demandes déposées auprès des MDPH, et notamment des demandes de PCH, mentionnée de façon fréquente dans les rapports d'activité des MDPH observées.

Toutefois, si toutes les MDPH sont soumises à une augmentation de la demande, les moyens humains dont elles disposent pour faire face à cette contrainte varient : le ratio nombre de personnels / nombre de dossiers est variable dans les quatre MDPH. Ainsi, alors que deux MDPH disposent chacune de trois ergothérapeutes (l'une (X), qui doit réaliser un nombre beaucoup plus important de demandes de PCH, délègue en outre le surplus de dossiers à un prestataire externe), deux autres MDPH ne disposent pas de telles ressources en interne : l'une des MDPH a embauché une ergothérapeute à temps plein (pour un nombre de dossiers PCH quasi équivalent à celui de la MDPH X), et l'autre a systématiquement recours à des évaluations par des prestataires externes.

Au-delà du cas des ergothérapeutes, dans les deux premières MDPH, l'essentiel (voire l'intégralité) de l'évaluation des demandes de PCH est effectué par des professionnelles internes à la MDPH. Celles-ci disposent de la possibilité de suivre le cheminement du dossier en interne, elles participent aux réunions d'équipe pluridisciplinaire où les dossiers sont étudiés collégialement. A l'inverse, dans les deux autres MDPH, la délégation des évaluations des dossiers de demande de PCH tend à segmenter davantage le traitement du dossier, qui est envoyé par la MDPH aux services évaluateurs, puis « récupéré » pour son examen en équipe pluridisciplinaire et/ou l'élaboration du plan de compensation. L'extrait d'entretien suivant montre le caractère segmenté du travail d'évaluation et l'absence de maîtrise par les évaluatrices du cheminement du traitement de la demande – et donc le difficile suivi des dossiers des usagers de la MDPH – qui résultent de ce mode d'organisation :

> E133-D : En fait, nous, on fait une évaluation, on fait remonter nos propositions qu'on a déterminées avec la personne, et, ensuite, en fait, on n'est plus maître de tout ce qu'il se passe. Cette évaluation transite par notre responsable de service qui, elle, ensuite, la transmet à la commission, à la MDPH, et, ensuite, en fait, on est un p'tit peu…
>
> E134-D : On n'a pas de suivi.

Si les évaluatrices de ce département peuvent proposer, lors de leur visite, aux usagers que ceux-ci reprennent contact avec elles pour la mise en place

du plan d'aide, le fait qu'elles ne participent pas à l'équipe pluridisciplinaire et leur absence d'implication dans le cheminement du dossier rendent plus difficile une reprise de contact avec l'usager sur leur propre initiative que dans les deux MDPH où l'évaluation n'est pas externalisée.

Outre ces ressources inégales, **le mode de management interne apparaît comme une variable pertinente à prendre en compte pour comprendre les marges de manœuvre variables dont peuvent disposer les évaluatrices** et leurs possibilités d'effectuer un suivi des usagers, en aval de la visite d'évaluation de leur demande. Dans la MDPH C, les évaluatrices disposent d'une certaine marge de manœuvre en dépit de l'existence d'un stock de dossiers en retard de traitement. Ainsi certaines évaluatrices réalisent-elles des visites à domicile en binôme (E197-C). Toutes soulignent que leur hiérarchie ne leur a pas fixé d'objectif d'un nombre de dossiers à traiter. Ces marges de manœuvre laissent donc la possibilité aux évaluatrices de développer des contacts avec les usagers sans faire primer l'impératif de gestion de la demande. Ces professionnelles évoluent en effet dans un contexte où les niveaux de hiérarchie intermédiaires sont relativement récents et ont longtemps été peu nombreux – alors même que les effectifs en personnel sont importants –, et où les cadres dirigeants de la MDPH ont des difficultés à imposer de nouvelles normes professionnelles aux évaluatrices du secteur adultes, assez fortement soudé et valorisant la dimension sociale de son travail.

L'existence d'un accompagnement en aval de la notification des droits ne peut toutefois s'expliquer uniquement en analysant les enjeux professionnels et les pratiques des évaluatrices. Il peut également être ponctuellement sollicité de la part de l'institution. Il constitue alors une réponse à une préoccupation organisationnelle, celle de limiter de nouvelles demandes à venir. L'extrait d'entretien suivant avec une travailleuse médico-sociale montre que dans la MDPH B, la médecin de l'équipe pluridisciplinaire a encouragé des pratiques de (re)prise de contact avec les usagers suite à l'envoi des notifications de CDAPH, afin de prévenir d'éventuels recours auprès de la MDPH :

> E26-B
>
> R : [La médecin] me donne pas mal de dossiers après CDA. (…) par exemple, on va rejeter une demande de prestation de compensation de handicap, on va rejeter une demande pour de l'aménagement de logement (…) et du coup, on va me donner le dossier en disant : « voilà. On a rejeté ça. Par contre, le fait est que la personne, elle pourrait être orientée vers l'APA[187], elle pourrait bénéficier d'autres aides que nous à la MDPH ». Et ça, Solène[188], elle dit qu'effectivement ça me prend du temps, mais que, quelque part, on va quand même (…) au-delà du simple bout de papier qu'on envoie à la personne. (…) voilà, on se soucie, quand même, de : quand on s'aperçoit que, la personne, elle est assez isolée, on va me demander d'appeler après la CDA quand on pense qu'elle pourrait relever de l'APA, s'assurer qu'elle a bien fait les démarches – si elle ne les a pas faites, j'envoie un dossier, je donne les

[187] L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est une aide sociale versée aux personnes âgées.
[188] Elle désigne la médecin. Le prénom a été modifié.

coordonnées des CLIC[189] ou des services de l'APA à proximité. Et ça, je pense que les gens sont satisfaits de ce service-là.

Q : Et ça, c'est l'initiative de [la médecin] ?

R : Oui, parce qu'elle s'est aperçue, en fait, qu'il y avait des dossiers, effectivement, où, après la CDA, on rangeait le dossier. Nous, on envoie notre rejet, les gens, ils font un recours. En fait, c'est aussi pour ça. Parce qu'on a de plus en plus de recours, et donc, on anticipe les recours en disant : « voilà, cette personne, elle a eu ce rejet-là. Pour pas qu'on ait un recours dans le mois qui suit, on va lui expliquer pourquoi (…) on va lui expliquer pourquoi, nous, on a rejeté : parce qu'elle ne remplit pas tel ou tel critère ». Vous savez, c'est écrit sur la notification : « vous ne remplissez pas les critères », mais, les gens, ils font quand même un recours derrière. Alors que là, je prends le temps de leur dire : « voilà, vous avez plus de soixante ans, donc la PCH ne correspond pas forcément à vos besoins. Y'a peut-être l'APA. Allez chercher les informations dans les CLIC ».

L'investissement professionnel des agents permet de compenser ou d'accompagner certaines injonctions organisationnelles et amener les travailleurs sociaux à se soucier du devenir effectif des dossiers orientés. Le suivi effectif peut d'ailleurs être vécu par l'organisation comme une façon d'éviter la multiplication des demandes.

Quête des agents de MDPH, l'effectivité des décisions est une problématique qui est finalement au cœur des pratiques concrètes qui assurent le fonctionnement des MDPH. Nous voudrions maintenant montrer que, en permettant la participation à la production des évaluations d'acteurs extérieurs aux EP *stricto sensu*, les MDPH cherchent à assurer l'effectivité des décisions prises. Nous allons d'abord montrer comment les associations gestionnaires d'établissement contribuent à la prise de décision en amont de la CDAPH, avant de montrer quelles ressources sont nécessaires pour être associées à la production de l'évaluation.

L'effectivité comme format organisationnel : une MDPH ouverte sur son environnement

Nous avons montré que l'absence d'effectivité des décisions prises par la MDPH pouvait être une source de dévalorisation importante pour les personnels de la MDPH. Cette absence d'effectivité ne dépend pas du travail de la MDPH mais de l'état de son environnement. En l'absence de chiffres et de prévisions fiables sur les évolutions des besoins de la population, la MDPH est donc contrainte de faire avec un environnement aux ressources finies, ressources sur lesquelles elle ne peut agir que très marginalement.

Pour parer aux critiques que des décisions jamais suivies d'effets feraient peser sur son efficacité et, partant, sur sa légitimité, les MDPH ont été amenées à associer des acteurs clés de son environnement, acteurs qui occupent des positions incontournables du fait de leur ancienneté dans le

[189] Centre Local d'Information et de Coordination, à destination des personnes âgées, en charge des questions d'aide aux personnes âgées (sur des questions de maintien à domicile notamment, ou de prestations).

secteur (les établissements) mais surtout des ressources dont ils disposent (ils assurent l'effectivité des décisions prises).

Nous proposons de désigner ces acteurs comme des « acteurs extérieurs à l'EP *stricto sensu* ». Formellement, ces acteurs ne sont pas extérieurs à l'EP. La loi autorise en effet les EP à faire appel à ces acteurs que nous désignons ici comme extérieur à *l'EP stricto sensu :*

> Article 64 de la loi du 11 février 2005 – article L146-B 8
>
> L'équipe pluridisciplinaire sollicite, si nécessaire et lorsque les personnes concernées en font la demande, le concours (d'établissements, de services ou de centres désignés en qualité de centres de référence) pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.

Nous désignons ces intervenants comme extérieurs dans la mesure où l'expertise qu'ils produisent est essentiellement aux services qu'ils peuvent offrir. L'expertise ainsi produite peut sembler directement produite par la position de ces intervenants. A l'inverse des personnels MDPH, qui peuvent ignorer l'offre disponible, ces acteurs sont d'abord conscients des places offertes par les établissements (qu'ils dirigent) et des crédits disponibles (pour les heures d'AVS). Notons également que les frontières de l'EP sont plus floues que les textes ne semblent l'indiquer. Pour les acteurs mêmes, la définition de l'EP est déjà un enjeu qui vise à définir le périmètre de leur compétence, notamment pour le directeur qui dispose d'une large capacité de définition des membres appelés à prendre part aux EP. Ainsi, le directeur de la MDPH A indique avoir travaillé à définir précisément les contours de l'EP :

> E61-A
>
> Je dirais qu'il y avait beaucoup de gens qui faisaient partie de l'équipe pluridisciplinaire sans le savoir. Non, mais c'est vrai. Et qui venaient ici, et qui ne connaissaient pas vraiment le rôle. Donc, avec effectivement le risque de dérives, de dysfonctionnements, de conflits d'intérêt aussi. Donc, là, maintenant, c'est vrai qu'un membre de l'équipe pluridisciplinaire, logiquement, il s'engage à respecter une charte. Quand on le désigne, il signe bien qu'il s'engage à respecter la charte et le règlement intérieur. On a remis à plat la procédure de désignation : c'est vraiment une désignation, là, pour le coup, un peu unilatérale de la part du directeur, mais c'est comme ça que le texte le prévoit. Donc, voilà. On a remis ça à plat. A tel point que là, on se retrouve, du coup, en porte-à-faux avec le secteur, la pédopsychiatrie, les médecins parce qu'eux n'ont pas voulu signer – comme toujours, il faut toujours qu'ils se distinguent un p'tit peu du lot – donc, ils n'ont pas voulu signer cet engagement.

Nous proposons ici de nous arrêter sur deux acteurs clés de ces processus de prises de décisions au sein de la MDPH : les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et le Ministère de l'Education Nationale, via son IEN-ASH, qui attribue les postes d'AVS. Nous voudrions ici nous demander **de quelles ressources ces acteurs disposent pour pouvoir peser sur le processus de prise de décision au sein de la MDPH ?**

Pour ce faire, nous allons comparer systématiquement ces deux acteurs clés à d'autres acteurs : les associations et la DDCS.

Par la loi de 2005, le Législateur a accru la participation des associations représentatives de personnes handicapées dans les institutions chargées d'attribuer les prestations et le statut de personne handicapée. Mais la participation des associations de personnes handicapées ne se limite pas uniquement à la CDAPH, comme précisé par le législateur. Les associations gestionnaires d'établissement sont appelées à participer à la CDAPH (sans droit de vote). Toutefois, comme nous l'avons dit, la distinction entre associations gestionnaires et associations représentatives n'est pas évidente à effectuer. De fait, les établissements pourraient se voir imposer des décisions d'orientation qu'ils ont eux-mêmes contribués à prendre en CDAPH. La situation est identique pour l'Etat local. S'il a été mis à l'écart du processus de décision par la loi du 11 février 2005 et si l'EN, au niveau local, a perdu – par rapport à la place prédominante qu'elle occupait en CDES – la maîtrise du processus décisionnel, la généralisation du dispositif AVS l'amène à devoir répondre aux notifications de la MDPH en employant des aidants sur des fonds essentiellement fournis par l'EN (mais aussi par d'autres financeurs, parfois les Conseils généraux). Là encore, l'EN pourrait se voir imposer des décisions prises par la CDAPH. Dans les deux cas, établissements et EN pourraient se retrouver dans l'impossibilité de rendre effectifs les décisions prises et privés de définir leurs priorités et d'utiliser comme ils l'entendent les moyens dont ils disposent. **Installées de longue date dans le paysage du champ du handicap, comment ces deux institutions – aux forces relativement différentes – vont-elles travailler avec les MDPH ? Comment expliquer que ces deux institutions aient pu acquérir un tel poids dans la prise de décision à l'intérieur de la MDPH ?**

Notre étude montre que les MDPH laissent une place importante à une expertise provenant du monde associatif et du monde éducatif, moins sur le mode de la représentation contestataire des intérêts des personnes handicapées ou des intérêts de l'école que sur celui, plus feutré, de la gestion d'établissements et de la gestion des moyens disponibles. Tributaires officiellement des notifications de la CDAPH, les établissements et l'EN – comme nous voudrions ici le montrer – interviennent en amont de la CDAPH, notamment dans les délibérations de l'EP, pour travailler les décisions qui seront prises.

Si ce mode de fonctionnement permet d'assurer que les notifications seront suivies d'effet (puisqu'elles ont été prises pour être effectives), nous montrerons que ce mode de fonctionnement – indépendamment du « tri à l'opportunité » qui est ainsi effectué (Vuillaume, 1991) et qui affecte la destinée sociale des individus ainsi triés – **provoque une remise en cause de la capacité d'expertise de la MDPH**, contrainte de s'en remettre au savoir-faire de ceux qui pourraient voir leurs modalités de fonctionnement affectées par les décisions qu'elle prend (les établissements)

En dehors de la CDA. Associations et établissements dans le montage, l'évaluation et la mise en œuvre des orientations?

Dans l'optique d'une analyse de la construction de l'autonomie de la MDPH en lien avec son ancrage dans un environnement institutionnel local (Carpenter 2000), il importe de saisir la place prise par les associations et les établissements dans le montage et dans l'évaluation des dossiers, dans et hors de la MDPH, ainsi que dans la mise en œuvre des orientations notifiées par la CDA[190]. La prise en considération de cet environnement de la MDPH permet ainsi d'éclairer aussi bien les modalités de fabrique des droits que les conditions de leur effectivité.

La distinction que nous opérons ici entre « associations » et « établissements » peut certes sembler artificielle dans la mesure où les établissements concernés sont gérés par des associations. La distinction est toutefois utile, en tant qu'elle renvoie ici à deux groupes d'acteurs bien distincts ayant chacun ses logiques d'interventions propres : d'une part les administrateurs bénévoles (voire dans certains cas, simples bénévoles) des associations, qu'elles soient gestionnaires ou non, et d'autre part les directeurs ou membres des équipes de direction des établissements, professionnels. Il s'agit là d'une des premières distinctions qui sautent aux yeux lorsque l'on aborde le milieu associatif dans le secteur du handicap : certains sont salariés, d'autres bénévoles, les uns ont une activité gestionnaire, les autres se consacrent essentiellement à un travail de représentation, les premiers sont tendanciellement plus jeunes, issus du secteurs médico-social ou plus récemment du management, alors que les seconds sont des retraités, souvent parents de personnes handicapées – plus rarement handicapés eux-mêmes… Aujourd'hui d'apparence évidente, cette distinction est le résultat d'un long processus de professionnalisation de l'encadrement qui fait suite à de premières initiatives de gestion par les associatifs bénévoles eux-mêmes (Robelet *et al., 2009)*. Le secteur associatif du handicap a ainsi connu une dynamique de professionnalisation similaire à celle constatée dans bien d'autres secteurs du monde associatif (Hély, 2009 ; Prouteau ed., 2003 ; Simonet and Hély, 2013). Selon un récit que l'on retrouve de façon similaire chez une série de responsables associatifs, cette professionnalisation s'est accompagnée pendant un temps d'une autonomisation des logiques gestionnaires dont l'ampleur est aujourd'hui contestée par les administrateurs associatifs. Ceux-ci ont cherché à reprendre un contrôle sur les établissements – intervention que les établissements peuvent aujourd'hui valoriser comme un gage de qualité dans un contexte où la concurrence du secteur privé lucratif commence à être crainte par certains. Les logiques de concurrence, de dépendance mutuelle et de contrôle que nous décrirons dans cette partie (non seulement entre la MDPH et les associations et établissements, mais aussi entre associations et établissements) doivent donc se lire à la lumière de cette histoire récente des relations entre gestionnaires d'établissements et administrateurs associatifs, retracée à grand traits ici.

[190] Partie rédigée par Anne Revillard.

Avant même leur participation en CDAPH, les associations sont susceptibles d'intervenir à un premier niveau dans le processus d'accès aux droits des requérants, en accompagnant le montage du dossier individuel qui sera ensuite déposé à la MDPH. A partir d'un parallèle avec le rôle joué par les associations dans d'autres secteurs de l'accès aux droits (Lejeune, 2011), c'était là une des hypothèses que nous cherchions à explorer par le recours aux entretiens. Or le terrain réalisé nous conduit à distinguer nettement deux types de situations, pour lesquelles les modalités d'accompagnement sont très différentes, selon que le requérant est ou n'est pas déjà pris en charge par un établissement ou un service. En effet, les demandes de renouvellement ou de réorientation des usagers relevant déjà d'établissements ou services (IME, IMPro, ESAT, Foyer, SAVS, etc.) bénéficient d'un soutien conséquent de la part des professionnels de l'établissement pour le montage de leur dossier. Cet accompagnement n'est généralement pas offert aux non-ressortissants, pour qui l'accompagnement au montage du dossier hors MDPH dépend alors essentiellement de l'engagement de bénévoles. Nous évoquerons en premier lieu ce dernier cas, avant de traiter de l'accompagnement par les établissements. Ceci nous conduira à analyser par la suite les modalités de participation des établissements à l'évaluation des dossiers, puis leur rôle dans la mise en œuvre des droits. Nous terminerons par une focale plus spécifique sur les processus d'entrée et de sortie des établissements, la construction des publics des établissements apparaissant comme un enjeu essentiel des relations entre établissements, associations et MDPH.

Quel accompagnement associatif pour ceux qui ne sont pas (encore) dedans ?

La plupart des responsables associatifs rencontrés s'accordent pour estimer insuffisant l'accompagnement des usagers au montage de leur dossier, conduisant à des retards de traitement ou à des problèmes de non-accès aux droits. Pour autant, ce constat partagé s'accompagne d'un investissement très variable des associations elles-mêmes dans cet accompagnement.

Un accompagnement généralement considéré comme insuffisant…

Certains responsables associatifs ont déploré le fait que les requérants ne les consultent pas plus souvent en amont du dépôt de leur dossier, considérant que leurs conseils auraient pu être utiles : par exemple, sur les informations qui doivent impérativement figurer dans les certificats médicaux à fournir, sur la manière de rédiger le projet de vie, ou encore quant à l'importance de demander à être reçu par la CDAPH (ce dernier facteur favorisant, de l'avis général, un aboutissement positif du dossier pour le requérant). Cet administrateur regrette ainsi le fait que les requérants ne demandent pas toujours le nombre d'heures d'aide humaine auxquelles ils pourraient avoir droit au titre de la PCH, et acceptent trop facilement la proposition (implicitement, en deçà) que peuvent leur faire les agents de la MDPH :

> Je sais pas si les gens sont vraiment tous au courant de leurs droits. Enfin, de ce qu'ils ont droit, parce que de leurs droits, ils disent : « on a peut-être droit à la PCH », mais par exemple en aide humaine, en heure et tout ça, je pense qu'il y en a beaucoup qui acceptent facilement ce qu'on leur propose.

> [...]il y a des gens qui ne sont pas dans les associations et on se dit que, peut-être, ces gens-là, ils se font - pas avoir - mais, on leur propose ça et ils acceptent, et puis voilà quoi, mais peut-être qu'ils pourraient avoir plus.

Un président d'association dans le département B critique plus généralement le manque d'accompagnement de la MDPH dans le montage du dossier, dénonçant les insuffisances de l'accueil et des conseils donnés par la MDPH, au-delà du simple fait de noter le manque de telle ou telle pièce dans un dossier :

> E27-B
>
> Et, je dis que la MDPH ne fait pas entièrement son travail dans la mesure où les gens ne connaissent pas leurs droits. J'ai une amie qui a un problème de santé, aussi, qui a le cancer du sein, qui n'a pas cinquante ans, je lui ai conseillé de faire une carte d'invalidité parce qu'elle a un taux à 80 et une carte de stationnement, des choses comme ça. [...] Alors, elle s'était renseignée à la MDPH avant, ils ont dit : « voyez dans la salle d'attente. Tous les papiers sont là ». Ils ont tellement de monde. C'est pas un accueil, on va dire, de conseil, vraiment, qu'on devrait avoir. C'est sûr, ils reçoivent des gens, ils vont rapporter le dossier, ils vont demander des compléments : « il me manque un dossier médical, il me manque ceci, faudrait que vous m'ameniez des photos ». Ça, ils vont le dire. Mais, tout ce qui est accompagnement qui va avec, c'est pas fait.

... Mais qui est de la responsabilité de la MDPH ?

En dépit de ces plaintes récurrentes sur le manque d'accompagnement, lorsque nous posons directement aux responsables associatifs la question de leur propre engagement (ou celui de leur association) dans ce travail, plusieurs estiment (outre le renvoi plus spécifique aux établissements, décrit dans la partie suivante) que leur rôle doit se limiter à réorienter les requérants vers la MDPH. Ils décrivent ainsi leur mission en termes d' « aiguillage », d' « orientation », plutôt que comme un investissement dans un accompagnement individuel au montage du dossier :

> E30-B
>
> (...) on les oriente vers les MDPH qui est en capacité de donner des conseils. (...) on leur donne des indications.
>
> R2 : On renvoie surtout à la MDPH.
>
> R1 : Oui, c'est de l'orientation. (...) le Conseil général avait envisagé que les associations tiennent une permanence. On en a parlé entre nous et on n'est pas favorable parce que c'est quand même à la MDPH d'assumer...
>
> R2 : C'est son rôle à la MDPH.

Deux responsables d'une association dans le secteur du handicap psychique indiquent recevoir peu de demandes d'accompagnement au montage du dossier, et les renvoyer vers la MDPH :

> E97-A
>
> Q : En amont des CDA, est-ce qu'il arrive que des personnes viennent vous consulter à l'association pour vous demander des conseils sur la constitution du dossier, sur les démarches à faire, etc. ?
>
> R1 : Pas très souvent. Quelques-unes mais pas systématiquement. Est-ce qu'il y a beaucoup de personnes qui sont venues vous voir pour la constitution des dossiers MDPH ?

> R2 : On en a cinq par an. Et on délègue beaucoup. Je leur donne, souvent par téléphone - on est appelé pour des demandes de renseignements, je donne rendez-vous, mais on ne remplit pas pour eux le document. On donne le relais : si c'est à l'enfance, à la personne qui s'occupe du pôle enfance ; et si c'est aux adultes, si c'est pour le travail, Madame X [responsable du service concerné à la MDPH], si c'est pour une institution… on renvoie à la MDPH. Et les personnes qui sont accueillies là me rapportent qu'ils sont bien accueillis, qu'on les a bien aidés.

Comment expliquer ce renvoi fréquent vers la MDPH ? Revient souvent en entretiens l'idée selon laquelle **ce travail d'accueil et d'accompagnement des usagers est « le rôle » de la MDPH**, et c'est effectivement une des missions importantes confiées à l'institution créée en 2005. Concrètement, ce refus de prendre en charge une mission dont elles estiment qu'elle revient à la MDPH correspond pour certaines associations au souhait de voir prise en charge par les pouvoirs publics une mission qu'elles assuraient précédemment elles-mêmes. On se situerait alors dans une situation de retrait du secteur associatif dans le but de favoriser une prise en charge effective d'un problème par les pouvoirs publics et concrètement, l'effectivité d'un nouveau droit, de façon analogue à ce qui avait été observé par exemple au sein des mouvements féministes français qui ont cessé de pratiquer des avortements une fois adoptée la loi Veil en 1975 (Pavard, 2012). La situation semble toutefois plus complexe, dans la mesure où cette mission d'information et d'accompagnement pouvait être précédemment assurée au sein des associations par des agents publics en délégation. Ainsi, dans le département A, avant la création de la MDPH, ce travail d'accompagnement au montage du dossier était pris en charge par une assistante sociale du CG qui recevait les usagers dans les locaux de l'APF. Ceci a conduit un certain nombre d'adhérents à entrer en contact avec l'association par le biais de son « service social », comme pour cet administrateur actuellement représentant en MDPH pour l'association :

> Q : […] comment est-ce que vous avez connu l'APF ?
>
> R : J'ai connu l'APF par le service social, au départ.
>
> Q : D'accord.
>
> R : Comme beaucoup - il y avait un service social à l'APF, qui n'existe plus - mais beaucoup d'adhérents, je pense, ils sont venus pour le service social, au départ.
>
> Q : D'accord. Qui fournissait quel type de service ? Parce que c'est vrai que je ne vois pas à quoi ça correspond.
>
> Q : Disons qu'on a un service social. Nous, avant, ce qu'on avait ici, c'est ce qui est fait à la MDPH actuellement. On avait l'assistante sociale qui était payée par le Conseil général, mais qui était dans nos murs. Alors, on dit : « un service social APF », il n'était pas spécialement APF. Il recevait tout le handicap, mais il était basé à l'APF, quoi. […] Et depuis la MDPH, on a perdu toutes ces personnes-là qui étaient dans nos délégations.
>
> Q : D'accord. Alors, ça, je ne savais pas du tout. Ça a fonctionné comme ça jusqu'en 2005, en fait ?
>
> R : Oui.
>
> Q : D'accord. Ok. Et c'était uniquement l'APF qui avait un service social comme ça, ou d'autres associations également avaient des assistantes sociales ?

R : Je pense qu'on devait être les seuls. Je pense. Je ne peux pas vous l'assurer. Mais, l'assistante sociale recevait toute sorte de handicaps. Comme c'était le Conseil général. C'était pas spécifique. Mais comme ils étaient basés dans nos locaux, pour nous, c'était chez nous on va dire (sourire). C'était plus facile.

Q : Vous aviez une assistante sociale ?

R : Oui.

Q : D'accord. Et donc, qui aidait à la constitution des dossiers.

R : Qui aidait à la constitution des dossiers. À la recherche de subventions, ou d'argent pour acheter des compléments de matériel. Elle faisait le travail, on va dire, que fait la MDPH. Parce que dès qu'elle est partie d'ici, elle est partie à la MDPH

La prise en charge de cette mission d'accompagnement au montage du dossier par la MDPH n'a toutefois pas conduit à mettre fin à ces pratiques de délégation ou de mise à disposition d'agents publics au sein du secteur associatif à cette fin. Ainsi, encore aujourd'hui, une association du département C dispose d'une secrétaire administrative de mairie mise à disposition pour l'association à temps partiel (20%) :

E170-C

Q : Cet accompagnement des usagers se fait au coup par coup ? Est-ce qu'il a un système, je ne sais pas, de permanence, ou de choses comme ça ?

R : Pour ce qui est de [notre association dans la ville W], la mairie nous a mis à disposition 20% de temps d'une secrétaire administrative employée de la mairie au pôle handicap. Donc, là, ça fait un ancrage en mairie. Mais sinon nous n'avons pas de salariés. Tout passe par l'intervention de personnes bénévoles.

Q : Donc à la mairie, c'est cette personne qui reçoit directement des usagers ?

R : Elle peut recevoir des usagers. Mais des gens s'adressent à nous directement. On est en contact lorsqu'il y a des situations un peu difficiles à résoudre, particulières. On travaille ensemble. Ça permet qu'il y ait un temps de suivi administratif. Des fois, y'a des dossiers, il faut attendre un temps énorme pour débloquer quoi que ce soit.

Outre l'argument selon lequel l'information et l'accompagnement des usagers sont « le rôle » des MDPH, les interviewés mettent en avant des contraintes de temps, voire dans un cas, un manque de compétences. Enfin, chez certains représentants associatifs, le renvoi de l'accompagnement à la MDPH correspond aussi à une mise à distance de ce qui est perçu comme une tâche peu valorisante. Ce responsable d'une association départementale dans le secteur du handicap mental, qui dispose également de sections locales, indique limiter son rôle à un travail d' « aiguillage » vers les bons interlocuteurs, mais dit « éviter » l'investissement plus avancé dans un accompagnement au montage du dossier du fait du caractère déjà chronophage de son engagement bénévole (33h par semaine) et parce que, selon ses termes « on n'est pas des assistantes sociales » :

E28-B

Q : Et est-ce que vous avez un rôle en amont ? Est-ce que des familles vous sollicitent comme ça, en amont du dépôt d'un dossier pour obtenir des conseils, de l'aide ?

R : Oui, pour avoir des conseils. Ça arrive. Donc, ils nous sollicitent, soit, des fois, les établissements, ça arrive. Les établissements, ou alors directement l'association. Bon, après, les établissements ont un rôle à jouer quand c'est des renouvellements. Pour les renouvellements, y'a beaucoup de dossiers qui sont faits entre l'établissement et la famille.

Q : D'accord.

R : Mais, on n'a pas de référent, je dirais, pour aider les familles. Les familles, elles s'adressent aux présidents de section, en fait, dans les sections. Ce qui est important c'est de savoir aiguiller. C'est ça qui est important en fait. C'est d'aiguiller les familles. Parce que souvent, ils sont perdus à cause de ça parce que, bon, de toute manière, quand on téléphone, on tombe sur le répondeur, c'est pas évident.

Q : Vous identifiez vers quelle prestation, quel type de dossier…

R : Ouais, c'est ça. Où il faut aller quoi. Est-ce qu'il faut appeler sur l'antenne locale ? Est-ce qu'il faut appeler la MDPH ? Au moins, on les aiguille là-dessus. Est-ce qu'il faut aller au dossier d'aides sociales à la mairie ? Etc., quoi. Parce que les gens sont un peu paumés.

Q : D'accord. Mais ce ne sera pas forcément une aide plus active sur le détail du dossier ? Par exemple, aide au montage du dossier ou des choses comme ça ?

R : Non. Pas forcément, non. J'évite. Y'a des gens qui sont là pour faire ça. On n'est pas des assistantes sociales, quoi. J'essaye de ne pas rentrer dans ce jeu-là. Autant j'ai un rôle d'informer – on a un rôle d'information, on a un rôle d'aiguiller, on a un rôle d'aider les familles qui sont dans le désarroi, il faut les aider ; mais, on n'est pas des assistantes sociales. Faut que chacun soit à sa place. C'est comme le politique et le professionnel, ce que je vous disais tout à l'heure. C'est pareil avec les familles. C'est vrai qu'avant, moi, j'ai connu la section de (ville S) quand je suis rentré : le président de section de (ville S), sa femme c'était l'assistante sociale, en fait. Elle recevait les familles chez elle, et puis tout. Et puis, elle retournerait faire les dossiers à la maison. Non. Je passe déjà trente-trois heures par semaine, c'est déjà pas mal (sourire).

Cette réaction est intéressante en tant qu'elle reflète une conception implicite, imprégnée de représentations de genre, de la hiérarchie des tâches au fil du parcours du requérant : l'accompagnement juridico-administratif au montage du dossier est relégué à une forme de « sale boulot » (Hughes, 1958, 2011) - pris en charge par une profession féminine et dévalorisée, les assistantes sociales – par opposition à la prise de position sur les dossiers en CDAPH et au travail de représentation plus généralement, tâches plus noble, plus « politiques », et assurées par des présidents d'associations parmi lesquels prédomine un profil d'hommes de classe moyenne ou supérieure, le plus souvent retraités[191]. Ce faisant, est aussi actée une répartition des rôles entre secteur associatif et acteurs publics : en substance, la réaction traduit un refus par les associations de se voir déléguer des tâches dont elles estiment qu'elles relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics. Dans un secteur où les associations puisent leur légitimité dans l'ampleur leur travail mené directement auprès du public (services, établissements), il s'agit là d'une limite importante que les associations elles-mêmes posent à leur

[191] Ce profil correspond à une tendance générale non seulement au sein du secteur associative, mais aussi plus spécifiquement parmi les associations du secteur du handicap, où les notabilités locales ont longtemps joué un rôle essentiel (Robelet *et al., 2009).*

juridiction. Ce discours s'accompagne souvent, dans les entretiens, d'une évocation de la charge excessive du travail de représentation ; or ce que ces tâches (représentation, aide au montage des dossiers) ont en commun est de correspondre, en l'état, à du travail gratuit, par opposition aux services et établissements où le travail est rémunéré. Il semble donc que si le travail d'accompagnement juridico-administratif est ainsi mis à distance, c'est aussi parce qu'il n'est pas envisagé comme un travail qui, lorsqu'il est effectué dans le cadre associatif, puisse être rémunéré. Concrètement, dans le département B, cette réticence à participer de façon plus systématique au montage des dossiers individuels s'est traduite par un refus d'assurer des permanences à cet effet au sein de la MDPH.

Contenu et modalités de l'accompagnement associatif

Nous avons toutefois rencontré plusieurs exemples d'associations au sein desquelles l'accompagnement au montage du dossier était fait de façon plus systématique. Dans les quatre départements visités, il s'agit typiquement d'associations au sein desquelles les personnes en situation de handicap elles-mêmes sont impliquées et exercent des fonctions de responsabilité : il s'agit notamment des associations œuvrant dans le domaine des déficiences sensorielles (visuelle, auditive) et du handicap moteur (AFM, APF).

L'accompagnement proposé inclut des conseils quant aux modalités de présentation du certificat médical, quant à la rédaction du projet de vie, ou encore quant aux droits auxquels non peut prétendre (ne pas cocher toutes les cases, comment établir le nombre d'heures de PCH aide humaine que l'on va solliciter…). Tels sont par exemple les conseils évoqués par un responsable associatif :

> E27-B
>
> Q : Les personnes qui vous demandent des conseils en amont, typiquement, sur quels éléments est-ce que vous allez pouvoir les orienter, les conseiller ?
>
> R : Je dis : « ne faites pas de demande inutile ». Y'a beaucoup de gens, ils font un dossier : une croix partout parce qu'ils ne savent pas. Ils ne connaissent pas leurs droits. Alors, je dis : « faut connaître son droit, déjà ». C'est la base. (…)
>
> Q : Donc, vous informez aussi les gens, tout simplement, sur les droits auxquels ils ont besoin. Et pour la rédaction de dossiers un p'tit peu plus complexes, je pense au projet de vie, par exemple, des choses comme ça, est-ce que vous intervenez ?
>
> R : C'est des choses qui sont faites, parfois. Mais, par méconnaissances de savoir l'utilité de ce dossier justement, les gens ne remplissent pas. Alors, je leur dis toujours, quand je connais les gens : « remplissez un p'tit peu, même un minimum, quel est votre projet ». C'est ça qui est important. Mais, les gens le font rarement parce qu'ils se disent : « c'est ma vie personnelle, ça ne regarde que moi ». Y'a une espèce de pudeur à dire : « non, je ne veux pas m'étaler ». Y'en a qui ne veulent pas, alors que, bon, c'est quand même primordial. Alors, certains, aussi, ne savent pas écrire, devant une feuille, ils ne vont pas savoir. J'ai plein de gens qui viennent me voir, des fois, qui me disent : « bon, tu ne veux pas m'aider ? ». Je dis : « d'accord, dis-moi ton projet, je vais l'écrire pour toi », je leur fais. Par contre, je mets quand j'ai aidé la personne parce que y'a un endroit on peut marquer, alors je mets mon nom. Mais, je ne les fais pas, moi, c'est la personne qui me dit et je transcris.

Une présidente d'association dans le secteur de la déficience visuelle insistera, quant à elle, sur le certificat médical :

> E93-A
>
> Q : Sinon, pour revenir au niveau de l'association, en amont des CDA, est-ce qu'il arrive que des requérants qui déposent des dossiers à la MDPH vous demandent des conseils sur la manière de concevoir les dossiers ?
>
> R : Bien sûr. Et moi, je leur conseille en plus. On s'est aperçu quand même au fil du temps que certains dossiers étaient mal construits, certains certificats mal remplis, ce qui pénalisait la personne handicapée puisque son dossier n'était pas accepté, en fait. Donc, quand je peux, je dis toujours à la personne, quand je le sais à l'avance, je dis : « venez me voir avant, je vous aiderai à remplir votre dossier ». Je ne le remplirai pas mais je vais l'aider à le remplir.
>
> Q : C'est sur quel genre de points que vous allez conseiller les gens ?
>
> R : Je conseille les gens surtout sur le certificat médical. Bien leur expliquer ce qu'ils doivent demander à leurs médecins, ce que le médecin doit marquer. (...) C'est que j'ai quand même l'impression que y'a - bon, c'est vrai que les médecins sont débordés aussi - mais, y'a une désinvolture des médecins, on va dire, par rapport au certificat qu'ils doivent remplir. Et on voit une très nette différence, même, parmi les ophtalmo, comment ils remplissent le certificat. C'est net. Très net. Ici, on en a deux qui remplissent très bien les certificats, qui font des photos, tout ce qu'il faut, mais les autres...
>
> Q : Oui, donc dans les conseils que vous donnez, ça peut être aussi d'aller voir tel ou tel...
>
> R : Exactement. Ou d'insister pour que leur médecin, leur ophtalmo, si lui ne fait pas les fonds d'œil, l'imagerie de la rétine, tout ça, que leur ophtalmo les envoie vers quelqu'un qui les fait. Nous, c'est principalement notre conseil.

Si plusieurs responsables associatifs ont ainsi témoigné de leur attachement à fournir aux usagers des conseils lorsque ceux-ci font appel à eux (par opposition à une simple « réorientation » ou « aiguillage » de leurs sollicitations vers la MDPH), pour autant cet accompagnement semble se faire le plus souvent au coup par coup, sur la base d'initiatives individuelles, et reste très faiblement institutionnalisé dans des dispositifs permanents au sein du secteur associatif. Par exemple, il est rare que les associations organisent des permanences d'information à cet effet, et l'information fournie l'est le plus souvent à la demande, en réponse à des sollicitations ponctuelles des usagers. Notons toutefois que dans le département A, le responsable de la délégation APF indique avoir « recruté une assistante sociale bénévole » (expression qui illustre bien les logiques de professionnalisation du bénévolat) pour accompagner le montage des dossiers, notamment ceux présentant des difficultés particulières :

> Q : En amont des CDA, est-ce que - ça fait partie des choses que vous mentionniez sur les demandes d'information tout à l'heure - est-ce que vous avez beaucoup d'adhérents qui vous demandent conseil pour la rédaction de leurs dossiers, pour le montage de leurs dossiers ?
>
> R : Oui, on a énormément de demandes parce que la MDPH reste... Alors, on a voulu faire un guichet unique, ce qui n'est pas mal. Mais, y'a quand même, pour le montage du dossier ou pour la rédaction du projet de vie - c'est pour ça qu'on a recruté une assistante sociale bénévole, en fait - c'est-à-dire que pour le montage des dossiers, effectivement, on a, disons, une aide à

> l'accompagnement à proposer. Parce que les gens ne savent pas obligatoirement, même s'ils demandent à la MDPH. Ça va être une réponse administrative qu'ils auront. Ils ne savent pas toutes les ficelles, et tout ce qui peut être accepté, ce qui ne peut pas être accepté, où c'est qu'on peut… Voilà. Après, c'est quelque chose où y'a cette aide et cet accompagnement. On a le cas - là, l'assistante sociale est en train de s'occuper d'un cas qui est tout a fait flagrant, où, en fait, c'est un foyer avec deux enfants ; lui est en situation de handicap, elle travaille au SMIC ; lui ne touche pas l'AAH parce qu'elle travaille au SMIC. Donc, on se bat pour que lui touche quand même un résidu d'AAH parce que même si c'est un foyer fiscal… voilà.

La situation est toutefois très variable selon les départements. Ainsi, dans le département C, alors que la délégation APF a refusé d'assurer des permanences au sein de la MDPH, une bénévole de l'association reçoit régulièrement les usagers à son domicile pour les aider dans leurs démarches administratives :

> E173-C
>
> Ils [la délégation] estiment que les associations n'ont pas à remplacer les institutions, que ce sont les institutionnels. Mais j'estime que si tout le monde se renvoie la balle, on ne s'en sort pas.

Bien que l'accompagnement au sein du secteur associatif (excepté dans les établissements, cf. *infra*) se fasse le plus souvent de façon bénévole, il arrive qu'il soit professionnalisé et assuré par des personnels rémunérés. Outre les cas particuliers de mise à disposition de personnel administratif par des collectivités locales (cf. cas évoqué plus haut), apparaît comme un cas très singulier celui de l'AFM, qui dispose de services régionaux spécifiquement dédiés à un accompagnement « global » des personnes, incluant entre autres l'accompagnement des démarches administratives. Ce dispositif, financé indépendamment de tout apport direct des pouvoirs publics (financement grâce au Téléthon, qui bénéficie toutefois de la défiscalisation accordée aux associations reconnues d'intérêt public), s'inscrit dans une démarche d'*empowerment* des patients caractéristique de ces associations du secteur de la santé (Barbot, 2002 ; Lascoumes, 2007, 2008 ; Paterson and Barral, 1994 ; Rabeharisoa and Callon, 1999). Ce travail est assuré par des professionnels « techniciens d'insertion » dépendant des services régionaux de l'AFM, qui accompagnent les usagers et leurs proches dans leurs démarches aussi bien médicales, sociales, techniques (acquisition de matériel) que juridiques et administratives. Une technicienne d'insertion, initialement ergothérapeute de formation, décrit ainsi son travail :

> E102-A
>
> Je ne suis pas ergothérapeute, mais technicien de l'insertion, en fait. C'est une fonction qui a été créée par l'AFM pour accompagner les familles dans les problématiques posées par la maladie. Donc, en fait, on accompagne les familles à leur demande, pour toutes problématiques qui sont en lien avec la maladie, et on essaye, avec eux, de trouver des solutions. On les accompagne, vraiment, dans leur projet de vie ; à réfléchir avec eux aux solutions - c'est toujours la personne qui est au centre, de toute façon, de son projet. On apporte des pistes. Y'a beaucoup, aussi, d'informations sur la maladie, du soutien aux moments difficiles - donc, sur la perte de marche, l'arrivée du premier fauteuil électrique… Voilà. On est présent au moment où c'est difficile, on soutient à la logistique aussi. Ça, c'est vraiment un rôle auprès des familles, on les accompagne, on est présent. Et puis, y'a également un

> rôle auprès des partenaires avec l'information sur la spécificité des maladies neuromusculaires ; une action auprès des instances collectives dans le droit à compensation. [...] On passe par de la visite, de la rencontre au domicile, donc on est amené à se déplacer au domicile des personnes sur la région ; ça passe par de l'entretien téléphonique ; ça passe par des contacts ; de l'accompagnement à certains rendez-vous avec des professionnels du secteur social, médico-social ; également, dans le cadre de la scolarité des enfants où on intervient également avec la famille lors des équipes de suivi de scolarisation.

Cette technicienne d'insertion décrit toutefois son intervention comme étant limitée sur le volet administratif dans le département A, du fait d'un accompagnement jugé satisfaisant de la part des équipes de la MDPH :

> E102-A
>
> [...] il m'arrive, dans le département [A], d'aider la famille à remplir son dossier de demande de prestation de compensation, de l'aider à formuler, aussi, son projet de vie. Maintenant, on va quand même prioriser l'intervention - en plus, dans [le département A], c'est un dispositif, on va dire, peut-être plus complet que dans d'autres départements : ils travaillent beaucoup avec les travailleuses médico-sociales, donc y'a un réseau qui est quand même bien développé dans [le département A] ; et c'est vrai qu'elles interviennent aussi pour ces parties-là. Donc, on est là pour accompagner la famille, mais ces professionnels interviennent également pour les dossiers, on va dire, administratifs.
>
> Q : Donc, vous diriez, globalement, que les personnes sont bien accompagnées, du coup ?
>
> R : Pour intervenir sur différents départements, oui, le dispositif dans [le département A] est bien en place. Nous, on va vraiment, aussi, apporter une information sur la maladie de la personne, et sur la spécificité : pourquoi cette personne a besoin de ce matériel-là ? Parce que, bon, généralement, ce sont des aides techniques qui sont assez onéreuses. Pourquoi ce type d'aménagement ? Enfin, voilà, informer le professionnel sur la spécificité de cette maladie, le caractère évolutif de la maladie.
>
> Q : Et, dans l'ensemble, est-ce que vous avez le sentiment d'avoir un bon suivi des dossiers de la part de la MDPH ?
>
> R : Par la MDPH [du département A], ça se passe bien, oui. Pour les dossiers, y'a un bon suivi. C'est mon avis de professionnelle en comparaison avec d'autres dossiers, mais je trouve que, dans la MDPH [du département A], c'est relativement, quand même, bien suivi.

La dimension administrative de l'accompagnement prendra ainsi une part variable selon les départements, en fonction notamment du caractère jugé satisfaisant ou non de l'accompagnement proposé par la MDPH, ce qui révèle ici encore, en dépit d'une intervention associative conséquente et institutionnalisée, la conception selon laquelle cette mission de conseil et d'aide au montage du dossier devrait être avant tout la prérogative de la MDPH.

Enfin, il peut arriver que les bénévoles d'associations gestionnaires renvoient des primo-requérants vers leurs établissements et services, bien que ce phénomène semble relativement rare, la plupart des directeurs d'établissement nous ayant indiqué ne prendre en charge que les dossiers de leurs ressortissants. Ce renvoi vers l'établissement a par exemple été mentionné dans le domaine éducatif, des administrateurs d'une association

gestionnaire dans ce secteur nous ayant indiqué renvoyer parfois des parents insistants vers le service social d'un des établissements, afin de préparer en amont une éventuelle orientation :

> E30-B
>
> R1 : (...) s'ils [les parents] insistent vraiment, on les met en liaison avec une assistante sociale d'une de nos structures, qui les accompagne après. (...).
>
> R2 : Comme beaucoup d'associations, au niveau des établissements, ce que l'association est amenée à faire, par rapport à ses propres établissements, c'est de dire : « avant peut-être même de constituer le dossier, on reçoit les familles », c'est quelque chose de naturel pour qu'ils puissent connaître de l'établissement, soit le service, soit le fonctionnement et les amener, après, à constituer le dossier.
>
> Q : Donc, souvent, les gens qui déposent des dossiers ont déjà des contacts auprès des établissements ?
>
> R1 : C'est pas général mais ça se fait de plus en plus. Parce que les parents commencent à être au courant quand même. Ce qui est bien.

Le renvoi vers l'établissement est également décrit comme plus systématique par un autre président d'association dans le département D :

> E176-D
>
> R : Quand quelqu'un s'adresse à nous, on le reçoit, on essaye d'abord de définir quelle est vraiment la demande précise parce que c'est pas toujours le plus facile, et puis on l'oriente vers l'établissement qui peut apporter la meilleure aide, ou, si le dossier est pratiquement finalisé, on aide à finaliser. On a la chance maintenant d'avoir une annexe de la MDPH [section locale] donc, ça, c'est important pour nous. Ils vont porter leurs dossiers à la MDPH [locale] et ça facilite beaucoup les choses.
>
> Q : L'aide qui est apportée par les établissements, ça concerne y compris les gens qui sont dans une première demande, qui ne font pas encore partie de l'établissement ?
>
> R : Ça peut, oui. Ou même des adultes.
>
> Q : Donc, c'est pas uniquement pour des renouvellements, des orientations de gens qui sont déjà là ?
>
> R : On en a peu qui viennent de l'extérieur, mais on en a.

La plupart des responsables d'établissements (professionnels) que nous avons rencontré nous ont toutefois indiqué limiter le travail d'accompagnement aux usagers relevant déjà de l'établissement ou du service. Un membre de l'équipe de direction d'une structure gestionnaire de plusieurs ESAT indique ainsi :

> E182-D
>
> Si on a une demande externe, ce qu'on fait c'est qu'on renvoie sur les [travailleurs sociaux de la MDPH qui travaillent dans des antennes territorialisées] avec les assistantes sociales de secteur. Les personnes qui sont accueillies chez nous, alors, c'est pas systématique, mais à 90% c'est nous qui montons les dossiers.

Ce dernier travail d'accompagnement est, en revanche, assez systématique (comme l'indiquent les « 90% » mentionnés dans cette citation), et confère de fait aux établissements un poids conséquent dans la définition des orientations.

Les établissements, autour et dans la MDPH

Le rôle historiquement joué par les établissements et services[192] créés par les associations dans le secteur du handicap, et le fait que les établissements de ce secteur soient actuellement en quasi-totalité gérés par des acteurs associatifs (et non par les pouvoirs publics - voire par la MDPH, ou par le secteur privé lucratif) soulève la question de l'autonomie de la MDPH par rapport à ce tissu d'établissements et de services qui lui préexiste et qui avait longtemps géré le secteur de façon largement autonome (Paterson et al. 2000). Bien que leur place en CDAPH soit relativement minime (2 représentants des organismes gestionnaires d'établissements et de services, sans droit de vote[193]), leur rôle dans la mise en œuvre des orientations donne aux établissements une capacité d'influence qui se déploie, en pratique, à toutes les étapes du processus : accompagnement au montage des dossier de renouvellement ou de réorientation (voire dans certains cas, accompagnement de primo-requérants), participation à l'évaluation, autonomie dans la gestion de leur liste d'attente et, sous réserve de l'existence d'une liste d'attente, capacité de choisir ou non de mettre en œuvre une notification. En soulignant le rôle que les établissements sont amenés à occuper, de fait, au sein du dispositif MDPH, notre intention n'est pas de dénoncer cette place prise par les établissements, mais simplement de l'analyser aux différentes étapes du processus de traitement des dossiers pour éclairer, en creux, la question des modalités et du degré d'autonomie de la MDPH.

Comment les établissements préparent les dossiers ?

Tous les directeurs d'établissement rencontrés nous ont indiqué faire un travail conséquent de préparation des dossiers de renouvellement-réorientation de leurs ressortissants, en lien avec les usagers eux-mêmes, les familles et/ou agents tutélaires. L'importance de ce travail, que nous n'avions pas envisagée avant de commencer l'enquête de terrain, renvoie tout d'abord au caractère récurrent des démarches nécessaires auprès de la MDPH pour les personnes handicapées : les demandes d'AAH ou encore d'orientation en établissement, par exemple, doivent être régulièrement renouvelées. A un schéma univoque assez simple de circulation et de traitement des dossiers faisant se succéder demande/traitement par la MDPH/attribution d'un droit et/ou orientation, nous avons rapidement dû substituer à l'épreuve du terrain un modèle circulaire dans lequel l'orientation ou l'attribution du droit doivent être suivies de nouvelles demandes afin d'assurer la pérennité de la prise en charge et des droits ouverts.

L'importance du processus d'orientation/réorientation dans le fonctionnement des établissements place *a priori* la MDPH dans une position

[192] Dans la suite de cette partie, pour alléger l'écriture nous parlerons d' « établissements » pour désigner les établissements et services.

[193] Des directeurs d'établissements peuvent toutefois être présents au titre des représentants d'associations (comme nous l'avons montré dans la partie sur le choix des représentants associatifs en CDA, voir : 2e partie, chapitre 1/ Fonctionnement de la CDA et modalités de nomination des associations).

surplombante par rapport à ces établissements, en dépit de leur antériorité dans le secteur et du contrôle qu'ils exercent sur l'entrée effective en établissement. En dépit de ces positions solidement établies, les établissements semblent avoir intégré la nécessité du passage par la MDPH. Comment décrire les relations entre les établissements et les MDPH ? Les MDPH imposent-elles les décisions indépendamment des impératifs des établissements ? Comment les établissements parviennent-ils à faire entendre leurs intérêts dans l'orientation des individus ?

A première vue, les MDPH sembleraient avoir réussi à établir leur caractère incontournable, leur « unicité » au sens de Carpenter *(2000)*. Concrètement, ceci se traduit par le fait que quasiment aucun établissement ne prend en charge d'usager sans notification de la CDAPH. La seule exception que nous ayons rencontrée à cet égard est celle d'un directeur d'un SAVS et d'un SAMSAH, lui-même issu du secteur social, qui indique que le personnel de ses services assure le suivi de personnes qui, du fait de leur état psychique et de leur isolement (souvent des situations de clochardisation ou d'isolement social extrême), ne seraient de toute façon pas en mesure de déposer un dossier à la MDPH :

> E35-B
>
> [...] si, par exemple, au niveau du SAMSAH, nous ne faisons de l'accès aux soins que pour les personnes qui sont orientées par la MDPH, et que pour être orienté par la MDPH, il faut avoir un certificat médical, nous ne ferions de l'accès aux soins qu'aux personnes ayant déjà des soins. Donc, on nous demande que les personnes soient déjà orientées pour les prendre en compte. Donc nous ne les comptabilisons que quand ils sont orientés par la MDPH. Donc sur le SAMSAH, ce que je disais, on est avec la précarité, on peut avoir de la part des parents qui nous contactent ou d'autres services - avant, y'avait par exemple la Croix rouge qui nous disait : « on a repéré quelqu'un, on n'arrive pas à rentrer dans les troubles. On vient de faire un signalement pour une personne qui est enfermée chez elle, qui va être expulsée, on n'arrive plus à avoir de contact, elle ne sort qu'entre trois heures du matin... Et puis, là, on a fait un signalement, on n'a pas eu de suite. Les voisins ne voient plus la personne, on ne sait plus si elle est en vie ou pas en vie. Vraiment, on se pose les questions, on ne sait plus quoi faire », donc les collègues se tournaient vers nous. Donc on va mettre en place. Le détournement, je pense à notre infirmière qui s'est détournée pour venir travailler en passant tous les jours, tous les mois pour voir si la fenêtre avait bougé, en sonnant... La plaquette c'est pour ça. Pendant six mois, on va passer au domicile d'une personne, à la même heure, toutes les semaines, si possible la même personne. Si l'on ne peut pas venir la semaine suivante, on va s'excuser de ne pas pouvoir revenir la semaine suivante. Et puis, on remet régulièrement la plaquette si on change de personne en disant : « c'est plus moi qui passerai, ça sera elle ». Qu'elle peut nous appeler, etc. Si on a eu sa date de naissance, essayez de lui dire : « vous savez que c'est votre anniversaire ». Voilà. Jusqu'à ce qu'elle nous entrouvre la porte. Les collègues pourraient vous raconter des anecdotes. C'est uniquement une fois qu'on a fait ça qu'on peut peut-être penser à faire un dossier MDPH. Mais au niveau de la réglementation, ça, ça ne compte pas puisqu'on n'a pas l'orientation (sourire) et que nous ne prenons que des personnes orientées dans nos établissements.

Il s'agit là d'une exception qui confirme la règle de la notification conditionnant le suivi, ne serait-ce que du fait que les personnes ainsi prises en charge ne sont pas officiellement comptabilisées dans la liste des usagers

des services (« nous ne les comptabilisons que quand ils sont orientés par la MDPH »).

Si, à première vue, les CDAPH et les MDPH semblent imposer leurs orientations, il convient également de tenir compte des stratégies que les établissements mettent en place à l'égard de la MDPH.

Notons tout d'abord que pour les directeurs d'établissements, ce respect des procédures n'est pas seulement ni nécessairement lié à une reconnaissance de la légitimité de la CDAPH dans la définition des orientations des usagers, mais correspond aussi à des contraintes gestionnaires et de financement. Ce directeur d'un foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes rapporte ainsi des cas individuels pour lesquels, le renouvellement d'AAH n'ayant été effectué dans les temps du fait d'un manque de suivi par certains représentants légaux, les personnes concernées ont été soumises par le CG au tarif de journée de l'établissement et ont reçu des impayés (parfois de l'ordre de 30 000 euros) du Trésor Public :

> E29-B
>
> Q : Est-ce que les personnes qui sont résidentes ici ont à faire renouveler leur demande d'orientation ici ?
>
> R : Oui. Ça, c'est un gros, gros, gros, gros boulot. Ma conseillère, pour vous donner un exemple, elle doit renouveler soixante-dix dossiers en 2012. Alors, qu'est-ce que c'est que ce renouvellement ? Les gens sont arrivés en 2006 dans l'établissement, et généralement, on leur donne une orientation de cinq ans, renouvelable. Donc, 2012 : renouvellement. Et on doit faire un renouvellement six mois avant, six mois avant la date échue. Le problème c'est que y'a des représentants légaux qui ne jouent pas le jeu, soit par méconnaissance, soit par négligence, soit par dysfonctionnement institutionnel (parfois, des organismes de tutelle qui dysfonctionnent pour des raisons organisationnelles). A ce moment-là, qu'est-ce qu'il se passe ? Je vous le donne en mille. [Des gens se retrouvent avec] trente mille euros de dettes. Pourquoi ? Quand vous n'avez pas l'aide sociale, vous ne vous référez plus au soixante-dix pour cent de l'AAH, vous vous référez au prix de journée de l'établissement. L'aide sociale permet que la personne verse soixante-dix pour cent de l'AAH. Si l'aide sociale n'est pas attribuée, ça veut dire que la personne n'est plus soumise à cette facilitation, on va dire, budgétaire, donc elle est soumise à plein pot. Elle doit payer plein pot le prix de journée. Prix de journée de l'établissement, je vous donne un chiffre : cent soixante-six euros au foyer de vie, multipliés par le nombre de jours, avec effet rétroactif ; et quand on voit que c'est un problème rétroactif, que c'est un problème d'oubli - parce que le renouvellement, c'est généralement des situations qui ont été considérées et jugées comme, normalement, relevant de l'aide sociale, mais qui, dans l'ancien système, faisait qu'on renouvelait, d'une manière presque tacite. Y'avait une sorte, on va dire, de moyens d'accepter les délais, un peu, dépassés. On n'était pas au jour même, voire au mois même. Et là, actuellement, ils ont refusé à plusieurs reprises des renouvellements dépassés, pour cause de dépassement. Après, c'est le Trésor public qui envoie aux personnes des impayés de trente mille, quarante mille, soixante mille, ce que vous voulez, d'euros. Et là, y'a plus de négociations possibles. Voilà le nouveau système dans le [Département]. Pourquoi ? Parce que le [Département] n'a plus de fric. Vous avez la réponse. C'est proprement scandaleux. Donc, je suis actuellement avec des dossiers pour lesquels je n'y peux rien. Les représentants légaux n'ont pas fait leur travail - je ne reviens pas sur les bonnes ou mauvaises raisons - et je mets une injonction aux représentants légaux de payer six mille euros par exemple, le représentant légal étant dans l'incapacité de payer les six mille euros puisque, lui, il a un

handicapé sous son égide qui a sept cents euros par mois d'AAH, je ne peux pas négocier avec l'autorité publique, donc on est dans un problème d'endettement. Et l'établissement ne récupère pas son argent. L'autorité publique dit : « vous n'avez pas récupéré l'argent. Qu'est-ce que c'est que cette affaire ? ». On leur renvoie : « écoutez, c'est le représentant légal »… Enfin, bon. Donc, nous, on est soumis à un drôle de système. Mais, le pire dans cette affaire c'est que la personne handicapée doit payer, et parfois, on est presque dans un processus de faillite civile, d'insolvabilité.

Mais au-delà des contraintes gestionnaires et financières, l'accompagnement au montage des dossiers par les établissements, dans la mesure où il influence fortement l'orientation finalement avalisée par la CDAPH (cf. *infra*), répond aussi à **un intérêt, pour l'établissement, de préserver un contrôle sur la délimitation de son public** (contrôle des sorties et des recrutements).

Les caractéristiques du public accueilli apparaissent en effet comme une source d'aléa essentielle pour les organisations que sont les établissements. Plusieurs critères de jugement sur les difficultés de prise en charge ont ainsi pu apparaître au fil de l'enquête : un handicap « lourd » mobilise plus de personnel qu'un handicap plus « léger » ; inversement, une personne mobile pourra requérir de la part de l'établissement plus de moyens de surveillance. L'instabilité du handicap, de même que le handicap psychique, sont jugés plus difficiles à prendre en charge du fait de leur manque de prévisibilité. Les ESAT craignent l'absentéisme, qui rend la production plus difficile à planifier. La prise en charge continue est moins coûteuse en accompagnement que plusieurs prises en charge partielles (travail à temps partiel, accueil séquentiel), et évite une démultiplication des aléas… Ceci ne signifie pas nécessairement que les établissements vont systématiquement chercher à éviter ces profils (de fait, certains établissements se spécialisent dans les handicaps les plus « lourds », accueillent des personnes en situation de handicap psychique, assurent des prises en charge à temps partiel, tolèrent un absentéisme important), mais il s'agit simplement de souligner ici que le profil du public accueilli constitue de ce fait une source d'aléa essentielle, sur laquelle l'établissement a intérêt à se ménager des possibilités de contrôle. C'est en partie ce qui donne sens à l'importance du travail d'accompagnement des usagers dans leurs démarches auprès de la MDPH assuré au sein des établissements.

Concrètement, l'importance prêtée à cet enjeu de l'accompagnement des usagers au sein des établissements se traduit par toute une logistique affectée à cette mission, celle-ci étant confiée, selon la taille des établissements, soit à une personne, soit à un véritable service dédié (certains sièges sociaux d'associations disposent ainsi de « services sociaux »). L'interviewée citée ci-dessous, membre de l'équipe de direction d'un ESAT appartenant à une association qui gère aussi un SAVS, évoque ainsi les différents types de personnels qui interviennent au niveau de l'établissement dans l'accompagnement au montage du dossier (SAVS, conseillère en économie sociale et familiale de l'ESAT) :

E174-D

Q : En amont de ce qui se passe en CDA, est-ce qu'au niveau de l'établissement vous faites un travail d'accompagnement des personnes qui

ont des dossiers justement à déposer à la MDPH ? Comment ça se passe, pour les renouvellements ?

R : Alors, c'est fait par le SAVS quand les gens sont en SAVS, c'est fait par les professionnels du foyer quand ils sont au foyer. Et puis pour les personnes qui ont une mesure de protection, bon, c'est fait par les mandataires judiciaires. Et puis, pour les personnes qui n'entrent pas dans ces accompagnements, dans nos services, on a une conseillère en économie sociale et familiale qui propose ses services quand les gens en ont besoin. C'est à la demande, c'est rappelé régulièrement à l'usager par les référents, notamment au niveau de l'atelier quand ils ont un souci. De même que pour la CAF, c'est la conseillère en économie sociale et familiale qui aide à dénouer les situations.

Outre la mise en place de services dédiés à cet accompagnement, celui-ci s'inscrit aussi, dans la plupart des établissements, dans un suivi routinisé des personnes accueillies, qui n'a pas initialement ni uniquement pour vocation d'alimenter le montage de dossiers pour la MDPH, mais s'inscrit dans les processus courants de fonctionnement de l'établissement. Les responsables de plusieurs établissements dans le secteur de l'enfance décrivent ainsi le travail régulier d'évaluation réalisé dès les débuts de la prise en charge :

E99-A

R2 : En principe, un enfant, il est admis trois ans - une période de trois ans, en moyenne.

R1 : Si on reprend dès le départ, à son arrivée : trois mois d'observation, on fait un bilan d'admission.

R3 : Là, on regarde s'il est bien orienté chez nous, s'il a sa place ici, ou pas. Donc, s'il a sa place ici, on fait son projet. Et là, on propose à la MDPH de le garder trois ans.

R1 : Et puis, cette période d'observation nous permet d'évaluer les besoins de l'usager, et effectivement, de mettre les moyens en face.

R2 : Sur un plan administratif, on a une notification de trois ans puisque, généralement, la MDPH, elle fait suite. Ça ne nous empêche pas, tous les ans, de refaire une évaluation. On appelle ça les bilans annuels.

R3 : Au minimum. Plus les synthèses. En gros, concernant un gamin, y'a au moins trois réunions par an pour voir si le projet, construit au départ, colle toujours à la réalité de l'enfant.

R1 : Pour le modifier, pour le réactualiser.

Q : Et il arrive que vous ayez à demander des réorientations en cours de route ?

R3 : Oui, bien sûr. Des sorties, des réorientations…

Q : Et dans ces cas-là, ça passe toujours par la MDPH ?

R3 : Oui.

R2 : La MDPH, on les sollicite pour ça : réorientations, sortie d'établissement, changement de régime. Donc, c'est les trois grands points pour lesquels on a besoin absolument que la MDPH valide.

Q : Et là, c'est la famille qui envoie le dossier ou c'est vous qui envoyez une demande à la MDPH ?

R1 : De toute façon, c'est travaillé avec la famille.

R2 : On fait tout en lien avec la famille. Tous les documents sont signés par la famille : dossier MDPH, demande de changement de régime, tout est fait en lien avec la famille.

R1 : C'est vraiment un partenaire incontournable la famille.

Si tous les documents sont effectivement « signés par la famille », l'établissement semble néanmoins jouer un rôle prépondérant dans la préparation du dossier. Cette implication des établissements est d'ailleurs décrite dans ce cas précis comme ayant été sollicitée par la MDPH elle-même, suite au constat selon lequel « ça fonctionnait plus ou moins bien » lorsqu'on laissait les familles s'en charger seules. On dispose ainsi d'un récit – non nécessairement généralisable – de la manière dont les établissements ont pu être graduellement amenés, sous l'impulsion de la MDPH elle-même, mais aussi en relation avec des contraintes de gestion (ne pas « se retrouver sans rien » au terme du temps de prise en charge initialement notifié), à jouer un rôle croissant dans le montage des dossiers des usagers :

E99-A

La MDPH a mis des travailleurs médico-sociaux pour aider à la rédaction de ces dossiers. Sauf qu'ils se sont aperçus que ça fonctionnait plus ou moins bien et ils nous ont demandé d'aider les familles. Au départ, on aidait ceux qui venaient, et puis après, on a pris le pari de travailler tous les dossiers, et en fait, les dossiers sont faits à partir de l'établissement en lien avec la famille, bien évidemment. Pour nous, c'est aussi une garantie : c'est de ne pas recevoir des dossiers qui ne sont pas constitués et arriver, au terme de la prise en charge définie par la MDPH : se retrouver sans rien.

Le fait que les demandes formulées s'inscrivent dans le cadre de ce suivi rapproché des usagers au sein de l'établissement, mais aussi les relations de confiance qui peuvent s'établir entre responsables d'établissements et personnels MDPH, aident à comprendre que les EP et la CDA suivent le plus souvent les demandes ainsi formulées. Ainsi, l'interviewée précédemment citée estime avoir toujours reçu un « appui » de la MDPH, y compris sur des orientations qui « étaient un peu limite » :

E174-D

Q : En général, quand les dossiers sont préparés dans ce cadre-là, SAVS ou conseillère en économie sociale et familiale, ensuite, est-ce que ça se passe bien au niveau du traitement en CDA ? Enfin, est-ce que la CDA suit les demandes d'orientation qui ont été formulées ?

R : En règle générale, oui. Il se trouve aussi que j'ai de très bonnes relations avec - on travaille en partenariat, plus avec le responsable du pôle adulte […]. Je suis très satisfaite des relations que j'ai avec la directrice aussi. Par rapport à des orientations, qui parfois étaient un peu limite, j'ai toujours eu un appui.

Ce constat partagé selon lequel les demandes encadrées par les établissements sont généralement bien « suivies » par les EP et la CDA s'explique aussi par la participation des établissements aux dispositifs d'évaluation de la MDPH.

La participation des établissements et services au travail d'évaluation de la MDPH

Illustration supplémentaire de l'ancrage de la MDPH dans son environnement institutionnel, il n'est pas rare que les établissements et services participent au travail d'évaluation des dossiers au sein de la MDPH.

Modalités de participation à l'évaluation

Cette participation peut prendre plusieurs formes. Tout d'abord, les équipes de la MDPH peuvent solliciter des établissements pour « tester » une orientation envisagée. Un membre de l'équipe de direction d'un ESAT montre ainsi comment son établissement a pu servir de « terrain d'évaluation », pour apprécier la pertinence de tel ou tel type d'orientation, notamment face à des usagers dont les demandes ne sont pas précises (ceux qui « cochent toutes les cases ») :

> E174-D
>
> Sur certaines situations, on est facilement terrain d'évaluation aussi à l'ESAT, pour des situations quand les membres de la CDA ne… En fait, on est dans une impasse par rapport à des demandes. Parfois des gens font toutes les demandes possibles et imaginables. Enfin, ils cochent toutes les croix sur le formulaire. Et du coup, en termes de travail, l'ESAT a souvent été un lieu de stage, un lieu d'évaluation avec hébergement, sans hébergement. Je veux dire le service qui est rendu dans un sens, moi, j'essaie aussi de le rendre aussi dans l'autre sens. C'est aussi comme ça que je vois mon partenariat avec la CDAPH.

Cette pratique consistant, pour les EP de la MDPH, à solliciter les ESAT pour « tester » la pertinence d'une orientation, nous a également été décrite dans le département D sous le terme de « sursis à statuer » :

> E182-D
>
> R1 : Sursis à statuer. C'est la MDPH qui sollicite - c'est un peu comme une évaluation en milieu de travail au niveau de Pôle emploi, les EMT. En fait, c'est la MDPH qui a besoin d'un complément « d'expertise », entre guillemets, et qui veut faire une phase test au sein des établissements pour voir si effectivement l'orientation de l'équipe pluridisciplinaire…
>
> R2 : C'est quand y'a un doute, en fait.
>
> R1 : Pour effectivement vérifier que c'est bien cette orientation-là qui est pertinente. Mais c'est vrai qu'on en a de moins en moins.
>
> Q : Ça, ça se fait du coup en amont ? Enfin, l'EP vous contacte en amont du passage en CDA ?
>
> R1 : Oui.
>
> R2 : Les personnes concernées par la mesure se présentent avec le sursis à statuer. Souvent, c'est un agent administratif de la MDPH qui nous envoie un mail en disant : « voilà, telle personne va se présenter chez vous pour tel projet ». Alors, soit c'est pour tester une activité, soit c'est vraiment quand ils ont un doute sur : est-ce que travail protégé c'est vraiment ce qui convient à la personne ?

Outre ce recours aux établissements pour « tester » la pertinence d'une orientation, la participation de ceux-ci à l'évaluation peut aussi passer par la mise à disposition de professionnels de l'établissement pour siéger en EP. Cette participation directe des établissements aux EP peut être officialisée

sous forme de conventions prévoyant, au moins dans certains cas évoqués en entretiens, une mise à disposition des professionnels à titre gratuit :

> E186-D
>
> On est entré dans les commissions techniques qui jugeaient les dossiers de façon gratuite, en offrant des heures de travail.
>
> E33-B
>
> On « travaille », entre guillemets, pour les MDPH [...] - j'ai passé une convention avec [une MDPH] c'est une convention gratuite. Donc, on fait des évaluations pour les MDPH, mais en retour, on n'est pas payé (rire). Donc, maintenant, on ne fait plus de convention si on n'est pas payé puisqu'après on fait leur boulot, quoi. Et quand on voit le temps que ça représente, c'est quasiment un temps plein sur les quatre, un équivalent temps plein sur les quatre.

Enfin, une dernière modalité rencontrée de cette participation à l'évaluation repose sur le fait que la même personne travaille à temps partiel pour l'établissement et pour la MDPH : c'est par exemple le cas d'un psychiatre travaillant à la fois pour un SAVS/SAMSAH et pour l'EP de la MDPH :

> E35
>
> Nous avons un médecin psychiatre sur notre service qui est le médecin psychiatre expert de la MDPH. Donc ça fait un lien quand même assez fort. Donc, là aussi, je ressens que lorsqu'elle repère une situation inexplicable à la MDPH, soit elle propose à la personne de nous rencontrer, soit elle préconise peut-être une orientation SAMSAH.

La participation des établissements à l'évaluation : un échange de bons procédés ?

Comment expliquer cette présence des établissements au sein des équipes d'évaluation ? A quelles finalités, à quels intérêts répond-elle de part et d'autre ? La citation précédente suggère une première piste d'explication, qui a trait à la rareté, au niveau local, du personnel – notamment médical – prêt à s'investir sur ces problématiques : le manque de médecins évaluateurs a notamment été signalé de façon récurrente, et explique la multipositionnalité de plusieurs d'entre eux.

Mais au-delà d'un effet de la démographie médicale locale, cette participation répond aussi à des intérêts de part et d'autre. La MDPH a intérêt à la participation de ces professionnels, non seulement du fait de leurs compétences disciplinaires (ergothérapeutes, psychiatres, etc.), mais aussi du fait de leur connaissance fine des dispositifs de prise en charge localement disponibles. Pour les établissements, cette participation de leurs personnels au cœur de l'institution MDPH permet tout à la fois de maintenir le contact et de bonnes relations avec une institutions à laquelle ils peuvent avoir à soumettre des demandes de sortie ou de réorientation (cf. infra), mais aussi, dans certains cas, de s'assurer une forme de contrôle indirect sur le recrutement, en favorisant l'évolution des orientations vers tel ou tel public. Le récit suivant, d'un membre de l'équipe de direction d'une structure gérant plusieurs établissements dans le département D, sur sa participation en EP, illustre bien cette forme d'échange de bons procédés entre MDPH et établissements :

E182-D

Moi, où c'était intéressant quand j'y étais, et particulièrement parce qu'on représente quand même un établissement important et sur un territoire qui n'est pas sans poser de problème c'est que, des fois, ça nous permettait de récupérer des situations pour lesquelles un petit établissement ne pouvait pas forcément trouver de solutions. Je me souviens de trois situations où les personnes [...] avaient fait le tour d'un établissement [...], et souvent, nous, on dit : « avec le staff qu'on a, l'organisation qu'on a, on peut essayer ». C'était ça qui était intéressant. C'était qu'on pouvait récupérer des fois des situations. Par exemple, les premiers accueils qu'on a proposés en structures alternatives au début - les structures intermédiaires étaient un peu vécues par l'animateur de la CDA pour la partie adulte comme étant des structures qui accompagnaient uniquement le vieillissement. C'est vrai qu'on a un p'tit peu inversé la tendance en disant : « attendez, ça peut être aussi pour des jeunes qui sortent de l'IME, qui n'ont pas forcément la maturité parce que sait très bien qu'aujourd'hui, si les enfants lambda deviennent des Tanguy, pourquoi les personnes handicapées, à vingt ans, il faudrait qu'elles soient prêtes alors que, par définition, elles ont plus de difficultés que les autres ? ». C'est vrai que j'avais proposé à plusieurs reprises de dire : « attendez, peut-être que pour les jeunes qui sortent d'IME ou d'IMPRO, peut-être que c'est une bonne alternative ». Ce qui était refusé avant et qu'on a réussi à négocier. C'est vrai que sur des actions comme ça, j'aimais bien quand j'y ai été.

Q : Oui, faire valoir ce type de structure qui n'est pas très bien connu…

R : Voilà. Et puis aussi le bénéfice de l'âge qui fait qu'on peut imaginer des choses parce qu'on a aussi beaucoup circulé dans les établissements, on connaît bien les dispositifs. L'expérience. Et puis, avoir été confronté déjà sur certains dossiers… Parce que, bon, quand tout va bien, j'ai envie de dire, tout le monde peut le faire. Mais bon. Ils savent nous appeler quand y'a des soucis, et notre directrice générale est régulièrement sollicitée.

Cet extrait montre la forme d'échange qui se met en place par le biais de la participation en EP : la connaissance fine des différents établissements (et notamment ceux qu'on gère) permet de proposer des solutions à des cas difficiles, et inversement le fait d'être présent en EP permet aussi d'avoir une prise sur la construction du public des différentes structures (ici par exemple, réorienter les structures intermédiaires vers un public plus jeune, et pas seulement un public de personnes handicapées vieillissantes).

Notons toutefois, pour achever cette analyse de la participation des établissements en EP, que l'intérêt de cette participation en vue d'une forme de contrôle sur la construction du public des établissements peut entrer en contradiction avec une conception généraliste de la participation, qui valorise la participation au titre des compétences et non de la connaissance de dossiers ou d'établissements spécifiques. Ainsi, un membre de l'équipe de direction d'un IME participe à une équipe pluridisciplinaire de la MDPH du département A. Son récit dans l'extrait suivant suggère qu'il considère être sollicité pour sa compétence et non pour sa connaissance des enfants de l'IME, et décrit comme un problème l'éventualité d'avoir à se prononcer sur des dossiers d'enfant de son IME (« ça tombe bien parce que j'ai rarement des dossiers d'IME à traiter »). Ceci renvoie à un souci fréquemment exprimé par les gestionnaires d'établissements en entretien, par rapport à la MDPH, de ne pas être « juge et partie ». Il indique se placer en retrait quand sont abordés des dossiers d'enfants de son IME (« je m'efface, je laisse les

collègues »), mais répond tout de même aux questions des collègues à ce sujet :

> E99-A
>
> Q : Vous mentionnez tout à l'heure que vous participez aux EP à la MDPH : est-ce que vous pouvez m'en parler un p'tit peu ? Me dire comment ça fonctionne, quel rôle est-ce que vous avez là-dedans.
>
> R : Alors, le rôle, ça tombe bien parce que j'ai rarement des dossiers d'IME à traiter. J'y vais le mardi, généralement, les dossiers d'IME passent le jeudi, donc, ce qui est déjà plus facile pour moi. Au cas où il arrive qu'il y ait des dossiers qui passent de l'institution, je m'efface, je laisse les collègues, mais ils ne peuvent pas s'empêcher de m'interroger là-dessus, donc je réponds.

Qui sort ? Qui entre ? La construction du public : un enjeu clé des relations MDPH-établissements

Pour saisir pleinement les enjeux des relations entre MDPH et établissements (auxquels nous verrons que s'ajoutent un troisième acteur, les administrateurs des associations), une focale sur les processus d'entrée et de sortie des établissements semble utile, tant la construction des publics des établissements est apparue comme un point de focalisation essentiel des relations entre ces acteurs.

Qui sort?

Si les sorties d'établissement se font dans un grand nombre de cas de façon consensuelle (ex. un jeune qui sort d'IME pour rejoindre un ESAT), les cas conflictuels, qui engendrent des désaccords entre l'établissement, la famille et/ou la MDPH sont particulièrement intéressants à étudier du point de vue de l'analyse des relations entre MDPH et établissements. Le cas des « sorties administratives » (qui correspondent, concrètement, à des situations dans lesquelles l'établissement souhaite mettre fin à la prise en charge d'une personne) sont justement apparus en entretiens comme des points qui, tout en cristallisant un certain nombre de tensions, permettent d'éclairer les conditions de possibilité d'une coopération entre les institutions mises en présence.

Les « sorties administratives » : un point de conflit potentiel avec la MDPH et les CA des associations gestionnaires…

Ainsi que précédemment indiqué, les EP et CDA « suivent » le plus souvent les recommandations des établissements lorsque ceux-ci participent au montage et/ou à l'évaluation d'un dossier individuel. Les cas de désaccords les plus marquants concernent les « sorties administratives », comme l'illustre bien ce témoignage de deux membres de l'équipe de direction d'un établissement gérant plusieurs ESAT dans le département D :

> E182-D
>
> Q : Concrètement, la CDA vous suit, du coup, si vous travaillez 90% des dossiers en amont et que vous fait des demandes quand c'est une orientation particulière, est-ce qu'en général la CDA vous suit derrière ?
>
> R1 : Oui.

R2 : Toujours. Si on prend, par exemple, l'année dernière, je crois que la seule demande qui n'a pas été validée - et c'est compréhensible - c'est une demande de sortie d'établissement parce que y'avait un absentéisme très, très important du travailleur handicapé. On avait eu tout un parcours avec la MDPH, on les avait saisi à plusieurs reprises, et puis, au final, on a décidé de demander une sortie d'établissement et ils nous ont, comment dire, retoqué parce que, pour eux, malgré tout, même si l'absentéisme était important, c'était, par rapport à cette personne-là, le seul lien social qui restait. On l'a compris. Nous, ça nous paraissait à la fois cohérent de le demander et en même temps on s'est engagé, par contre, à faire un point avec eux sur les absences de la personne. Globalement, ils nous suivent.

Ainsi, sur une année, le seul cas pour lequel la CDA n'a pas suivi la préconisation de l'établissement était un cas de sortie administrative pour cause d'absentéisme. Le responsable de l'établissement qui s'exprime ici estime toutefois « compréhensible » la décision de la MDPH, même s'il maintient qu'il était « cohérent » du point de vue de l'établissement de demander cette sortie administrative. Dans ce cas, l'établissement a effectivement respecté la notification de la MDPH, en demandant toutefois qu'un point régulier soit fait sur l'absentéisme de la personne concernée.

Il peut cependant arriver dans d'autres cas, d'après le témoignage d'un président d'association du département C, que l'établissement décide d'une « sortie administrative » sans tenir compte ou sans attendre la notification de la CDAPH :

E170-C

Périodiquement, y'a des situations, encore, enfants et adultes, où un établissement réalise une sortie sans attendre une décision de CDAPH. Évidemment, c'est très difficile à partir de là, si la CDA décide la réintégration de la personne - d'abord, c'est pas évidemment pour la personne et la famille de dire : « je mets mon enfant, ou je mets mon fils ou ma fille adulte, dans un établissement où les gens n'en veulent pas » (et puis, alors, c'est des gens, par définition, qui n'arrivent pas à s'exprimer, qui sont fragiles). La réintégration c'est pas un processus simple.

Ce type de situation montre que le critère de présence d'une notification de la CDAPH est moins systématiquement intégré pour les sorties que pour les entrées. Cette pratique est semble-t-il héritière d'un usage issu de la COTOREP, conformément auquel les directeurs d'établissement se contentaient de transmettre à la commission les décisions de sorties administratives prises au niveau de l'établissement :

E170-C

L'une des premières réunions adultes, le personnel de la COTOREP nous a dit, à la fin de la réunion (on était en insertion professionnelle, puisqu'on a des fonctionnements, encore, par catégorie) : « maintenant, on va vous donner la liste des personnes que les directeurs ont sorti des ESAT ». Alors, on leur a dit : « attendez. Vous n'allez pas nous donner la liste des personnes dont les directeurs ont décidé la sortie. Vous allez nous donner la liste des personnes dont les directeurs demandent la sortie que nous allons étudier en CDA ». Cela étant, la loi de 75 avait déjà prévu que la sortie était une décision de commission, mais ils s'étaient installés un fonctionnement à la bonne franquette, et moi, je crois que le risque de réinstaller une espèce de fonctionnement un peu bizarre de ce genre - il existe encore aujourd'hui, il se renouvelle aujourd'hui.

Q : En l'occurrence, c'était les associations présentes qui ont poussé à une mise à plat des règles.

R : Oui. Tout à fait.

Cet héritage de la COTOREP, que les associations ont cherché à renverser, permet d'expliquer la persistance de pratiques faisant ponctuellement fi de l'avis de la CDAPH. Mais inversement, la nécessité désormais de plus en plus admise par les établissements d'un aval de la CDA constitue un des ressorts de la coopération entre établissements et MDPH.

… qui permet simultanément de comprendre la possibilité d'une coopération

L'instauration graduelle d'une situation de dépendance vis-à-vis de la MDPH au niveau des sorties permet partiellement d'expliquer qu'une coopération se mette en place : en contrepartie du fait que la MDPH accepte les demandes de sortie ou de réorientation des établissements, ceux-ci vont faire des efforts pour « trouver des solutions » pour des personnes difficiles à prendre en charge. Deux gestionnaires d'établissements (R1 et R2) dans le département A décrivent ainsi des relations avec la MDPH qui peuvent s'analyser en termes de dépendance mutuelle : ils ont besoin que la CDA suive quand ils demandent la réorientation d'un enfant pour qui l'accueil dans un de leurs établissements ne fonctionne pas (il « ne rentre pas dans les cases »), et inversement ils sont prêts à rendre service, quand se présentent des cas urgents et difficiles à prendre en charge, pour proposer une « cote mal taillée, mais une cote quand même » :

E99

R1 : […] le fait qu'on travaille, quand même, en bonne entente avec la MDPH, quand on leur dit : « cet enfant-là ne rentre pas dans les cases. Nous n'arrivons pas à », ils nous suivent. Après, y'a pas forcément de place dans l'établissement en question.

R2 : Mais, au moins, on a la réorientation.

R1 : Ils savent qu'on ne fait pas n'importe quoi et qu'on ne dit pas n'importe quoi, et que si on se positionne par rapport à ce jeune, ils savent que notre avis professionnel est quand même tout à fait acceptable et accepté. Ça, c'est aussi très important de le dire.

R2 : De toute façon, c'est vrai qu'on est reconnu, qu'on apporte du sérieux, et qu'à partir du moment où les choses sont posées, c'est jamais remis en cause. Maintenant, effectivement, c'est souvent acté et puis après il faut qu'il y ait de la place.

R1 : Après, ça, c'est un autre problème, mais c'est pas lié à la MDPH.

R2 : Ce qui fait qu'a priori des situations conflictuelles avec la MDPH, on n'a jamais…

R1 : Et ce ne serait pas à souhaiter.

R2 : Non, ce ne serait pas à souhaiter, bien sûr. Mais, je veux dire, ça pourrait arriver sur une vue complètement différente du même cas de gamin ou du même dossier. En fait, ça ne s'est jamais produit.

R1 : Non, et puis, ça marche tellement bien - enfin, faut pas que ce soit idyllique non plus, faut pas que vous croyiez que c'est tout rose - mais je pense qu'ils savent qu'on peut nous faire confiance et que nous on peut leur faire confiance, et quand y'a des cas un p'tit peu problématiques, ils n'hésitent pas à monter un dossier un peu particulier pour des jeunes où on

sait qu'il va falloir qu'un p'tit peu tout le monde y mette un p'tit peu du sien. On n'est quand même pas un grand département, y'a pas beaucoup d'établissements, donc ils savent aussi qu'il faut qu'ils travaillent en bonne entente avec nous et que, nous, on doit travailler en bonne entente avec eux.

R2 : D'autant qu'on a toujours répondu favorablement à leurs demandes.

R1 : Oui, leurs demandes, un peu, hors gabarit. Et des gros problèmes de prise en charge.

Q : Oui, des enfants qui…

R2 : Ne rentrent pas dans les cases.

R1 : Mais dont le système, vraiment, ne sait pas comment…

R2 : Y'a pas de solutions. Donc, où ils sont, à ce moment-là, tout le monde peut se mettre autour de la table et faire un truc : une cote mal taillée mais qui est quand même une cote, alors que y'en a qui n'ont rien du tout.

On retrouve cette idée d'échange de bons procédés chez un directeur d'ESAT dans le département A lorsque nous l'interrogeons sur l'existence d'éventuelles pressions de la part de la MDPH pour accueillir des usagers :

E87-A

Q : Est-ce qu'il arrive que vous ayez, je ne sais pas, des pressions de la MDPH pour recevoir…

R : Jamais. Jamais de pression. Par contre, la MDPH qui dit : « on a une personne, elle est dans un cas… », mais c'est arrivé peut-être une fois en cinq ans, « ça serait bien que vous puissiez l'avoir ». Mais, c'est aussi un juste retour parce qu'effectivement, quand, nous, on est embêté avec une personne, avec un cas, ils sont là aussi pour nous aider. Mais, ça m'est arrivé une fois, ou deux fois sur sept ans. Mais, en plus, ce n'était pas forcément une priorité. C'était : « rencontrez-la ». C'était une mise en relation. Après, sur d'autres établissements, je ne sais pas. […] c'est un vrai travail de partenariat qu'on a avec eux. Je n'ai pas l'impression que dans les établissements ce soit pris comme une obligation administrative. Tout le monde joue le jeu et c'est un vrai travail de partenariat.

Cet interviewé évoque en effet positivement la collaboration qui se met en place avec la MDPH lorsqu'une réorientation est nécessaire, soulignant toutefois que d'autres établissement du département se montrent (ou ont pu se montrer par le passé) moins coopératifs et tendent à placer la MDPH devant le fait accompli :

Dans certains cas compliqués de demande de réorientation et autres, y'a vraiment des réunions qui sont faites avec les membres de la MDPH [avec la responsable du pôle adultes). Dans cette réunion, il peut y avoir, à certain moment, le psychiatre de la MDPH qui peut effectivement intervenir avec nous sur certains sujets compliqués. Donc, quand y'a vraiment des situations compliquées, on arrive relativement facilement à se voir et à se rencontrer autour de la personne qui est en situation délicate, avec les membres de l'équipe de l'ESAT qui l'accompagne et aussi la MDPH.

Q : Donc, réorientations, c'est les situations, par exemple, où quelqu'un a été orienté en ESAT et ça ne se passe pas bien, et donc il faut envisager de changer ?

R : Voilà. De changer, ou tout simplement une situation de vieillissement qui arrive un peu tôt dans la vie, mais l'ESAT ne correspond plus aux attentes de la personne. Donc ça, c'est une chose. Il peut y avoir aussi une évolution de la pathologie, en l'occurrence par rapport à des personnes malades

> psychiques, aussi, qui peuvent être réorientées à certains moments. Alors, soit changer d'établissement, soit carrément… On va dire, vraiment, là, sur des cas sensibles. Alors, ce n'est pas non plus énormément de personnes à l'année. […] Mais, on essaye de travailler en amont. C'est-à-dire qu'on n'attend pas la MDPH, de nous trouver la solution. On va travailler puisqu'on a quand même un tissu associatif, un partenariat très, très riche : on a essayé de travailler avec tous les autres collègues, de mettre les personnes en situation d'essai, de stage, et donc, ensuite, avec la MDPH, on essaye de travailler la conclusion. Alors, ça, je parle pour l'établissement [ESAT où se déroule l'entretien], ce qui n'est pas forcément le cas de tous les établissements de [l'association gestionnaire], déjà, et pas forcément tous les établissements [du département A]. Mais, c'est vrai qu'en tous les cas, par rapport à [l'ESAT] et la MDPH, ça s'est bien passé. Ça s'est mal passé [par le passé] dans d'autres établissements que je dirige aussi aujourd'hui, maintenant, où ça s'était plus mal passé, où on mettait la MDPH devant des faits où elle était un p'tit peu coincée, quoi.

Si les établissements ont semble-t-il bien intégré la nécessité d'une coopération avec la MDPH en ce qui concerne les sorties, ils conservent de fait, en raison de la situation quasi-généralisée d'excès de demande par rapport à l'offre, une large autonomie dans leur recrutement.

Qui entre?

La gestion des entrées au sein des établissements

Si les citations précédentes évoquent quelques cas de demandes spécifiques de la MDPH pour assurer la prise en charge de certaines personnes, en pratique **les établissements disposent d'une large autonomie dans leur recrutement du fait de l'existence de files d'attente et de leur autonomie dans la gestion de celles-ci**. Les établissements sont en effet tenus de donner suite aux notifications de la CDAPH dans la limite de leurs capacités d'accueil. Or celles-ci sont le plus souvent saturées, et le manque de place constitue un motif valide de refus de la prise en charge en dépit d'une notification. L'argument de l'absence de place disponible permet de tenir tête y compris à une MDPH qui se montrerait trop « injonctive », comme le suggère ce directeur d'un foyer dans le département B :

> E29-B
>
> Y'a pas de places, y'a pas de places. Les gens sont sur liste d'attente, et personne ne dira quoi que ce soit. Non, y'a pas de places. On ne me demande pas de prendre des gens en plus. Ils pourraient me le faire. On me l'a déjà demandé, ça. Mais, c'est vraiment pour des situations dans l'urgence. Après, c'est les bonnes relations que vous établissez avec vos partenaires. *Parce qu'il ne faut pas aussi considérer la MDPH comme un donneur d'ordres. Ça peut être un partenaire.* Ça peut être quelqu'un avec lequel on peut travailler. Mais, parfois, ils sont eux-mêmes pris dans des enjeux qui font qu'ils ont envie d'être un peu injonctifs. Mais, je ne les incrimine pas. Ça fait partie du cadre dans lequel on jour chacun notre partition. (nous soulignons)

Les quelques cas de liste d'attente inexistante ou très courte que nous ayons rencontrés sont l'exception : par exemple, cas d'un GEM tout récemment créé (département A), ou encore cas d'un ESAT ayant récemment fait un travail important de réorientation des personnes pour accentuer son *turn-over* (département D). La règle générale est donc plutôt celle d'un excès de demande par rapport à l'offre, engendrant la constitution de listes d'attente.

Ces listes sont le plus souvent gérées au niveau de chaque établissement, ou dans certains cas au siège social de l'association gestionnaire. Interrogés sur leurs critères de classement des demandes sur la liste d'attente, les directeurs rencontrés ne mettent pas seulement en avant l'ordre d'arrivée, mais aussi l'adéquation du profil avec le projet d'établissement/le type de places disponibles, ainsi que l'urgence éventuelle de la demande. L'existence et la longueur de la liste d'attente peuvent aussi varier d'une structure à l'autre au sein d'un même établissement ou ensemble d'établissements, comme le précise l'interviewé précédent :

> E29-B
>
> Q : Sinon, je sais que sur ce type d'établissements, y'a des problèmes, globalement, de manque de places, et j'ai entendu parler de listes d'attente assez longues. Comment est-ce que ça se passe ici ? Est-ce que vous êtes beaucoup sollicité par des familles qui sont en attente de places ?
>
> R : On reçoit les personnes handicapées mentales vieillissantes. Donc, c'est des secteurs extrêmement prisés par les collègues partenaires - des établissements qui se retrouvent avec des gens trop vieux, ils ne savent plus très bien quoi en faire. Donc, on a obligatoirement une liste d'attente. Comment ça se passe ? On a des critères : critères d'ancienneté, critères d'urgence aussi. Ça, c'est dans le cadre du foyer de vie, et le foyer d'accueil médicalisé. En ce qui concerne l'accueil temporaire, ce sont des flux entrants et sortants, donc on a des personnes de zéro à quatre-vingt-dix jours, et quand à l'accueil de jour, on n'a pas de conditions d'âge. C'est des adultes handicapés à partir de l'âge dix-huit, dix-neuf ans jusqu'à pas d'âge. Donc, on a, là, la liberté. Mais, c'est pareil, là, par contre, on manque de monde. C'est un service qui ne tourne pas assez, donc, ça, pareil, on va se faire taper sur les doigts. Parce qu'on doit faire tourner le service à un rendement suffisamment efficace pour prouver que l'emploi des personnels se justifie.

La gestion des listes d'attente au niveau de chaque établissement est souvent rendue plus complexe par le fait que la même personne peut être inscrite sur plusieurs listes d'attente, ce qui suppose une coordination importante entre établissements et services, qui se fait souvent de façon horizontale, d'établissement à établissement, sans passer par l'intermédiaire de la MDPH :

> E99
>
> On se réunit régulièrement entre chefs de service et on se téléphone très régulièrement pour dire : « j'ai vu untel, ça relève plutôt de chez toi » ; et on se téléphone toujours pour demander, aussi : « est-ce que t'as pris tel gamin ? ». Pour que les parents s'y retrouvent et puis le jeune aussi, surtout.

Les responsables d'établissements se heurtent par ailleurs parfois à des problèmes dans la transmission des notifications adoptées par la CDAPH. La diversité et le caractère évolutif des modes de fonctionnement de la CDA, décrits dans la 2e partie, concernent en effet également les modalités de transmission des notifications aux établissements. Ainsi, dans le département A, la fin de la transmission des notifications papier aux établissements a eu des conséquences importantes du point de vue de la gestion des listes d'attentes. Les directeurs d'établissement se plaignent en effet d'un manque de lisibilité de la liste d'attente dans le nouveau système. Concrètement, ils recevaient auparavant un courrier papier dès qu'une notification concernait leur établissement, ce qui leur permettait de

constituer, au niveau de chaque établissement, une liste d'attente sur cette base. Alors qu'ils doivent désormais compter sur la mise à jour de la base de données de la MDPH (inclusion de toute nouvelle notification, mise à jour de la liste en fonction des usagers ayant effectivement intégré un établissement ou service), base de donnée dont ils déplorent, en outre, le manque d'information relative au requérant.

> E99-A
>
> Maintenant, y'a un nouveau système à la MDPH que je trouve très compliqué à suivre : c'est qu'on ne reçoit plus les notifications papier. Donc, tout passe par internet. C'est très compliqué à suivre parce que, déjà, ça nécessite, quasiment, que ce soit mis à jour par la MDPH au jour le jour ; et ensuite, ça fait déjà trois fois qu'on se rencontre avec la secrétaire de la MDPH : les listes ne sont pas à jour, ne correspondent pas à la réalité.
>
> Q : Les listes de notifications ?
>
> R2 : Oui.
>
> R1 : Mais, [c'est la] faute aux établissements…
>
> R2 : Pas forcément aux établissements…
>
> R1 : En grande partie…
>
> R2 : Alors, soit les établissements ne signaient pas leurs admissions, soit ce sont des enfants qui ont deux notifications, donc notifications établissement et SESSAD, donc ils sont sur deux listes d'attente ; l'établissement a envoyé le papier comme quoi il avait bien pris l'enfant, sauf que la MDPH ne l'a pas retiré de la liste d'attente du SESSAD. Que ce soit papier ou pas papier, de toute façon, ça pose souci. Mais, le fait que, maintenant, il n'y ait plus de papier, ça, c'est catastrophique. Parce qu'on a des familles qui nous appellent, eux, ils ont le papier, et nous, on dit : « oui, mais, nous, on n'a rien. Vous n'êtes sur aucune liste d'attente ».

Les critiques adressées au système

Notre enquête a permis d'identifier trois grands ensembles de critiques adressées à ce système dans lequel, du fait de la pénurie de places dans un certain nombre d'établissements et services spécialisés, ceux-ci disposent en pratique d'une forte marge d'autonomie dans leur « recrutement ».

D'une part, certains de nos interlocuteurs ont exprimé la crainte de voir se reconstituer, sous l'effet du rôle joué par les établissement dans l'accompagnement et l'évaluation des dossiers puis dans la mise en œuvre des orientations, des « effets de filière » conduisant à maintenir une même personne dans les structures d'une même association gestionnaire tout au long de sa vie, de l'IME au FAM en passant par l'ESAT (ce qui correspondait, historiquement, à la manière dont se sont progressivement développés les établissements gérés par des associations de parents, suivant les âges de la vie de leurs enfants). Un responsable d'établissement (association dans le secteur de l'autisme) questionne ainsi la légitimité du rôle de l'établissement dans l'accompagnement des usagers du fait de la possibilité de ce type d'effets de filière :

> E181-D
>
> Alors, après, c'est toujours la question : est-ce que c'est aux établissements de faire ce travail-là, c'est-à-dire d'être un peu une interface entre le parent et la MDPH ? Bon. Le problème c'est que quand le professionnel - établissement

- est trop l'interface entre le parent et la MDPH, il risque de mettre en un filtre et d'emmener le parent dans une direction qui n'est pas forcément… Enfin, c'est une des raisons de la mise en place des MDPH, quand même. C'était de considérer qu'il fallait arrêter les effets filières, notamment, c'est-à-dire où les professionnels entre eux s'entendaient sur ce qui était à faire pour l'enfant, et en disant : « il faut qu'on ait une entité réellement autonome » et, effectivement, c'est elle qui va être porteur du projet de l'enfant à la demande évidemment des parents. Mais pas des professionnels qui sont déjà en charge de l'enfant.

La question du maintien ou non de logiques de filières mériterait une enquête plus poussée, notre étude ne nous ayant permis de mesurer de tels phénomènes.

D'autre part, certaines critiques, y compris parmi des responsables d'établissements, estiment que ce système de listes d'attente gérées par les établissements donne trop d'influence aux familles, ce qui conduit à renforcer les inégalités sociales d'accès aux établissements et services. Un de nos interviewés regrette ainsi la suppression du système des « commissions d'harmonisation » qui existait en CDES, et donnait à la commission la maîtrise complète des affectations, par opposition à un système où on laisse jouer la concurrence entre parents face aux établissements :

E182-D

Quand on était encore en CDES, dans l'équipe technique, fin juin/début juillet, on avait ce qu'on appelait les CDES d'harmonisation. Alors, je ne me plaide par pour mon secteur parce que maintenant je suis secteur adulte, mais il faut bien comprendre que quand on passe les dossiers en CDAPH, on les passe à partir de janvier, et par exemple, quand vous devez choisir pour un enfant entre un accompagnement SESSAD ou une orientation en structure lourde, quand vous le faites en janvier, vous le faites en pensant qu'il va y avoir des places pour tout le monde. On prenait les décisions au fil des mois, et en fin juin/début juillet, on avait une CDES d'harmonisation où en fait on regroupait les priorités. C'est-à-dire que quelqu'un pour qui on avait prit une priorité, par exemple, l'établissement en janvier et on avait eu dix dossiers beaucoup plus dégradés entre janvier et juin, on disait : « voilà, c'est aussi la gestion des moyens, ce môme-là, on peut peut-être encore une année l'accompagner dans le cadre d'un SESSAD et on se reposera la question de la priorité à ce moment-là l'année d'après ».

Q : C'est supposer que les notifications n'avaient pas encore été envoyées pour ceux de janvier.

R : C'est ça. Parce qu'en fait, avant, les notifications étaient envoyées massivement après l'harmonisation. Aujourd'hui, quand on est passé du système CDES au système CDAPH, ça n'a plus été ça. C'est-à-dire qu'avant, on avait quasiment une obligation pour chaque enfant de trouver une solution - ce qui était, je trouve, plutôt satisfaisant. Alors, après, une solution qui était sûrement quelquefois pas la meilleure mais en tout cas la moins mauvaise.

Q : En tenant compte des capacités d'accueil.

R : Oui. La loi de 2005 a un peu balayé ça en disant : « c'est plus la CDA qui oriente sur un établissement, on donne des établissements et puis les gens choisissent ». Je trouve que dans cette réglementation, qui part d'un bon sentiment, les plus lésés c'est toujours les mêmes : c'est ceux dont les parents ne se mobilisent pas. Je dis ça parce que j'ai dirigé le service dyslexie/dysphasie qui était un service un peu High tech, et pour lequel, si vous voulez, tous les parents d'enfants qui avaient des grandes difficultés de

langage mais pour lesquels les parents avaient des situations professionnelles, des CSP moyennes et supérieures, se mobilisaient bien pour que les gamins rentrent, au détriment, en fait, des fois, de certains qui étaient plus en difficultés. Alors, on est dans l'enfance. Je pense qu'il y a une responsabilité publique à ce qu'on organise l'accompagnement scolaire de chaque enfant, plus ou moins bien, avec les moyens qu'on a, mais au moins qu'à un moment on dise : « voilà, on fait l'arbitrage ». Ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Enfin, le troisième ensemble de reproches couramment adressé à ce système de listes d'attente au niveau des établissements concerne la capacité de sélection que ce système donne à l'établissement. Comme l'admet l'interviewé précédent, lui-même professionnel au sein d'un établissement :

E182-D

Du coup, après, si vous voulez, comment vous faites les admissions ? C'est pervers. Comment se font les admissions ? Elles se font parce qu'on dit : « voilà. J'ai tel staff d'encadrement. Je vais prendre trois gamins avec des grosses difficultés… ». Ça se comprend, c'est humain. Sauf que, des fois, je suis désolé, mais y'a quand même des besoins en termes de priorités et que les structures médico-sociales sont quand même faites pour répondre à ça.

Cette sélectivité est surtout critiquée par les administrateurs d'associations : ainsi, un responsable bénévole dans une association dédiée au handicap psychique critique la sélectivité opérée par les ESAT qui conduit à des difficultés d'obtention de poste en ESAT pour les personnes en situation de handicap psychique :

E184-D

Souvent les ESAT, en fait, malgré les décisions d'admission par la CDAPH, ils choisissent un peu les gens quand même. Donc quelqu'un qui pose trop de problèmes, qui a un comportement trop variable, un absentéisme important, etc., on l'évacue. C'est pas le cas partout, mais n'empêche que, quand même, le handicap psychique pose problème dans des institutions pour handicapés pas psychiques.

Ce problème lié à la sélection opérée par les établissements, évoqué à plusieurs reprises dans les CDAPH que nous avons pu observer, conduit certains responsables associatifs à prôner une gestion des listes d'attente au niveau de la MDPH :

E170-C

Moi, à mon avis, je le dis, y compris en tant que président d'association - c'est la MDPH qui devrait arbitrer les affectations, et non pas les associations. Parce que c'est sûr, si vous avez une liste d'attente de trente noms, vous choisissez qui vous prenez. […] y'a des établissements spécialisés qui accueillent tous les enfants, et y'en a d'autres qui vont dire : « il ne correspond pas à un groupe, il ne correspond pas à ce qu'on fait actuellement ».

Il apparaît donc que les établissements jouent un rôle dans la production des expertises par la MDPH ainsi que dans l'effectivité des décisions prises par la MDPH. La participation des établissements aux décisions d'orientations contribue à rendre effectives les décisions et à renforcer la légitimité de la MDPH. Les liens que la MDPH a été amenée à entretenir avec le secteur des établissements sociaux et médico-sociaux lui permettent donc de jouer son rôle de porte d'entrée sur le champ du handicap (décider qui

entre et qui sort du champ du handicap), mais cela se fait au détriment de sa réputation d'expertise. Les critiques collectées sur la gestion, établissement par établissement, des listes d'attente mettent finalement en avant ce défaut de réputation d'expertise. La légitimité se joue donc là au détriment de l'expertise.

Après avoir analysé la façon dont le secteur ESMS peut jouer un rôle dans le processus *interne* de production de l'expertise par la MDPH, nous voudrions nous demander à quelles conditions les acteurs *extérieurs* à la MDPH peuvent être amené à être partie prenante du processus décisionnel. Les précisions du texte de la loi sont ici insuffisantes pour comprendre ce type de processus. En effet, dans le cas du ESMS comme dans le cas des différents représentants de l'Etat local (Education Nationale et DDCS), la loi ne dit rien de leur participation aux EP. Pourtant leur rôle est effectif, et il est différent d'un acteur à l'autre. A partir de la comparaison entre la façon dont l'EN et la DDCS sont associées au fonctionnement de la MDPH, nous voudrions spécifier les ressources qui permettent à ces acteurs extérieurs de venir travailler, de l'intérieur, l'expertise produite par la MDPH.

A quelle condition peut-on entrer dans le processus d'évaluation d'une MDPH ? DDCS et EN face aux décisions de la MDPH

Nous voudrions donc ici spécifier les ressources qui permettent à des acteurs extérieurs à la MDPH d'entrer (ou de ne pas entrer) dans le processus d'expertise de la MDPH[194]. Pour ce faire, nous allons comparer la façon dont la DDCS et l'EN participent (ou ne participent pas) au fonctionnement de la MDPH. Nous souhaiterions ainsi mettre en évidence les ressources qui contraignent à des formes de coalitions entre acteurs, et à la MDPH de faire entrer une forme d'expertise externe. Là encore, comme dans le cas des établissements, nous allons voir que l'acceptation de cette participation à la production de l'expertise d'évaluation par les MDPH permet aux décisions de devenir effectives, au prix d'une absence d'autonomie dans la production de l'expertise et du jugement sur les situations individuelles.

> O7-COMEX B
>
> Dans la grande salle de réunion du Conseil général, nous assistons à une COMEX de MDPH B. Sous la présidence du vice-président du Conseil général chargé des affaires sociales, président du GIP, siègent conformément à la loi des élus départementaux, des représentants associatifs, le directeur de la MDPH, des représentants des administrations déconcentrées de l'Etat[195].
>
> Le Directeur Départemental de la Cohésion Sociale, accompagné de son adjoint, prend la parole pour annoncer que l'Etat va verser les fonds qu'il doit depuis plusieurs années au GIP au titre de sa participation au fonctionnement des MDPH. Tout sourire, le directeur départemental est heureux de pouvoir faire cette annonce. Il en profite pour annoncer le « retour de l'Etat » dans les politiques du handicap. Quelques mois plus tôt, le 14

[194] Partie rédigée par Pierre-Yves Baudot.
[195] Sont présents au titre de l'Etat local : Education Nationale [EN], UT-DIRRECTE (Unité Territoriale - Direction régionale des entreprises, des concurrences, de la consommation, du travail et de l'emploi), DDCS (Direction départementale de la cohésion sociale.)

septembre 2011, Roselyne Bachelot, ministre de la Cohésion Sociale a demandé à ses directeurs départementaux de se montrer plus présents dans les MDPH, en COMEX, mais aussi dans les Commissions des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée (CDAPH). L'objectif est énoncé clairement : il s'agit pour l'Etat reprendre le pilotage de l'AAH, alors que celles-ci sont attribuées par les CDAPH. Bien qu'il finance cette prestation, l'Etat n'a pas la majorité dans la commission qui décide de l'attribution de l'AAH. Or, les renouvellements d'AAH ne sont même pas examinés par les CDAPH. Pour faciliter le traitement des masses de dossiers reçus, dans la quasi-totalité des cas, ils passent en « liste bloquée » : les cas sont préparés par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, inscrits sur une liste mise à disposition des membres de la CDAPH, mais ne sont pas débattus par la commission. L'avis de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui réalise les évaluations s'impose donc sans débat. Dans de nombreux départements, cette facilité a été introduite dans le règlement intérieur de la CDAPH par la COMEX. Pour reprendre le pilotage de l'AAH, comme demandé par leur ministre de tutelle, les directions départementales de la Cohésion Sociale doivent pouvoir peser sur l'évaluation des dossiers.

Le directeur départemental prend donc la parole au cours de la COMEX que nous observons pour demander que les AAH attribuées au titre de l'article L 821-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles [CASF] soient étudiées lors des sessions plénières de la CDAPH. Un court débat s'engage : « Rien ne vous empêche de vous exprimer, et rien ne nous empêche d'avoir des positions inverses », répond le président de la COMEX. Puis ce dernier propose de passer au vote. Seuls les deux représentants de la DDCS votent en faveur de leur proposition, qui est donc rejetée.

Aperçu depuis cette réunion, le poids de l'Etat local pourrait accréditer les discours catastrophistes entendus lors de notre enquête sur la disparation de l'Etat local, incapable depuis la RGPP et la REATE de mettre en œuvre des politiques locales. La loi de 2005 peut d'ailleurs être lue comme une remise en cause vigoureuse de l'administration déconcentrée de l'Etat. DDASS, EN et DIRRECTE (DDTEFP) qui contrôlaient les CDES et les COTOREP se sont vues retirées leurs prérogatives. Le retard conséquent accumulé par les COTOREP leur a été attribué. La politique du handicap, après 2005, aurait pu annoncer la fin de la présence de l'Etat dans les politiques locales du handicap, au niveau de la mise en œuvre. Dans les années qui suivent la création des MDPH, frappé les politiques de réduction des effectifs de la fonction publique, l'Etat local disparaît du fonctionnement des MDPH. DDCS, EN et DIRRECTE sont souvent réputés absents des commissions, au moins jusqu'à la reprise du pilotage des politiques du handicap par les MDPH :

E159-C (directeur)

R : Donc, effectivement, si on peut trouver un point positif à tout ça, c'est quand même que, du coup, ils [la DDCS] viennent.

A l'inverse, la littérature de science politique insiste davantage sur le rôle nouveau que joue l'Etat sur le local depuis ces réformes de structures, en favorisant la mise en concurrence des territoires, modifiant en tout cas l'économie des relations et la gestion des instruments qui lui permettent de gouverner (Le Galès and Scott, 2008). Cette littérature montre toutefois que l'Etat s'est replié dans des fonctions de stratégie (Bezes, 2005b). Notre terrain nous met à l'inverse en présence d'un Etat qui est chargé de la mise en œuvre concrète des politiques : les IEN-ASH de l'EN interviennent dans le

recrutement et l'affectation des AVS, dans l'ouverture des CLIS, des ULIS, dans l'offre de formation proposée aux ITEC… Cela suffit d'ailleurs à montrer que l'Etat local peut s'être replié dans une fonction de contrôle des niveaux d'attribution des prestations (la DDCS que nous venons d'étudier) mais aussi dans un rôle de *frontline worker,* comme le montre le cas de l'EN concernant les AVS.

Pour éclairer la façon dont l'Etat intervient sur les territoires, nous nous sommes demandés quels étaient les instruments qui lui permettaient de modifier les conditions d'attribution d'une prestation qu'il finance, sans pour autant contrôler le guichet qui les distribue. Nous venons de montrer que ces instruments visent moins à contrôler la prestation qu'à modifier les conditions de présence de l'Etat. Nous voudrions maintenant poursuivre cette exploration en comparant l'action de différents segments de l'Etat.

Nous avons choisi de comparer dans le cadre de cette étude deux types de politiques conduites par l'Etat au niveau local : la distribution de l'AAH et l'attribution d'un AVS à un enfant handicapé scolarisé. Ces deux politiques sont comparables car elles demandent une présence locale de l'Etat, instrumentale ou humaine dans la mesure où l'Etat finance les personnels et les prestations mises en œuvre. **Dans ces deux cas, l'Etat (local) est dépendant de décisions qui sont prises par la MDPH**. Vu de l'Etat central et vu du Conseil général, l'Etat local n'apparaît plus comme un acteur déterminant. Toutefois, aperçu de façon relationnelle, au niveau des interfaces entre la MDPH et l'Etat local, les administratifs déconcentrés de l'Etat jouent bien un rôle crucial : ils rendent effectifs les droits ouverts par les CDAPH. En effet, lorsque la MDPH attribue un-e auxiliaire de vie scolaire à un enfant, elle dépend de l'EN qui doit recruter, former et attribuer cette personne. Quand elle oriente un enfant ou un adulte dans un établissement ou vers un service d'aide à domicile, elle dépend de l'offre de services ou d'établissement qui est notamment fabriquée par les Agences Régionales de Santé. Quant elle attribue une AAH, elle dépend de la CAF qui réalise la mise en paiement et l'ouverture administrative des droits, et *in fine*, de l'Etat qui rembourse cette prestation à la CAF.

Nous avons vu que l'arbre de décision prétendait être un outil permettant à l'Etat de piloter à distance l'attribution des prestations. Nous voudrions ici montrer que la situation de l'Etat local n'est pas identique en fonction des segments d'Etat considérés. Cette comparaison a le mérite de faire apparaître que la sphère étatique, la sphère départementale et la sphère MDPH ont des relations extrêmement différentes en fonction des secteurs. L'objectif est ici de comprendre ce qui modifie la nature des relations entre ces segments d'Etat et la MDPH. Aperçue depuis l'Etat local, la MDPH présente ainsi différents visages. Ce sont ceux-ci que nous voudrions ici décrire. En approchant l'action publique « par le bas », en procédant à une ethnographie des institutions, en s'intéressant aux interactions entre acteurs (Dubois, 2012), la disparition de l'Etat doit être sérieusement nuancée : elle ne correspond pas aux relations que notre enquête, focalisée sur les relations entre la MDPH et son environnement administratif et politique local (Conseil Général, Etat local, organismes de protection sociale

(CPAM, CAF)), mais aussi dans ses relations aux instances nationales (CNSA, DGCS, EN), nous permet de mettre au jour.

La situation n'est pas la même dans tous les secteurs de l'administration locale de l'Etat. A quelques rues de la COMEX, la veille de la scène décrite plus haut, nous rencontrons l'IEN-ASH qui nous dresse un tableau très différent de la place qu'il occupe dans le fonctionnement de la MDPH, acceptant « sereinement » la règle du vote et la position extrêmement marginale qu'il occupe dans la commission, alors même qu'en tant qu'ancien inspecteur de circonscription et ancien président de CCPE (commission de circonscription de l'enseignement préélémentaire et élémentaire) qui alimentaient les CDES, il affirme que la fin des CDES lui a fait peur :

> E16-B – IEN-ASH
>
> Q : Quand vous êtes en CDA, comment ça se passe par rapport à une proposition d'AVS ? La proposition Éducation nationale n'est pas toujours suivie. Comment vous réagissez par rapport à ça ?
>
> R : Le plus sereinement du monde. Parce que je me souviens que le président, [de la CDA à laquelle nous avons assisté], il était à chaque fois désolé, il s'excusait parce qu'il craignait que ça remette en cause les bonnes relations entre l'Éducation. Et, à chaque fois, je lui disais que c'est à partir de la loi de 2005, c'est la règle. On n'est plus juge et partie. On est un partenaire parmi d'autres. Un sur vingt-quatre. Point barre. C'est-à-dire, moi, je donne mon avis, si les personnes font une analyse différente, je m'aligne. Mais vraiment ça ne me choque pas une seconde. Et le contraire me choquerait. Si on suivait constamment l'Éducation nationale, je trouverais que la loi de 2005 n'est pas respectée.

Cette acceptation de la logique de la commission s'accompagne d'un intense partenariat avec la MDPH qui lui laisse des marges de manœuvres significatives dans la gestion des politiques du handicap du point de vue de l'EN. Il évoque ainsi le fait qu'il a forgé son propre document administratif d'établissement d'un plan de scolarisation, qu'il n'appelle pas « PPS » « parce qu'il n'en a pas le droit », mais qui vise à spécifier le type d'aide que l'EN va apporter à un enfant.

> E16-B – IEN-ASH
>
> En prenant ces fonctions, je me suis dit qu'on ne pouvait pas laisser les enseignants démunis, parce qu'il n'y a pas de PPS, chacun étant en train de bricoler un document dans son coin en l'appelant PPS, en l'appelant PPI, projet personnalisé individualisé. Donc j'ai décidé de mettre en œuvre un document que je n'appelle pas PPS parce que je n'ai pas le droit, mais qui s'appelle mise en œuvre du PPS. Mais qui est un document, strictement Éducation nationale, qui n'est pas contractualisé avec la MDPH, pour que tous les enseignants qui accueillent un enfant en situation de handicap, aient cette matière commune qui permettent d'identifier ou se trouve l'enfant dans son parcours d'apprentissage. Qu'est-ce qu'on attend pour lui, que ce qu'on vise pour lui sur une année scolaire. Et c'est ce document qui est travaillé ensuite et qui est étudié lors des réunions qu'on appelle les ESS, équipe de suivie de scolarisation.

Il évoque également le fait qu'il ait amené la MDPH à ne pas privilégier des orientations immédiates par défaut, mais que la MDPH fasse émerger les besoins réels en établissant des PPS qui prennent en considération les besoins réels de l'enfant, « hors contrainte de l'offre ». Nous avons pourtant

montré que cette question de l'émergence réelle des besoins faisait peser une pression supplémentaire sur les organisations. Il indique ensuite qu'il s'engage à faire face à la pression des familles face au manque de place.

> E16-B – IEN-ASH
>
> Donc, j'ai souhaité que, clairement, la MDPH se positionne sur un dispositif – quelle que soit la situation sur le [département B] - et qu'après je constate avec la MDPH s'il y a une carence en terme de places. Donc, je suis saisi par les familles et je demande à la MDPH de m'alerter sur les listes d'attentes.

Enfin, il affirme qu'il peut être amené à prendre des décisions d'orientations sans évaluation de l'EP et sans notification de la MDPH après passage en CDA dans quelques cas d'urgence :

> E16-B – IEN-ASH
>
> Quand la situation est vraiment cruciale, à ce moment-là, je suis alerté par les inspecteurs de circonscription ou les chefs d'établissements qui sont dans le second degré, quand vraiment c'est explosif. Et alors, à ce moment-là, avec l'accord de l'inspecteur d'académie, je mets à disposition de l'établissement, à titre très exceptionnel, un moyen AVS, pour réguler la situation, si jamais il n'y a que cette manière-là. J'en avertis la MDPH lors de la CDAPH, pour ne pas donner l'impression que j'agis de mon propre chef et ensuite…
>
> Q : Donc, avant la recommandation MDPH, vous pouvez…
>
> R : Tout à fait, à titre très exceptionnel. Donc, ça concerne une dizaine de jeunes. Et puis, ensuite, j'attends la décision officielle de la CDAPH, et si jamais la CDAPH, pour une raison ou pour une autre, dit : « non, il n'y a pas d'AVS à mettre », je retirerai les moyens, mais ce n'est pas arrivé. Ce qui veut dire qu'on est bien, majoritairement, on est bien dans l'esprit de la loi de 2005 qui est que l'Éducation nationale répond aux préconisations de la MDPH sauf exceptionnellement de temps en temps pour des situations limites où on est obligé d'être à la fois juge et partie parce que là aussi on a un devoir de protection vis-à-vis des mômes

Pour comprendre comment l'Etat local continue à travailler les territoires et les politiques sociales, et pour comprendre les différences entre ces façons de travailler, nous proposons de nous intéresser aux relations qui se nouent entre l'Etat local et les instances territoriales. Par « relations », nous entendons l'ensemble des *interdépendances* qui relient ces différences acteurs et les *instruments* qui les concrétisent (circulaire, commissions, référentiels, barèmes).

Nous voulons ici **saisir les modalités d'associations et les supports de coopération d'acteurs engagés dans des relations conflictuelles**, dispositifs qui peuvent déboucher sur un partenariat vécu de façon positive par les acteurs interrogés, ou qui peuvent à l'inverse produire des situations très tendues. Nous montrerons que les modalités de travail partagées qui sont le quotidien de l'action administrative locale peuvent déboucher sur des situations vécues localement comme très tendues, ou comme très positives. Nous montrerons que cela tient pour l'essentiel à trois variables :

- les ressources en personnel et en information de ces directions,
- la qualité des savoirs mobilisés,
- le contentieux auxquelles ces administrations peuvent être exposées.

Nous étudierons dans un premier temps les modalités et les effets différenciés, en fonction des directions déconcentrées concernées, du retrait de l'Etat des territoires. Dans un second temps, nous verrons comment les institutions de l'Etat local s'agencent, de façon différenciée, en fonction des directions, aux modalités de travail des institutions territoriales. Enfin, dans un dernier temps, nous proposerons deux variables d'analyses pouvant rendre raison des différentes figures prises par l'Etat dans les politiques locales du handicap.

L'Etat local ne disparaît pas partout : DDCS et EN face au retrait de l'Etat

La décentralisation des politiques sociales peut être vue schématiquement de deux façons : soit comme une ruse de l'Etat central, qui entend se débarrasser de la gestion coûteuse d'une action publique à destination des plus défavorisés au profit d'échelons de proximité, censés être plus pertinents pour accompagner ces populations (Le Galès, 2006). L'Etat conserverait des fonctions de définitions des stratégies à long terme, à l'aide d'outils de pilotage à distance (Epstein, 2005). Deuxième thèse, celle de la ruse des élus territoriaux. En prenant la main sur le pilotage des politiques sociales, les élus départementaux ont sauvé l'échelon départemental en lui réinventant une mission pour laquelle il serait « l'échelon pertinent ». Les élus locaux ont donc arraché à l'Etat de nouvelles prérogatives (Le Lidec, 2007). Dans cette seconde hypothèse, le retrait de l'Etat s'effectue sans que celui-ci ne conserve des positions suffisantes. Il ne peut plus contrôler les politiques qu'il laisse en héritage aux territoires et les ressources qu'il leur alloue pour le remplacer.

Nous allons essayer de montrer qu'il est délicat de proposer une hypothèse globalisante tant le retrait de l'Etat des territoires ne s'effectue pas de manière uniforme. Parler d'un retrait ou d'une ruse de l'Etat paraît donc oublieux des fortes disparités, tant locales que sectorielles, des modalités de présence de l'Etat local.

Pour ce faire, nous allons d'abord voir que ce retrait de l'Etat prive l'administration centrale des outils de connaissance de la réalité des mises en œuvre d'un dispositif d'action publique. Nous verrons que l'aveuglement de l'Etat central, en ce qu'il se réfère uniquement à la fonction de pilotage revendiqué par l'Etat stratège, ne dit pas tout de la réalité des modes d'action des administrations déconcentrées. Pour l'apercevoir, il faut toutefois quitter le point de vue central pour aller observer le travail administratif de l'Etat local.

La question des ressources humaines est un bon indicateur à l'appui de la thèse d'un Etat qui se replie en ordre dispersé. La DDCS du département A voit son service « politiques d'insertion sociale » passer de 5 à 3 équivalents temps plein du fait du non-remplacement des postes dans les DDCS et DDCS-PP.

> E63-A
>
> Q : Donc, c'est un choix, quand même, stratégique important de mettre… Ça vous prend cinq jours de travail de vos agents.

> R : Oui, c'est sûr. Mais, on peut se le permettre que parce que ces personnes-là sur le champ de mission normal, hors MDPH, ont le temps de le faire, peuvent le faire parce qu'au rythme où on y va, comme on nous diminue nos personnels, nos effectifs – là, par exemple pour 2012, on va avoir, rien que dans le bureau qui s'occupe des politiques d'insertion sociale et qui est donc le bureau qui assure cette représentation de la DDCSPP, on va avoir deux personnes sur cinq qui vont partir en 2012 et qui ne seront, a priori, pas remplacées. Tout le reste va reposer sur trois personnes

Dans le département B, la DDCS a été absente entre 2006 et 2010 dans la gestion de la MDPH. Le DDCS évoque d'autres priorités : la grippe aviaire, la mise en place de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat. A l'inverse, dans le département A, le directeur départemental de la Cohésion Sociale a pu maintenir une présence en COMEX et en CDAPH pour des raisons qui semblent uniquement liées à un intérêt personnel marqué pour les questions liées au handicap.

> E63-A
>
> Mais, nous, là, dans [département A], on a réussi, on a pu le faire. On a maintenu une présence en CDAPH.

En se retirant des territoires, l'Etat abandonne également certains des éléments qui auraient pu lui assurer la possibilité de piloter à distance les politiques sociales territorialisées, et renonce à ses SI [cf. 1e partie, Chapitre 3 : A quoi tiennent les interactions].

Ce retrait de l'Etat a eu pour conséquence de formaliser des routines de fonctionnement entre acteurs administratifs territoriaux et de rendre plus opaque le fonctionnement des institutions nouvelles mises en place pour les acteurs de l'Etat. Nos entretiens montrent l'étrangeté que représentent pour les acteurs de l'Etat local les modes de fonctionnement des MDPH, dont ils se sont absentés et dont ils se sentent exclus. Ce sentiment est toutefois diversement partagé.

Si secteur par secteur, la comparaison entre départements est insuffisante pour saisir les modalités d'action de l'Etat local dans la mise en œuvre de la politique du handicap, le croisement entre une comparaison entre secteurs d'action publique et une comparaison entre départements est plus parlante et permet d'apporter des résultats plus nuancés.

Du côté de la DDCS, nos enquêtés évoquent des routines, « une mécanique bien huilée » qui fonctionne très bien sans la DDCS et au sein de laquelle il est difficile de reprendre pied :

> E15-B
>
> C'est un fonctionnement qui existe depuis 2005. On va pas arriver, en trois mois, un jour, et dire : 'ce que vous faites, c'est pas bon, je caricature, maintenant on va vous dire ce qu'il faut faire'. En plus, on ne sait pas ce que la CNSA donne comme consignes aux directeurs de MDPH, il faut être dans la modulation, dans la pédagogie, dans la diplomatie.

En revanche, du côté de l'EN, le retrait ne semble pas avoir été si important et avoir provoqué une telle mise de côté de l'Etat local. Les IEN-ASH présents dans les CDAPH ou en COMEX semblent avoir conservé un rôle plus important. A écouter l'IEN-ASH du département A, les relations sont bonnes :

E63-A

> La collaboration est assez bonne dans [département A]. J'ai cru entendre que ce n'était pas toujours le cas au plan national, et du coup, on est sans arrêt en train de clarifier les procédures, d'articuler les personnels.

Cet IEN-ASH est vice-président de la CDAPH en formation enfants.

> Là, encore symboliquement, la bonne coordination fait que pour le secteur « enfance/ adolescence », on a souhaité un vice-président au Conseil général et un vice-président Éducation nationale pour être, justement, dans une parité. Donc, on co-préside ensemble l'étude des cas.

L'observation des CDAPH enfants de ce département montre que cet IEN intervient de façon extrêmement libre dans la commission, qu'il est sollicité pour demander son avis, alors que le représentant de la DDCS n'intervient pas du tout dans les débats sur l'orientation des enfants et sur le montant des prestations allouées. Cette différence doit être expliquée. Une piste d'explication peut être trouvée dans la nature des transactions que les CDAPH – et à travers elle, les acteurs territoriaux – doivent passer avec l'Etat.

L'Etat local en relations

La comparaison des modalités de présence de la DDCS et de l'EN dans les MDPH met en évidence deux rapports très différents au travail de la MDPH. Là où l'action de la DDCS peut se définir, malgré un important travail de coordination partenariale, comme une forme de contrôle de la qualité règlementaire, le travail de l'Education Nationale est lui davantage défini comme celui d'un allié avec lequel les relations doivent être bien entretenues.

La position occupée face à la MDPH est très différente pour les DDCS et pour l'EN. Nous l'avons dit : la DDCS est en position délicate vis-à-vis des MDPH pour des raisons qui tiennent à son absence de la MDPH pendant plusieurs années, du fait du contentieux financier entre l'Etat et les départements et enfin parce que leur intervention ne peut porter que sur la vérification de la rectitude juridique de l'attribution d'AAH. En matière de scolarisation des enfants handicapés, les rapports entre l'EN et la MDPH sont bien différents. Tout d'abord, nos enquêtés (IEN-ASH des deux départements) ne font pas état de leur absentéisme pendant les années 2006-2010. Ils n'ont donc pas d'effort à fournir pour reprendre pied. D'autre part, les décisions de la CDAPH ne sont pas effectives immédiatement. Pour être traduites concrètement, elles doivent être traitées par services déconcentrés de l'Etat qui doivent traduire les notifications de la CDAPH en décisions effectives : recrutement d'un AVS, formation des enseignants, mise en place d'une équipe de suivi de la scolarisation.

La problématique de l'arrivée d'un enfant handicapé peut amener l'école à mettre en place deux dispositifs : une équipe éducative, placée sous la direction du directeur de l'école ou une équipe de suivi de scolarisation, placée sous la direction de « l'enseignant référent », qui est un personnel Education Nationale spécialisé dans la gestion de la population d'enfants handicapés de sa circonscription [ESS]. Ces enseignants référents, comme

nous l'avons vu dans un département, peuvent bénéficier d'un équipement (en micro-ordinateur) ou d'un remboursement des frais de déplacements, comme nous l'avons vu dans un autre, assuré par la MDPH. Ces deux dispositifs [EE ou ESS] interviennent en amont et en aval de l'évaluation : l'équipe éducative intervient en l'absence et en attente de décisions de la CDAPH, pour mettre en place des solutions permettant d'accueillir l'enfant à l'école. L'ESS intervient elle pour transmettre à l'EP ses évaluations et pour mettre en œuvre le plan personnalisé de scolarisation [PPS][196]. L'EN invente aussi parfois les solutions qui sont ensuite ratifiées par la CDAPH, comme nous le dit cet IEN-ASH qui tend à valoriser le travail effectué par l'EN face à celui de la MDPH :

> E62-A
> Du coup, les relations avec les MDPH font que, bien évidemment, alors on est un peu, pas prescripteur, mais concepteur de ces modalités de scolarisation, aujourd'hui, qui sont souvent entérinées *a posteriori* par les instances de la MDPH.

De ce fait, l'EN n'occupe pas le même rôle que la DDCS : il est fournisseur de solutions et il peut moduler la réponse qu'il apporte aux notifications de la CDAPH en fonction des moyens dont il dispose. Pour décrire les positions différentes de ces deux administrations déconcentrées à l'égard de l'activité de la MDPH, nous allons les positionner chacune en fonction du rapport au travail d'évaluation effectué par les MDPH et à partir du rapport à la judiciarisation des politiques publiques. Ces deux éléments nous semblent déterminer des figures très différentes de l'Etat local.

L'Etat local et l'effectivité des droits

Les décisions de la CDAPH en matière d'AAH et d'AVS deviennent effectives par le truchement des services déconcentrés de l'Etat. Cette effectivité peut être assurée directement par le versement des prestations, par l'accueil des enfants en situation de handicap dans les écoles ou indirectement, par l'attribution de places en établissements dont l'Etat a confié la gestion aux associations du secteur. Mais le rôle de l'Etat local en matière d'effectivité des droits est très différent en fonction des deux directions concernées. En matière d'AAH, la décision prise par la CDAPH est notifiée directement à la CAF qui, après vérification des conditions administratives, met en paiement la prestation. A l'inverse, la mise en œuvre des décisions d'orientations scolaires et l'attribution des AVS dépend du rôle des fonctionnaires de l'EN. Ils doivent également recruter les AVS et dresser les listes d'attentes pour les entrées dans l'enseignement spécialisé.

> E62-A
>
> On tire la sonnette d'alarme, et comme le dialogue avec les ARS a longtemps été un p'tit peu bienveillant, mais bon, sans suivi réel par rapport au repérage des besoins, on a établi un tableau de bord, justement, des élèves en liste d'attente – qui dépasse une centaine aujourd'hui.

[196] Le parcours de formation d'un enfant handicapé a fait l'objet d'un décret (n° 2005-1752 du 30 décembre 2005), relatif au parcours de formation des élèves présentant un handicap, mais a été abrogé par le décret n° 2006-583 du 23 mai 2006 relatif aux dispositions réglementaires du livre III du code de l'éducation. Ce décret est codifié dans le code de l'éducation aux articles D351-3 à D351-20.

S'il peut arriver que des enfants ne disposent pas d'AVS au moment de leur entrée en classe, il est peu fréquent que des AAH ne soient pas effectivement payées aux bénéficiaires. Les deux directions sont associées de façons différentes au travail de la MDPH. Elles sont diversement associées au risque de contentieux et elles entretiennent des rapports différents à la judiciarisation de l'action publique.

Des modalités d'associations différentes au travail des équipes pluridisciplinaires

La DDCS et l'EN doivent toutes deux intervenir sur le travail des équipes pluridisciplinaires (EP), mais leurs modalités d'interventions ne sont pas les mêmes. L'EN pèse sur le travail d'évaluation en amont de la prise en main du dossier par l'EP de la MDPH, et en aval de son évaluation, dans la définition des réponses institutionnelles à apporter. En revanche, la direction départementale de la Cohésion Sociale pèse directement sur ce que les MDPH définissent comme leur « cœur de métier », à savoir l'évaluation pluridisciplinaire. L'EN peut faire valoir dans ces réunions deux éléments : d'une part, les ressources (limitées) dont elle dispose pour mettre en œuvre les décisions prises ; d'autre part, les savoirs pédagogiques qui sont son cœur de métier.

Les **ressources** de l'EN en matière d'AVS ne sont pas extensibles. L'IEN-ASH a su faire valoir ce point auprès de la MDPH. Nous verrons également que le processus de judiciarisation de l'action publique a pu l'aider en ce sens :

> E62-A
>
> Q : Quand vous dites : « on a décidé » : c'est…?
>
> R : Alors, la concertation Éducation nationale. C'est parti de nos besoins, d'alertes : « attention, vous êtes en train de distribuer [des AVS] un peu à vau l'eau ». Par exemple, pour un dyslexique, est-ce que l'AVS se justifie ? On a commencé, aussi, à réfléchir entre nous.
>
> Q : Mais là, c'est au niveau local ?
>
> R : Au niveau local. Tout ça, c'est au niveau local. Ça rejoint souvent d'autres départements, ou des réflexions nationales. Mais, au niveau local, on s'est dit : « attention ».

L'autre ressource mobilisée par l'EN est représentée par les **savoirs employés**. La compétence pédagogique de l'EN a pu être remise en cause dans la réforme de 2005, qui a retiré le monopole de l'EN sur la scolarisation des enfants handicapés. Toutefois, dans les relations interinstitutionnelles, le savoir-faire pédagogique est déterminant. En effet, des solutions adaptées peuvent être mises en place par l'EN sans passer par la MDPH. Le passage par la MDPH d'un dossier d'un élève en difficulté à l'école modifie la labellisation des équipes (Equipe de suivi de scolarisation/Equipe pédagogique) et des procédures (Plan Personnalisé de Scolarisation/Plan Personnalisé de Réussite Educative). Il est courant que des membres de l'EN participent aux réunions de l'EP. Le passage en MDPH est uniquement déterminant pour l'attribution d'un-e AVS, mais dont la nécessité est actée largement avant le passage du dossier en MDPH et dont le nombre d'heures de présence auprès de l'enfant dépend dans les deux départements observés ici d'une appréciation (ajustée aux moyens disponibles) des inspections

d'académie. En entretien, l'IEN-ASH du département A évoque le fait que les demandes d'AVS sont au moins autant le fait des enseignants que des parents. C'est donc l'école qui demande les AVS. Ceci est toutefois moins vrai pour les dossiers d'élèves qui sont nouvellement arrivés dans le département et dont les parents s'adressent d'abord à la MDPH. En revanche, et de façon similaire au constat dressé précédemment concernant les établissements gérés par les associations pour les élèves scolarisés de longue date dans le département, c'est essentiellement à l'aune de solutions pédagogiques testées en amont de la décision MDPH ou de propositions effectuées par l'école que les dossiers sont évalués par l'EP et par la CDAPH. Nos observations en CDA confirment ce point. La connaissance des situations en EP se fait sur dossier, à partir des éléments d'informations fournies par l'équipe de l'école.

L'EN dispose de **solutions** spécifiques qui remettent en cause la prétention des MDPH à être le guichet *unique* pour les personnes handicapées. Le travail de l'EN empêche la constitution par la MDPH d'un monopole d'expertise et de solutions sur les problèmes que la MDPH se doit de pouvoir traiter pour développer son autonomie (Carpenter 2001, 2010).

La situation est toute différente pour la direction départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) qui ne peut faire état de ces deux ressources**. La DDCS ne dispose pas d'un savoir-faire spécifique** dans l'évaluation des situations puisqu'elle n'est plus en interaction directe avec les usagers. Ce point est intéressant dans la mesure où elle inverse l'approche classique des politiques publiques formulées à partir des *street level bureaucrat*s (Lipsky, 2010). Là où cette approche montre combien l'interaction avec l'usager est un lieu de redéfinition des politiques publiques, nous montrons que la relation de face-à-face avec l'usager est aussi une ressource pour les organisations bureaucratiques engagées dans des relations de concurrence avec d'autres segments bureaucratiques pour la maîtrise d'une « juridiction ». Pour les DDCS qui ont conservé des postes d'assistantes sociales en leur sein, ce type de ressources est important puisqu'il leur permet d'affronter, à compétences égales, les évaluations produites par les travailleurs sociaux dans les EP. Mais à l'inverse des EP, cette contre-évaluation des situations ne peut s'appuyer sur l'expertise médicale. EP et DDCS sont, en ce sens, dépendantes des certificats médicaux délivrés par les médecins (qui ne sont pas nécessairement ceux des MDPH). Pour les AAH L 821-2, qui font intervenir des critères non médicaux (une RSDAE), l'évaluation est conduite uniquement par les EP. Or la participation des DDCS en EP est extrêmement rare et même fortement réprouvée par la DGCS, à l'inverse de ce qui peut se passer pour l'Education Nationale, et lorsque la DDCS parvient à obtenir de la MDPH qu'elle puisse participer à ces EP, elle n'est pas soutenue, aux dires de ses agents locaux, par son administration centrale.

On s'en aperçoit : les DDCS ne sont pas associées au travail des EP, mais viennent remettre en cause ce que les MDPH revendiquent comme le cœur

de leur métier, l'évaluation[197]. D'autre part, la perception de la limitation des ressources est vue, par les agents des MDPH, comme moins contraignante. **La mise en paiement n'engage pas de ressources humaines**, perçues comme plus difficilement mobilisables (recrutement, formation), mais un simple jeu d'affectation de crédits et de réalisation de l'ouverture administrative des droits. **Elle n'est pas soumise à un autre pouvoir discrétionnaire d'un autre guichet administratif**, comme c'est le cas pour l'attribution d'une AVS. La négociation et la prise en compte des ressources limitées du partenaire administratif de la MDPH est donc moins nécessaire pour cette dernière.

Pour reprendre pied dans le fonctionnement des MDPH, les DDCS ont donc dû (ré)apprendre une forme d'expertise en matière de handicap. Elles ont également dû étudier les procédures de fonctionnement de la MDPH pour pouvoir trouver où s'y glisser. Elles ont dû enfin inventer les instruments qui permettent d'entrer dans le travail des EP. Nous avons montré que les formations dispensées et « l'arbre de décision » visaient à reconstituer une capacité d'action de la DDCS sur les évaluations de l'EP et les décisions de la CDA.

La DDCS et l'EN ne s'articulent pas de la même façon au travail des EP. Leur rôle ne peut donc être défini de la même façon, et le visage offert à l'observateur est donc bien différent. Ceci tient pour une part au rapport à la professionnalisation de ces EP : concurrencé par l'EN, contesté par la DDCS. Il s'agit toutefois de s'intéresser à savoir pourquoi l'EN parvient à faire reconnaître la valeur des ressources qui sont les siennes (le fait que ces ressources soient limitées), ce que la DDCS ne parvient pas à faire. L'une des clés se situe certainement dans le processus de judiciarisation de l'action publique.

[197] Cette définition est soutenue notamment par la CNSA qui assure des formations destinées aux agents MDPH en fonction de la définition de leur poste au sein de la MDPH. Des entretiens avec des membres de la direction de la compensation de la CNSA le confirme : « Aujourd'hui, la CNSA c'est vraiment une caisse d'appui, de capitalisation, de faire savoir les bonnes pratiques, d'aborder un certain nombre de problématiques, le renforcement des socles métiers – vous voyez, les RIP, les RIM, les gestionnaires GEVA, enfin l'équipe pluridisciplinaire là-dessus. C'est un très bon animateur : même s'ils sont sur un même pied d'égalité, y'a eu le souhait, me semble-t-il, de faire valoir les meilleurs dispositifs, et les meilleurs pratiques. Et, du coup, rappeler, un peu, le cadre dans lequel ça s'inscrit, notamment réglementaire » (E111).

▪ Ressources et savoirs des structures de l'Etat local dans le travail d'évaluation des situations individuelles par les équipes pluridisciplinaires des MDPH

	Education Nationale	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
Ressources	Evaluation assurée par les personnels de l'EN	Evaluation assurée par la MDPH Evaluation contrôlée à distance par un « arbre de décision »
	Effectivité conditionnelle du droit	Effectivité automatique du droit
	Rapport direct à l'usager	Pas de rapport avec l'usager
Savoirs	Expertise légitime et concurrente dans l'évaluation	Absence d'expertise dans l'évaluation
	Solutions proposées par l'EN	Pas de solutions à offrir

Des rapports différents à la judiciarisation des politiques publiques

Les dynamiques de judiciarisation de l'action publique amènent à faire du contentieux administratif l'une des scènes sur lesquelles se joue l'action administrative (Commaille *et al. eds., 2010)*. Elle amène aussi à faire de la judiciarisation l'un des éléments d'évaluation des politiques publiques. Pour les promoteurs de la réforme de l'Etat, pour les acteurs de la CNSA et pour les directeurs de MDPH, le niveau de contentieux est ainsi défini comme l'un des indicateurs de la qualité des services produits par les MDPH[198].

[198] Rapport sur la Performance de l'Action Publique (PAP) du programme 157, 2012 : source : http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/farandole/2012/pap/html/DBGPGMOBJINDPGM157.htm

INDICATEUR 1.2 : Qualité des décisions de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (du point de vue de l'usager)	Unité	2009 Réalisation	2010 Réalisation	2011 Prévision PAP 2011	2011 Prévision actualisée	2012 Prévision	2013 Cible
Taux d'accord sur décision de renouvellement d'AAH - art. L.821.1	%						
Taux d'accord sur décision de renouvellement d'AAH - art. L.821.2	%						
Taux de réformation par les tribunaux des décisions d'attribution d'AAH ayant fait l'objet d'un recours	%	37	31,34	23	23	23	23

L'objectif ici n'est pas de montrer à quel point le contentieux administratif dépend des modalités d'organisation du travail au sein des administrations qui produisent les droits sociaux (Sayn, 2007) et à quel point le taux de réformation dépend de l'investissement des MDPH sur ces questions. L'émergence de référents juridiques dans certaines MDPH va en ce sens. L'objectif est plus limité : il s'agit ici de montrer que, vu la position occupée dans la production de l'effectivité des décisions de la CDAPH, les différentes administrations déconcentrées n'occupent pas les mêmes positions.

Ainsi, la DDCS met en avant une ressource principale pour réussir à se faire entendre des CDAPH : le rappel à la règle. Nous avons montré que la DDCS s'appuyait sur la règle de droit pour faire valoir ses positions. Les DDCS mobilisent également la menace du contentieux comme arme possible d'action, même si le fait qu'ils soient membres de la CDAPH les associent à la décision qu'ils ne peuvent donc contester.

En entretien, questionné sur la possibilité de déposer des recours au Tribunal du Contentieux de l'Incapacité ou au Tribunal Administratif contre les décisions de la MDPH, le directeur départemental adjoint de la Cohésion Sociale affirme que ce type de procédures est envisageable pour forcer la CDAPH à appliquer le droit. Sans indiquer que ce scénario se déroulera, ni même que le DDCS envisage sérieusement de le faire, cette réponse nous semble **significative de l'absence d'autres ressources pour contraindre l'action de la CDAPH**. Les arènes judiciaires deviennent alors des arbitres des conflits politiques et administratifs entre instances productrices de droits.

L'EN est dans une position inverse. Depuis un arrêt du 8 avril 2009[199], le Conseil d'Etat considère que « *le droit à l'éducation étant garanti à chacun quelles que soient les différences de situation* », et que « *l'obligation scolaire s'appliquant à tous* », il en découle « *les difficultés particulières que rencontrent les enfants handicapés ne sauraient avoir pour effet ni de les priver de ce droit, ni de faire obstacle au respect de cette obligation* (…) *Il incombe à l'Etat, au titre de sa mission d'organisation générale du service public de l'éducation, de prendre l'ensemble des mesures et de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour que ce droit et cette obligation aient, pour les enfants handicapés, un*

[199] CE 8 avril 2009, M. et Mme L., n° 311434

caractère effectif ». Cet arrêt vient clore une incertitude quant à la jurisprudence administrative, des juridictions de rang inférieur avaient considéré que l'Etat n'avait en la matière qu'une obligation de moyens[200] tandis que d'autres estimaient que l'Etat devait faire face à une obligation de résultats[201]. Les décisions prises par la CDAPH sur un domaine de compétence relevant des administrations déconcentrées de l'Etat (Inspection d'Académie, Rectorat), ici en matière d'éducation, contraint ces administrations à une obligation de résultats. Si les MDPH n'ont pas de moyens de pressions pour contraindre les administrations à mettre en œuvre les décisions qu'elle prend, leur action peut amener à la condamnation devant des juridictions administratives d'administrations avec lesquelles elles doivent collectivement délibérer sur les besoins de la personne handicapée.

En matière de scolarisation des enfants handicapés et de non-effectivité des droits obtenus (à un-e AVS) par décision de la CDAPH, MDPH et EN sont autant en ligne de mire. En entretien, nos interviewés nous font part de la menace que représente une possible judiciarisation et/ou médiatisation d'un manque d'AVS. L'IEN-ASH du département B se réjouit en entretien de ne pas avoir eu à faire face à des « situations médiatiques désagréables » comme avait pu en subir son prédécesseur à ce poste (E16-B). L'IEN-ASH du département A indique lui n'avoir à se plaindre que des parents d'enfants « non concernés par le handicap » qui n'ont pas été préparés à l'arrivée dans l'établissement d'un enfant en situation de handicap. Mais cette plainte, plus illégitime, provoque moins de bruit médiatique et ne lui demande « qu'un temps important de médiation » (E63-B). Cette absence de problèmes d'affectation des AVS tient à différents facteurs, selon l'IEN-ASH du département B : une augmentation des moyens dévolus aux AVS, mais aussi une meilleure coordination avec la MDPH et surtout la possibilité que laisse la MDPH d'accorder des AVS pour un mi-temps (douze heures au maximum sur les 24h de scolarisation hebdomadaire), ou avec une importante fluctuation horaire (par plages de 3h) dans le département B. De fait, la CDAPH laisse en réalité une part importante de décision à l'EN qui ne peut déroger au droit acquis, mais moduler considérablement son application. Dans le département A, l'IEN-ASH évoque le travail de coordination effectué en amont pour délimiter les réponses à apporter aux besoins :

> E63-A
>
> C'est ce qu'on a négocié comme procédure avec la MDPH, au niveau de l'EP et au niveau de la CDA – on a décidé, donc, d'attribuer, par tranche de trois heures, une quotité horaire. Un moment donné, on a même fait une séance spéciale, une fois par mois, consacrée aux attributions d'AVS pour que notre coordonnateur des auxiliaires puisse venir donner son point de vue. C'est quelque chose qui est un peu tombé parce que c'était chronophage. Puis, après, la culture des autres membres de l'EP se fait.

---

[200] TA Cergy-Pontoise, 18 déc. 2003, n° 0205215, AJDA 2004. 1431, note Alzamora ; CAA Versailles, 27 sept. 2007, Min. de la Santé et de la Solidarité, n° 06VE02781 - décision annulée par le Conseil d'Etat dans l'arrêt du 8 avril 2009.

[201] CAA Paris, 11 juill. 2007: n°06PA01579, AJDA 2007. 2151, concl. Folscheid ; D. 2008. Jur. 140, note Célestine

Conclusion

L'Etat local adopte différentes figures en fonction des relations qu'il tisse avec les pouvoirs territoriaux. Les structures qui composent l'Etat local peuvent s'agencer de façon différente au travail de ces instances. La DDCS ne parvient pas à s'ajuster au travail de l'équipe pluridisciplinaire. La question est moins celle des compétences professionnelles de ses agents que la position d'extériorité que l'administration centrale de l'Etat enjoint à ses administrations déconcentrées de conserver. De fait, la DDCS n'intervient qu'à distance, plaçant cette direction dans la position du contrôleur, qui travaille à distance des publics. Cette position est d'autant plus mal perçue au sein des MDPH qu'elle s'effectue après le travail d'évaluation. La division du travail qui, d'un point de vue stratégique, devait laisser à l'Etat central le contrôle des tâches nobles et au local le soin de gérer directement les populations génère ce conflit sur la position de la DDCS dans le travail d'évaluation des dossiers. Dans un troisième département, non étudié en détail ici, la DDCS participe directement aux équipes pluridisciplinaires. Très bien accueillie par les agents de la MDPH, cette participation a en revanche suscité une vive opposition de la direction générale de la Cohésion Sociale. C'est donc ici les modalités de reconfiguration des relations entre l'Etat central et l'Etat local et le lien avec les populations que ces reconfigurations déterminent qui fondent finalement les différences de pratiques de l'Etat local. L'agencement de l'Etat local et des instances territorialisées ne dépend toutefois pas que de variables liées à la réorganisation de l'Etat. La judiciarisation de l'action publique a ainsi accru l'importance pour les CDAPH de tenir compte des ressources limitées de l'EN dans la fourniture d'AVS. En effet, l'attribution d'AVS sans coordination préalable avec l'EN, ou sans laisser à celle-ci la possibilité de déterminer les quotités, pourrait permettre l'ouverture de droits que l'Etat ne serait pas en mesure de satisfaire. Ces relations d'échanges entre institutions territoriales et Etat local permettent *in fine*, au prix d'une adaptation des besoins des individus aux possibles limités des institutions – « un tri à l'opportunité » (Vuillaume, 1991) – de ne pas générer de manquements à l'obligation de résultats de l'Etat. **Par ses agencements avec le travail de la MDPH, l'Etat local contribue certainement à accréditer l'idée – au moins grâce aux indicateurs statistiques**[202] **– que les politiques conduites atteignent leurs objectifs.**

[202] La MDPH 36 affiche ainsi dans son rapport d'activité 2006 un taux de satisfaction de ses demandes d'AVS de 100% pour les adultes (sur 6 demandes, avec des dossiers qui doivent donc être suivis depuis longtemps) et de 80% pour les enfants (sur 156 demandes) (source : Rapport d'activité, MPDH Indre, 2006, p. 23). La MDPH des Côtes d'Armor affiche un taux de satisfaction des demandes d'AVS de 90.3% en 2007 (Rapport d'activité, MDPH Côte d'Armor, 2007, p. 6.). La MDPH des Pyrénées-Orientales affiche un taux de satisfaction des demandes d'AVS de 95% (Rapport d'activité, MDPH Pyrénées-Orientales, 2008, p. 65).

Bibliographie

ABBOTT Andrew, 1988, *The System of the Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

ANKRI Joël and MORMICHE Pierre, 2002, « Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête « handicaps – incapacités – dépendance » (hid) », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 1, no. 2, p. 25–38.

ARMSTRONG Ann Cheryl, ARMSTRONG Derrick and SPANDAGOU Ilektra, 2009, *Inclusive Education: International Policy & Practice*, London, SAGE.

ARMSTRONG Felicity, ARMSTRONG Derrick and BARTON Len, 2000, *Inclusive Education: Policy, Contexts and Comparative Perspectives*, David Fulton Publishers.

ASTIER Isabelle, 2001a, « Droit à l'emploi et magistratures sociales: vers une politique des situations ? », *Droit et société*, no. 44-45, p. 143–155.

—, 2001b, « Présentation : les magistratures sociales », *Droit et société*, no. 44-45, p. 85–89.

—, 2007, *Les nouvelles règles du social*, Paris, Presses universitaires de France.

—, 2009, *Sociologie du social et de l'intervention sociale*, Paris, Armand Colin.

ASTIER Isabelle and DUVOUX Nicolas, 2006, *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Editions L'Harmattan.

BALOGH Brian, 2003, « The State of the State among Historians », *Social Science History*, vol. 27, no. 3, p. 455–463.

BARBIER Jean-Claude, 2002, « Peut-on parler d'« activation » de la protection sociale en europe ? », *Revue française de sociologie*, vol. 43, no. 2, p. 307–332.

—, 2003, « Les politiques d'activation des pays scandinaves et l'expérience française », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, no. 4, p. 187–192.

—, 2008, « Pour un bilan du workfare - la vie des idées » [en ligne], [URL : http://www.laviedesidees.fr/Pour-un-bilan-du-workfare.html], accessed le 30 April 2013.

BARBOT Janine, 2002, *Les malades en mouvements: la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

BARBOT Janine and DODIER Nicolas, 2011, « De la douleur au droit. ethnographie des plaidoiries lors de l'audience pénale du procès de l'hormone de croissance contaminée », *Du civil au politique. Ethnographies du*

vivre ensemble, M. Berger, D. Cefaï and C. Gayet-Viaud eds., Bruxelles, Peter Lang, p. 283–315.

BARNES Jeb and BURKE Thomas F., 2012, « Making Way: Legal Mobilization, Organizational Response, and Wheelchair Access », *Law & Society Review*, vol. 46, no. 1, p. 167–198.

BARRAL Catherine, 2007, « Disabled Persons' Associations in France », *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol. 9, no. 3-4, p. 214–236.

BAUDOT Pierre-Yves, 2008, « Le politiste et l'archive. Analyser les funérailles des présidents de la République en France (1877-1996) », *La fabrique interdisciplinaire : histoire et science politique*, M. Offerlé and H. Rousso eds., Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 217–228.

—, 2011, « L'incertitude des instruments », *Revue française de science politique*, vol. 61, no. 1, p. 79–103.

—, 2013, « L'informatique aux informaticiens. Sélection des acteurs, définition de l'instrument et politisation de l'informatique administrative (France, 1966-1975) », *L'action publique sélective*, G. Le Naour and G. Massardier eds., Paris, LGDJ, p. 182–196.

BAUDOT Pierre-Yves and REVILLARD Anne, 2011, « Le Médiateur de la République : périmètre et autonomisation d'une institution », *Revue française d'administration publique*, no. 139, p. 339–352.

BEC Colette, 2007, *De l'État social à l'État des droits de l'homme ?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

BELORGEY Nicolas, 2012, « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique », *Gouvernement et action publique*, no. 2, p. 9–40.

BENAMOUZIG Daniel and PIERRU Emmanuel, 2011, « Le professionnel et le "système" : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du Travail*, no. 53, p. 327–333.

BERENI Laure and REVILLARD Anne, 2012a, « Les femmes contestent », *Sociétés contemporaines*, no. 85, p. 5–15.

—, 2012b, « Un mouvement social paradigmatique ? », *Sociétés contemporaines*, no. 85, p. 17–41.

BERNHEIM Emmanuelle, 2012, « De la mise en scène de la justice. Accès aux droits, rôle des tribunaux et statut citoyen en santé mentale », *Droit et société*, no. 81, p. 365–380.

BERTRAND Louis, 2010, « « Bonne foi » et insertion par le logement. L'individualisation des politiques sociales et la prévention des expulsions locatives », no. 63.

—, 2012, « Situations et problématiques : le travail d'une magistrature sociale par ses mots », *Droit et société*, no. 82, p. 603–620.

—, 2013, « Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion : continuités, innovations, convergences », *Politiques sociales et familiales*, no. 111, p. 43–54.

BERTRAND Louis, CARADEC Vincent and EIDELIMAN Jean-Sébastien, 2012, « Saisir les personnes. Le fonctionnement des commissions dans l'aide au logement et aux personnes handicapées », *Reconfigurations de l'État social en pratique*, M.-C. Bureau and I. Sainsaulieu eds., Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, p. 153–166.

BESSIN Marc, 2009, « La division sexuée du travail social », *Informations sociales*, no. 152, p. 70–73.

BEZES Philippe, 1994, *L'action publique volontariste: Analyse d'une politique de délocalisation*, Paris, L'Harmattan.

—, 2005a, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties », *Informations sociales*, no. 126, p. 26–37.

—, 2005b, « Le modèle de « l'état-stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du travail*, vol. 47, no. 4, p. 431–450.

—, 2011, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du Travail*, vol. 53, no. 3, p. 293–348.

BEZES Philippe, LALLEMENT Michel and LORRAIN Dominique, 2005, « Les nouveaux formats de l'institution », *Sociologie du Travail*, vol. 47, no. 3, p. 293–300.

BEZES Philippe and PIERRU Frédéric, 2012, « État, administration et politiques publiques : les dé-liaisons dangereuses », *Gouvernement et action publique*, no. 2, p. 41–87.

BIDET Alexandra, 2010, « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, no. 78, p. 115–135.

BIRNBAUM Pierre, 2011, « Défense de l'État « fort » Réflexions sur la place du religieux en France et aux États-Unis », *Revue française de sociologie*, vol. 52, no. 3, p. 559–578.

BLOY Géraldine and SCHWEYER François-Xavier, 2010, *Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

BODIGUEL Jean-Luc, 1972, « Les organisations agricoles et la régionalisation », *L'univers politique des paysans dans la France contemporaine*, Y. Tavernier and M. Gervais eds., Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, p. 559–581.

BOGDANOR Vernon ed., 2005, *Joined-up government*, Oxford, Oxford University Press (British Academy occasional paper ; 5).

BORELLE Céline, 2012, « La production concrète des droits. le cas du handicap. Communication au colloque "l'État des droits. Pratiques des droits dans l'action publique". Sciences Po Paris ».

BOURDIEU Pierre, 1980, *Le sens pratique*, Paris, Editions de Minuit.

—, 1990, « Droit et passe-droit », *Actes de la recherche en sciences sociales*,

vol. 81, no. 1, p. 86–96.

BOURGEOIS Catherine, 1998, *L'attribution des logements sociaux. Politiques publiques et jeux des acteurs locaux*, Paris, L'Harmattan.

BOUSSARD Valérie and MAUGERI Salvatore, 2003, *Du politique dans les organisations: Sociologies des dispositifs de gestion*, Paris, L'Harmattan.

BUISSON-FENET Hélène, 2012, « Savoirs distribués et pouvoir d'institution : le cas des commissions d'appel à l'orientation scolaire », *Sociologies pratiques*, no. 24, p. 39–51.

BUREAU Marie-Christine and RIST Barbara, 2012, « Professionnels, associatifs et personnes handicapées réunis autour de la table : un droit en train de se faire? », *Reconfigurations de l'État social en pratique*, M.-C. Bureau and I. Sainsaulieu eds., Paris, Presses Universitaires du Septentrion, p. 119–132.

—, 2013, « Questions de santé et questions de travail : quelles conciliations dans les commissions d'attribution des droits aux personnes handicapées ? », *Sociologies pratiques*, no. 26, p. 85–99.

BURKE Thomas F., 2004, « The European Union and the Diffusion of Disability Rights », *Transatlantic Policymaking in an Age of Austerity: Diversity and Drift*, M. A. Levin and M. M. Shapiro eds., Washington D.C., Georgetown University Press, p. 158–176.

BUSCATTO Marie, LORIOL Marc and WELLER Jean-Marc, 2008, *Au-delà du stress au travail : une sociologie des agents publics au contact des usagers*, Paris, Erès.

BUTON François, 2003, « L'Etat et ses catégories comme objets d'analyse socio-historique : les "handicapés sensoriels" au XIXe siècle », *Historicités de l'action publique*, P. Laborier and D. Trom eds., Presses Universitaires de France, p. 59–78.

—, 2009, *L'administration des faveurs: L'État, les sourds et les aveugles (1789-1885)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

BUTON François and PIERRU Frédéric, 2012, « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'Etat sanitaire », *Gouvernement et action publique*, no. 4, p. 67–90.

BYLAND K., GAVA R. and VARONE F., 2013, « Impacts of courts on policy implementation in a federal state: Evidence from the disability insurance in Switzerland. Paper presented at the ECPR Joint Sessions, Mainz ».

CAILLOSSE Jacques, 2009, *Les "mises en scène" juridiques de la décentralisation : sur la question du territoire en droit public français*, Paris, LGDJ.

CARPENTER Daniel P., 2000, *The Forging of Bureaucratic Autonomy. Reputations, Networks and Policy Innovation in Executive Agencies 1862-1928*, Princeton, Princeton University Press.

—, 2003a, « The Multiple and Material Legacies of Stephen Skowronek », *Social Science History*, vol. 27, no. 3, p. 465–474.

—, 2003b, « Why do bureaucrats delay? Lessons from a Stochastic Optimal Stopping Model of Agency Timing, with Applications to the FDA », *Politics, policy, and organizations: frontiers in the scientific study of bureaucracy*, G. A. Krause and K. J. Meier eds., Cambridge, University of Michigan Press, p. 23–47.

—, 2010, *Reputation and Power: Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA*, Princeton, Princeton University Press.

CARPENTER Daniel P. and KRAUSE George A., 2012, « Reputation and Public Administration », *Public Administration Review*, vol. 72, no. 1, p. 26–32.

CASTEL Robert, 2009, « De la psychiatrie à la société salariale : une socio-histoire du présent », *Pensées critiques. Dix itinéraires de la revue Mouvements*, Paris, La Découverte, p. 101–115.

CASTILLA Emilio J., 2005, « Social Networks and Employee Performance in a Call Center », *American Journal of Sociology*, vol. 110, no. 5, p. 1243–1283.

CHAMAK Brigitte, 2010, « Autisme, handicap et mouvements sociaux », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, vol. 4, no. 2, p. 103–115.

CHAUVIERE Michel, 2010, *Trop de gestion tue le social: Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, Editions La Découverte.

CHEVALLIER Jacques, 2010, « Révision générale des politiques publiques et gestion des ressources humaines », *Revue française d'administration publique*, no. 136, p. 907–918.

CHOSSY Jean-François, 2007, « Une lecture critique de la loi du 11 février 2005 », *Reliance*, no. 23, p. 53–57.

CHRISTENSEN Tom and LAEGREID Per, 2006, « The Whole of Government Approach: Regulation, Performance and Public Sector Reform », *Stein Rokkan Centre for Social Studies. Working paper 6* .

CODACCIONI Vanessa, MAISETTI Nicolas and POUPONNEAU Florent, 2012, « Les façades institutionnelles : ce que montrent les apparences des institutions », *Sociétés contemporaines*, no. 88, p. 5–15.

COLEMAN-SELDEN Sally, 1998, *The Promise of Representative Bureaucracy: Diversity and Responsiveness in a Government Agency*, New York, M.E. Sharpe.

COMMAILLE Jacques and DUMOULIN Laurence, 2009, « Heurs et malheurs de la légalité dans les sociétés contemporaines. Une sociologie politique de la « judiciarisation » », *L'Année sociologique*, vol. 59, no. 1, p. 63–107.

COMMAILLE Jacques, DUMOULIN Laurence and ROBERT Cécile eds., 2010, *La juridicisation du politique*, Paris, LGDJ.

CONTAMIN Jean-Gabriel *et al., 2008, Le recours à la justice administrative. Pratiques des usagers et usages des institutions*, Paris, La Documentation française.

COURTY Guillaume, à paraître, « Les groupes d'intérêt et le pouvoir local : entre l'impensé académique et l'impensable des professionnels », *Groupes*

d'intérêt et gouvernement local, S. Cadiou ed.

CROZIER Michel and FRIEDBERG Erhard, 1977, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*, Paris, Éditions du Seuil.

DALLE-NAZEBI Sophie, HENAULT-TESSIER Mélanie and VINCK Dominique, 2012, « La construction des savoirs des agents de centres d'appels d'urgence : entre individualisation et standardisation », *Sociologies pratiques*, no. 24, p. 79–91.

DAMAMME Dominique and JOBERT Bruno, 1995, « La politique de la ville ou l'injonction contradictoire en politique », *Revue française de science politique*, vol. 45, no. 1, p. 3–30.

DAVIES Jonathan S., 2009, « The Limits of Joined-up Government: Towards a Political Analysis », *Public Administration*, vol. 87, no. 1, p. 80–96.

DEWEY John, 1927, *The Public and its problems*, Athens, Ohio University Press.

DOBRY Michel, 1986, *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

DOLAN Julie A. and ROSENBLOOM David H., 2003, *Representative Bureaucracy: Classic Readings and Continuing Controversies*, New York, M.E. Sharpe.

DRAKE Robert F., 2002, « Disabled people, voluntary organisations and participation in policy making », *Policy & Politics*, vol. 30, no. 3, p. 373–385.

DUBOIS Vincent, 1998, « Politique culturelle : le succès d'une catégorie floue. Contribution à une analyse des catégories d'intervention publique », *L'État contre la politique? Les expressions historiques de l'étatisation*, M. Kaluszynski and S. Wahnich eds., Paris, L'Harmattan, p. 167–182.

—, 2005, « L'insécurité juridique des contrôleurs des CAF », *Informations sociales*, vol. 126, no. 6, p. 48–57.

—, 2009, « Le paradoxe du contrôleur », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 178, no. 3, p. 28–49.

—, 2010a, *La vie au guichet: relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica.

—, 2010b, « Politiques au guichet, politiques du guichet », *Politiques publiques 2 : Changer la société*, V. Guiraudon and O. Borraz eds., Paris, Presses de Sciences Po, p. 265–286.

—, 2012, « Ethnographier l'action publique », *Gouvernement et action publique*, no. 1, p. 83–101.

DUNLEAVY Patrick, 2010, *The Future of Joined-Up Public Services*, ESRC., London.

DUVOUX Nicolas, 2009, *L'autonomie des assistés: sociologie des politiques d'insertion*, Presses universitaires de France.

ELLIS Kathryn, 2013, « Professional Discretion and Adult Social Work: Exploring Its Nature and Scope on the Front Line of Personalisation », *British*

Journal of Social Work.

EPSTEIN Renaud, 2005, « Gouverner à distance. Quant l'Etat se retire des territoires », *Esprit*, no. 11, p. 96–111.

—, 2012, « De la différenciation territoriale à la libre conformation », *L'action publique locale dans tous ses états. Différenciation et standardisation*, A.-C. Douillet *et al. eds., Paris, L'Harmattan, p. 127–138.*

—, 2013, La rénovation urbaine : Démolition-reconstruction de l'Etat, Paris, Presses de Sciences Po.

ESPING-ANDERSEN Gosta, 2007, *Les trois mondes de l'État-providence : essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF.

EUDIER F., 2002, « Le juge civil impartial », *Etudes offertes à Barthélemy Mercadal*, Paris, Editions Francis Lefebvre, p. 31–54.

EVANS Tony, 2010, *Professional discretion in welfare services: beyond street-level bureaucracy*, Ashgate Publishing, Ltd.

—, 2011, « Professionals, Managers and Discretion: Critiquing Street-Level Bureaucracy », *British Journal of Social Work*, vol. 41, no. 2, p. 368–386.

—, 2012, « Organisational Rules and Discretion in Adult Social Work », *British Journal of Social Work*.

EVANS Tony and HARRIS John, 2004, « Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion », *British Journal of Social Work*, vol. 34, no. 6, p. 871–895.

FASSIN Didier, 2001, « Charité bien ordonnée. Principes de justice et pratiques de jugement dans l'attribution des aides d'urgence », *Revue française de sociologie*, vol. 42, no. 3, p. 437–475.

FISCHER Nicolas and SPIRE Alexis, 2009, « L'État face aux illégalismes », *Politix*, no. 87, p. 7–20.

FOUCAULT Michel, 2001, « Un système fini face à une demande infinie (1983) », *Dits et Ecrits. Vol II : 1976-1988*, Paris, Gallimard, p. 1186–1202.

FRINAULT Thomas, 2009, *La dépendance : Un nouveau défi pour l'action publique*, PU Rennes.

FROST Nick, 2008, *Professionalism, partnership and joined-up thinking: a research review of front-line working with children and families*, Research in Practice., London.

GALANTER Marc, 1974, « Why the "Haves" Come Out Ahead: Speculations on the Limits of Legal Change », *Law and Society Review*, vol. 9, no. 1, p. 95–160.

LE GALES Patrick, 2006, « Les deux moteurs de la décentralisation. Concurrences politiques et restructuration de l'Etat jacobin », *La France en mutation, 1980-2005*, P. P. Culpepper and B. Palier eds., Paris, Presses de Sciences Po, p. 303–341.

LE GALES Patrick and SCOTT Allen J., 2008, « Une révolution bureaucratique

britannique ? Autonomie sans contrôle ou “freer market, more rules” », *Revue française de sociologie*, vol. 49, no. 2, p. 301–330.

GILBERT Claude and HENRY Emmanuel, 2009, « Lire l’action publique au prisme des processus de définition des problèmes », *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, C. Gilbert and Henry, Emmanuel eds., Paris, La Découverte, p. 7–33.

GILBERT Pascale and DIDIER-COURBIN Philippe, 2005, « Éléments d’information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », *Revue Française des Affaires sociales*, no. 2, p. 207–227.

GIRAUD Olivier, 2012, « Les défis de la comparaison à l’âge de la globalisation : pour une approche centrée sur les cas les plus différents inspirée de Clifford Geertz », *Critique internationale*, no. 57, p. 89–110.

GIRAUD Olivier and LALLEMENT Michel, 2001, « L’État et les relations professionnelles en Allemagne : interactions et recompositions après la réunification », *L’Etat en Allemagne. La République Fédérale après la réunification*, A.-M. Le Gloannec ed., Paris, Presses de Sciences Po, p. 309–332.

GOUSSOT Alain and CANEVARO Andrea, 2010, « En Italie, la culture de la désinstitutionnalisation », *Le handicap au risque des cultures*, C. Gadou ed., Paris, Eres, p. 285–299.

GRENIER Corinne and LABOREL Bernard, 2011, *Les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées): Une organisation innovante dans le champ médico-social ?*, Paris, Erès.

GUIENNE Véronique, 2010, « Faire ou laisser mourir. Autopsie d’une controverse entre sénateurs », *Droit et société*, no. 74, p. 107–127.

GUSFIELD Joseph R., 2009, *La culture des problèmes publics: L’alcool au volant : la production d’un ordre symbolique*, Paris, Economica.

HACHE Emilie, 2007, « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques*, no. 28, p. 49–65.

HASSENTEUFEL Patrick, 1990, « Où en est le paradigme corporatiste ? », *Politix*, vol. 3, no. 12, p. 75–81.

HELY Matthieu, 2009, *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, PUF (Le lien social).

HENRARD Jean-Claude, 2007, « Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5e risque ou 5e branche de sécurité sociale ? », *Gérontologie et société*, no. 123, p. 213–227.

HEYER Katharina, 2007, « A Disability Lens on Sociolegal Research: Reading Rights of Inclusion from a Disability Studies Perspective », *Law & Social Inquiry*, vol. 32, no. 1, p. 261–293.

HEYER Katharina C., 2002, « The ADA on the Road: Disability Rights in Germany », *Law & Social Inquiry*, vol. 27, no. 4, p. 723–762.

HUGHES Everett C., 1958, *Men and Their Work*, Glencoe, Ill., Free Press.

—, 2011, « Les honnêtes gens et le sale boulot », *Travailler*, no. 24, p. 21–34.

HUMBERT Chantal, 2001, *Les usagers de l'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires ?*, Paris, L'Harmattan.

HVINDEN Bjorn, 2003, « The Uncertain Convergence of Disability Policies in Western Europe », *Social Policy and Administration*, vol. 37, no. 6, p. 609–624.

INGRAM Helen and SCHNEIDER Anne, 1993, « Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy », *American Political Science Review*, vol. 87, no. 2, p. 334–347.

ISRAËL Liora, 2001, « Usages militants du droit dans l'arène judiciaire : le cause lawyering », *Droit et société*, vol. n°49, no. 3, p. 793–824.

—, 2009, *L' arme du droit*, Paris, Presses de Sciences Po.

JACOBY Wade, 2000, *Imitation and Politics. Redesigning Modern Germany Ithaca*, Ithaca, Cornell University Press.

JAEGER Marcel, 2009, « Focus - Quand le législateur découvre la notion de projet de vie… », *Informations sociales*, n° 156, no. 6, p. 142–144.

JEANNOT Gilles, 1996, « When non-social public services take care », *Who Cares ? Social services organizations and their users*, H.-J. Schulze and W. Wirth eds., Londres, Cassel, p. 63–75.

JOBERT Bruno and LECA Jean, 1980, « Le dépérissement de l'État. À propos de L'acteur et le système de Michel Crozier et Ehrard Freidberg » [en ligne],, accessed .

JOIN-LAMBERT Marie-Thérèse, 1994, *Politiques sociales*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques & Dalloz.

JONCKHEERE Alexia, 2012, « Droit, travail social et management : les outils régulateurs de l'activité professionnelle des assistants de justice. Communication à la Journée d'Etudes "Travailler pour le droit, travailler avec le droit". ENS Cachan. ».

JULIENNE Katia, 2004, « Aide et action sociales des collectivités locales : évolution des bénéficiaires et des dépenses depuis vingt ans », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 4, no. 4, p. 35–60.

KARPOWITZ Christopher F., MENDELBERG Tali and SHAKER Lee, 2012, « Gender Inequality in Deliberative Participation », *American Political Science Review*, vol. 106, no. 03, p. 533–547.

KATZENSTEIN Mary F., 1999, *Faithful and Fearless: Moving Feminist Protest Inside the Church and Military*, Princeton, Princeton University Press.

KEELER John T. S., 1994, *Réformer : les conditions du changement politique*, Paris, PUF (Recherches politiques).

KELEMEN R. Daniel and VANHALA Lisa, 2010, « The Shift to the Rights Model of Disability in the EU and Canada », *Regional & Federal Studies*, vol. 20,

no. 1, p. 1–18.

KINGDON John W., 2003, *Agendas, alternatives, and public policies*, Longman.

KITSCHELT Herbert P., 1986, « Political Opportunity Structures and Political Protest: Anti-Nuclear Movements in Four Democracies », *British Journal of Political Science*, vol. 16, no. 1, p. 57–85.

KRISLOV Samuel, 2013, *Representative Bureaucracy*, New Orleans, Quid Pro, LLC.

KRISTEVA Julia, 2003, *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap,: à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas*, Paris, Fayard.

—, 2005, « Handicap ou le droit à l'irrémédiable », *Études*, vol. 402, no. 5, p. 619–629.

LAFORE Robert, 2004, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du « département providence » », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 4, no. 4, p. 17–34.

—, 2010, « Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale », *Informations sociales*, n° 162, no. 6, p. 64–71.

LANGUMIER Julien, DESALEUX David and MARTINAIS Emmanuel eds., 2012, *Etat des lieux. Les lieux de l'Etat*, Lyon, LIBEL.

LARROUY Muriel, 2011, *L' invention de l'accessibilité: des politiques de transport des personnes handicapées aux politiques d'accessibilité de 1975 à 2005*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

LASCOUMES Pierre, 1990, « Normes juridiques et mise en oeuvre des politiques publiques », *Année sociologique*, no. 40, p. 42–71.

—, 1995, « Les arbitrages publics des intérêts légitimes en matière d'environnement », *Revue française de science politique*, vol. 45, no. 3, p. 396–419.

—, 2007, « L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? », *Politiques et management public*, vol. 25, no. 2, p. 129–144.

—, 2008, « L'institutionnalisation de la représentation des usagers du système de santé. Les associations de personnes malades et de personnes handicapées, associations familiales et de consommateurs et leur agrément. », *Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard*, D. Tabuteau ed., Paris, Presses de Sciences Po.

—, 2009, « Les compromis parlementaires, combinaisons de surpolitisation et de sous-politisation », *Revue française de science politique*, vol. 59, no. 3, p. 455–478.

LASCOUMES Pierre and LE BOURHIS Jean-Pierre, 1996, « Des "passe-droits" aux passes du droit. La mise en oeuvre socio-juridique de l'action publique », *Droit et société*, no. 32, p. 51–80.

LASCOUMES Pierre and LE GALES Patrick, 2004, « L'action publique saisie par ses instruments », *Gouverner par les instruments*, P. Lascoumes and P. Le

Galès eds., Paris, Presses de Sciences Po, p. 11–44.

—, 2012, *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.

LECA Jean, 1993, « Sur le rôle de la connaissance dans la modernisation de l'État et le statut de l'évaluation », *Revue française d'administration publique*, no. 66, p. 185–196.

—, 2012, « L'état entre politics, policies et polity », *Gouvernement et action publique*, vol. 1, no. 1, p. 59–82.

LEHMBRUCH, 1995, « Organisation de la société, stratégies administratives et réseaux d'action publique. Éléments d'une théorie du développement des systèmes d'intérêt », *Les réseaux de politique publique: Débat autour des policy networks*, P. Le Galès and M. Thatcher eds., Paris, L'Harmattan, p. 69–90.

LEIBFREID Stephan and PIERSON Paul, 1998, *Politiques sociales européennes : entre intégration et fragmentation*, Paris, L'Harmattan (Logiques politiques).

LEJEUNE Aude, 2011, *Le droit au Droit. Les juristes et la question sociale en France*, Paris, Editions des Archives Contemporaines.

LEJEUNE Aude and REVILLARD Anne, 2012, « L'accompagnement associatif des usagers dans le secteur du handicap. Communication à la journée d'études "La fabrique des droits sociaux individualisés", CNAM, Paris ».

LE LIDEC Patrick, 2007, « Le jeu du compromis : l'Etat et les collectivités territoriales dans la décentralisation en France », *Revue française d'administration publique*, n° 121-122, no. 1, p. 111–130.

—, 2008, « La réforme des institutions locales », *Politiques publiques 1 : La France dans la gouvernance européenne*, O. Borraz and V. Guiraudon eds., Paris, Presses de Sciences Po, p. 255–281.

LING Tom, 2002, « Delivering joined-up government in the UK: dimensions, issues and problems », *Public Administration*, vol. 80, no. 4, p. 615–642.

LIPSKY Michael, 2010, *Streel-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, Russell Sage Foundation.

LIPSKY Michael and SMITH Steven Rathgeb, 1993, *Nonprofits for Hire: The Welfare State in the Age of Contracting*, Cambridge, Harvard University Press.

MAHONEY James and THELEN Kathleen Ann, 2009, *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*, Cambridge University Press.

MAIER Charles S., 1983, « "Fictitious Bonds ... of Wealth and Law:" On the Theory and Practice of Interest Representation », *Organizing Interests in Western Europe*, S. Berger ed., Cambridge, Cambridge University Press, p. 27–63.

MARISSAL Jean-Pierre, 2009, « Les conceptions du handicap : du modèle médical au modèle social et réciproquement? », *Revue d'éthique et de théologie morale*, vol. 256, no. 4, p. 19.

MASSARDIER Gilles, 2003, *Politiques et action publiques*, Paris, A. Colin.

MAZADE Olivier, 2008, « Le traitement du chômage entre individualisation et standardisation. L'exemple de la pratique des entretiens professionnels à l'ANPE », *L'action publique face aux instruments de régulation*, H. Buisson-Fenet and G. Le Naour eds., Toulouse, Octarès, p. 95–103.

MCCANN Michael W., 1994, *Rights at Work: Pay Equity Reform and the Politics of Legal Mobilization*, Chicago, University of Chicago Press.

—, 2006, *Law And Social Movements*, Burlington, Ashgate Publishing Company.

MEKKI Soraya Amrani and BOUJEKA Augustin, 2010, *Contentieux et handicap*, Paris, IRJS Editions.

MENY Yves ed., 1993, *La greffe et le rejet. Les politiques du mimétisme institutionnel*, Paris, L'Harmattan.

MILANO Serge, 2009, « Le handicap psychique, d'une loi à l'autre », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1-2, no. 1, p. 17–24.

MINONZIO Jérôme and VALLAT Jean-Philippe, 2006, « L'union nationale des associations familiales (UNAF) et les politiques familiales », *Revue française de science politique*, vol. 56, no. 2, p. 205.

MOHANU Adrian and HASSENTEUFEL Patrick, 2010, « La loi de 2005 : une loi européenne? », *Droit public et handicap*, O. Guézou and S. Manson eds., Paris, Dalloz-Sirey, p. 67–82.

MOHANU Vintila Adrian, 2008, « L'européanisation de la question du handicap à travers le Forum européen des personnes handicapées », *Alter - European Journal of Disability Research/Journal Européen de Recherche sur le Handicap*, vol. 2, , p. 14–31.

MOREAU Bernadette, 2008, « Un nouveau champ de protection sociale : le 5e risque », *Études*, Tome 409, no. 9, p. 183–193.

MORMICHE Pierre, 2003, « L'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » : apports et limites », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, no. 1, p. 11–29.

MOUNIER-KUHN Pierre-E., 2005, « Le traitement à façon : un survol historique », *Entreprises et histoire*, vol. 40, no. 3, p. 52.

MULLER Pierre, 1984, *Technocrate et le paysan: essai sur la politique française de modernisation de l'agriculture de 1945 à nos jours*, Paris, Editions de l'Atelier.

NEUMANN Cédric, 2008, « La construction sociale d'une catégorie : les « automatismes de gestion » », *Entreprises et histoire*, vol. 52, no. 3, p. 85.

NEZ Héloïse, 2011, « Nature et légitimités des savoirs citoyens dans l'urbanisme participatif », *Sociologie*, vol. 2, no. 4.

OLIVER Michael, 1990, *The politics of disablement*, Palgrave Macmillan.

—, 1996, *Understanding Disability: From Theory to Practice*, New-York, Saint-Martin Press.

VAN OORSCHOT Wim and BOOS Kees, 2000, « Battle against Numbers:

Disability Policies in the Netherlands, The », *European Journal of Social Security*, vol. 2, , p. 343–361.

VAN OORSCHOT Wim and HVINDEN Bjorn, 2000, « Introduction: Towards Convergence - Disability Policies in Europe », *European Journal of Social Security*, vol. 2, , p. 293–303.

ORSINI Michael and SMITH Miriam, 2010, « Social movements, knowledge and public policy: the case of autism activism in Canada and the US », *Critical Policy Studies*, vol. 4, no. 1, p. 38–57.

PAILLET Anne, 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.

PAPADOPOULOS Yannis, 2010, « Accountability and Multi-level Governance: More Accountability, Less Democracy? », *West European Politics*, vol. 33, no. 5, p. 1030–1049.

PAQUY Lucie, 2003, « Administrer l'hygiène urbaine à la fin du XIXe siècle : le cas de Grenoble », *Administrer la ville en Europe (XIXe-XXe siècle)*, B. Dumons and G. Pollet eds., Paris, L'Harmattan, p. 163–185.

PATERSON Florence and BARRAL Catherine, 1994, « L'Association Française contre les Myopathies : trajectoire d'une association d'usagers et construction associative d'une maladie », *Sciences sociales et Santé*, vol. 12, no. 2, p. 79–111.

PATERSON Florence *et al., 2000, L'institution du handicap: le rôle des associations, XIXe-XXe siècles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

PAUGAM Serge, 1991, *La disqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, Presses universitaires de France.

PAVARD Bibia, 2012, *Si je veux, quand je veux: Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, PUR.

PAYRE Renaud, 2009, « Les institutionnalisations improbables. Une sociologie historique prospective des sciences de gouvernement », *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, N. Mariot and F. Buton eds., Paris, PUF.

—, 2011, « L'espace des circulations. La fabrique transnationale des sciences administratives (années 1910-années 1950) », *Les sciences camérales. Activités pratiques et histoire des dispositifs publics*, P. Laborier *et al. eds., Paris, PUF, p. 283–306.*

PEDRIANA Nicholas and STRYKER Robin, 2004, « The Strength of a Weak Agency : Enforcement of Title VII of the 1964 Civil Rights Act and the Expansion of State Capacity, 1965-1971 », American Journal of Sociology, vol. 110, no. 3, p. 709–760.

PIERSON Paul, 2001, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press.

—, 2002, « Coping with permanent austerity : welfare state restructuring in affluent democracies », *Revue française de sociologie*, vol. 43, no. 2, p. 369–406.

PIVETEAU Denis, 2005, « Le « cinquième risque » de protection sociale, continuité ou rupture ? », *Les Tribunes de la santé*, nº 7, no. 2, p. 67–72.

POLLARD Julie, 2011, « Les groupes d'intérêt vus du local », *Revue française de science politique*, vol. 61, no. 4, p. 681–705.

POLLITT Christopher, 2003, « Joined-up Government: a Survey », *Political Studies Review*, vol. 1, no. 1, p. 34–49.

PONTVERT-DELUCQ Anne, 2005, *Le groupe d'intérêt face au changement. L'exemple de la politique publique en faveur des personnes handicapées*, Rennes, Mémoire Master 2 IEP Rennes.

PRESSMAN Jeffrey Leonard and WILDAVSKY Aaron Bernard, 1973, *Implementation*, Berkeley, University of California Press.

PROUTEAU Lionel ed., 2003, *Les associations entre bénévolat et logique d'entreprise*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

PROUTEAU Lionel and WOLFF François-Charles, 2007, « La participation associative et le bénévolat des seniors », *Retraite et Société*, no. 50, p. 157–189.

RABEHARISOA Vololona and CALLON Michel, 1999, *Le pouvoir des malades: l'Association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Presses des MINES.

RAVAUD Jean-François and FOUGEYROLLAS Patrick, 2005, « La convergence progressive des positions franco-québécoises », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 4, no. 2, p. 13–27.

RAVON Bertrand and ION Jacques, 2012, *Les travailleurs sociaux*, Paris, La découverte.

REVILLARD Anne, 2009, « L'expertise critique, force d'une institution faible ? », *Revue française de science politique*, vol. 59, no. 2, p. 279.

—, 2011, *La fabrique d'une légalité administrative. Sociologie du Médiateur de la République.*, Paris, Mission Droit et Justice.

ROBELET Magali, PIOVESAN David and CLAVERANNE Jean-Pierre, 2009, « Secteur du handicap : les métamorphoses d'une gestion associative », *Entreprises et histoire*, vol. 56, no. 3, p. 85–97.

ROMAN Diane, 2001, « Le contentieux technique de la Sécurité sociale à l'épreuve du procès équitable », *Droit social*, no. 7-8, p. 734–743.

ROMIEN Pierre, 2005, « À l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre », *Revue Française des Affaires sociales*, no. 2, p. 229–247.

ROSANVALLON Pierre, 1995, *La nouvelle question sociale : repenser l'État-providence*, Paris, Seuil.

ROSTGAARD Tine, 2012, « Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation », *Health & Social Care in the Community*, vol. 20, no. 3, p. 247–254.

ROY-HATALA Claire Le, 2009, « Le maintien dans l'emploi de personnes

souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, no. 1, p. 301–319.

RUIZ Émilien, 2010, « Compter : l'invention de la statistique des fonctionnaires en France (1890–1930) », *Sociologie du Travail*, vol. 52, no. 2, p. 212–233.

SABBAGH Daniel, 2003, *L'égalité par le droit : les paradoxes de la discrimination positive aux Etats-Unis*, Paris, Economica.

SALAMON Lester M., 2002, *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, Oxford, Oxford University Press.

SARAT Austin and SCHEINGOLD Stuart A. eds., 1997, *Cause Lawyering : Political Commitments and Professional Responsibilities: Political Commitments and Professional Responsibilities*, Oxford, Oxford University Press.

SAUNIER Pierre-Yves, 2004, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », *Genèses*, no. 57, p. 110–126.

—, 2008, « Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940 : projets et ingénierie de la convergence et de la différence », *Genèses*, no. 71, p. 4–25.

SAYN Isabelle, 2004, « Accès au juge et accès au droit dans le contentieux de la protection sociale », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, p. 113–135.

SCHEINGOLD Stuart A., 1974, *The politics of rights : lawyers, public policy, and political change*, New Haven, Yale University Press.

SCHMITTER Philippe C., 1974, « Still the Century of Corporatism? », *The Review of Politics*, vol. 36, no. 1, p. 85–131.

—, 1989, « Corporatism is Dead! Long Live Corporatism! », *Government and Opposition*, vol. 24, no. 1, p. 54–73.

SCHNAPPER Dominique, 1989, « Rapport à l'emploi, protection sociale et statuts sociaux », *Revue française de sociologie*, vol. 30, no. 1, p. 3–29.

SCHOENAERS Frédéric, 2005, « Échevinage et prise de décision judiciaire : une délibération basée sur la négociation », *Négociations*, no. 1, p. 97–110.

SCHREFLER Lorna, 2010, « The Usage of Scientific Knowledge by Independent Regulatory Agencies », *Governance*, vol. 23, no. 2, p. 309–330.

SCOTCH Richard, 2001, *From Good Will to Civil Rights: Transforming Federal Disability Policy*, Philadelphia, Temple University Press.

SELZNICK Philip, 1949, *TVA and the Grass Roots: A Study in the Sociology of Formal Organization*, Berkeley, University of California Press.

SERRE Delphine, 2010, « Les assistantes sociales face à leur mandat de surveillance des familles », *Déviance et Société*, Vol. 34, no. 2, p. 149–162.

SIBLOT Yasmine, 2006, *Faire valoir ses droits au quotidien. Les services publics dans les quarties populaires*, Paris, Presses de Sciences Po.

—, 2010, « Contraintes et ambivalences du travail d'accueil du public », *Informations sociales*, no. 158, p. 102–110.

SIMONET Maud and HELY Matthieu, 2013, *Le travail associatif*, Paris, Presses Universitaires de Paris 10.

SINTOMER Yves, 2008, « Du savoir d'usage au métier de citoyen ? », *Raisons politiques*, no. 31, p. 115–133.

SPIRE Alexis, 2007, « L'asile au guichet », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 169, no. 4, p. 4–21.

—, 2008, *Accueillir ou reconduire: Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, Raisons d'agir.

STAR Susan, 2010, « Ceci n'est pas un objet-frontière ! », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol 4, no. 1, p. 18–35.

STIKER Henri-Jacques, 1997, *Corps infirmes et sociétés*, Dunod.

—, 1999, *A history of disability*, University of Michigan Press.

STREECK Wolfgang and THELEN Kathleen Ann, 2005, *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*, Oxford University Press.

SUREL Yves, 1997, « Quand la politique change les politiques. La loi Lang du 10 août 1981 et les politiques du livre », *Revue française de science politique*, vol. 47, no. 2, p. 147–172.

SWAAN Abraham De, 1995, *Sous l'aile protectrice de l'État*, Paris, PUF.

SWITZER Jacqueline Vaughn, 2003, *Disabled Rights: American Disability Policy and the Fight for Equality*, Washington D.C., Georgetown University Press.

TAVIER Pascal, 2003, « Maisons de repos : instauration des projets de vie et intégration du travail social », *Pensée plurielle*, vol. 6, no. 2, p. 87–96.

TCHERNONOG Viviane, 2007, *Le paysage associatif français : 2007 : mesures et évolutions : profil, activités, budget, financement, dirigeants, gouvernance, emploi salarié, travail bénévole*, Paris, Dalloz.

TRICART Jean-Paul, 1981, « Initiative privée et étatisation parallèle. Le secteur dit de l'enfance inadaptée », *Revue française de sociologie*, vol. 22, no. 4, p. 575–607.

TRUE James. L., JONES Bryan D. and BAUMGARTNER Frank R., 2006, « Punctuated-Equilibrium Theory. Explaining Stability and Change in Public Policymaking », *Theories of the Policy Process*, P. A. Sabatier ed., Boulder, Westview Press, p. 155–189.

VANHALA Lisa, 2010, *Making Rights a Reality?: Disability Rights Activists and Legal Mobilization*, Cambridge University Press.

VAUCHEZ Antoine, 2007, « Une élite d'intermédiaires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, no. 166-1667, p. 54–65.

VELPRY Livia, 2009, « Vivre avec un handicap psychique : les appartements thérapeutiques », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 1-2, no. 1, p. 171–186.

VERDIER Eric, 2008, « L'usage politique des idées floues : L'éducation et la formation tout au long de la vie », *Politiques publiques et démocratie*, O.

Giraud and P. Warin eds., Paris, La Découverte.

VERETOUT Antoine and DUBET François, 2001, « Une « réduction » de la rationalité de l'acteur. pourquoi sortir du RMI ? », *Revue française de sociologie*, vol. 42, no. 3, p. 407–436.

VERKINDT Pierre-Yves, 2004, « Les droits de la défense dans le contentieux de sécurité sociale », *Revue de droit sanitaire et social*, no. 406.

VIDAL-NAQUET Pierre A., 2009, « Quels changements dans les politiques sociales aujourd'hui ? Le projet entre injonction et inconditionnalité », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, no. 47, p. 61–76.

VIDAL-NAQUET Pierre A., EYRAUD Benoît and VISINTAINER Sabine, 2011, « Handicap et pluralisation des normes. De l'expérience vécue à la reconnaissance sociale. Rapport d'étude. DREES-MIRE ».

VIET Vincent, 2004, « Le local dans tous ses états », *Revue Française des Affaires sociales*, no. 4, p. 5–16.

VILLE Isabelle, 2003, « Les désignations du handicap », *Revue Française des Affaires sociales*, no. 1, p. 31–53.

—, 2005, « Traitement social des déficiences et expérience du handicap en France », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 4, no. 2, p. 135–143.

VUILLAUME Dominique, 1991, « Le RMI entre l'opportunité et la discrimination », *Revue Française des Affaires sociales*, no. 2.

WADDINGTON Lisa, 2006, *From Rome to Nice in a Wheelchair: The Development of a European Disability Policy*, Maastricht, Europa Law Publishing.

WALDSCHMIDT Anne, 2009, « Disability policy of the European Union: The supranational level », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, vol. 3, no. 1, p. 8–23.

WARIN Philippe, 1997, *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au coeur des réformes*, Paris, La Découverte.

—, 1999, « Les « ressortissants » dans les analyses des politiques publiques », *Revue française de science politique*, Vol. 49, no. 1, p. 103–121.

—, 2002, *Les dépanneurs de justice: les "petits fonctionnaires" entre égalité et équité*, LGDJ.

—, 2010, « Les politiques publiques face à la non-demande sociale », *Politiques publiques 2 : Changer la société*, O. Borraz and V. Guiraudon eds., Paris, Presses de Sciences Po, p. 287–312.

WEAVER R. Kent, 1986, « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, vol. 6, no. 4, p. 371–398.

WEILL Pierre-Edouard, 2012, « Savoir faire valoir son droit. Compétence statutaire et obtention d'un statut de « prioritaire » », *Sociologies pratiques*, no. 24, p. 93–105.

WEISLO Emmanuel, 2012, *Le handicap a sa place: de l'autorisation d'absence aux bancs de l'école*, Grenoble, PUG.

WELLER Jean-Marc, 1998, « La modernisation des services publics par l'usager : une revue de la littérature (1986-1996) », *Sociologie du Travail*, no. 98, p. 365–392.

—, 1999, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Paris, Desclée de Brouwer.

—, 2008, « Stress relationnel et activité de travail », *Clinique du travail*, no. 1, p. 177–183.

WILSON Franck L., 1983, « French interest group politics : pluralist or neocorporatist? », *American Political Science Review*, vol. 77, no. 4, p. 895–910.

—, 1988, *Interest-group politics in France*, Cambridge, Cambridge University Press.

ZELIZER Julian E., 2003, « Stephen Skowronek's Building a New American State and the Origins of American Political Development », *Social Science History*, vol. 27, no. 3, p. 425–441.