



HAL
open science

Les droits, masques de la rationalisation gestionnaire ? Processus de traduction des droits des personnes handicapées dans l'action publique départementale

Aymeric Mongy

► To cite this version:

Aymeric Mongy. Les droits, masques de la rationalisation gestionnaire ? Processus de traduction des droits des personnes handicapées dans l'action publique départementale. *Droit et Société: Revue internationale de théorie du droit et de sociologie juridique*, 2023, N° 113 (1), pp.91-110. 10.3917/drs1.113.0091 . hal-04237348

HAL Id: hal-04237348

<https://hal.science/hal-04237348v1>

Submitted on 16 Oct 2023

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 4.0 International License

Les droits, masques de la rationalisation gestionnaire ?

Analyse du processus de traduction des droits des personnes handicapées dans l'action publique départementale.

Aymeric Mongy

Post-doctorant (HADéPaS – ETHICS EA7446), Institut Catholique de Lille, 60 boulevard Vauban, 59 000, Lille.

Chercheur associé au Centre d'études et de recherches administratives politiques et sociales (CERAPS), Université de Lille (UDL), 1 place Déliot, 59 000, Lille.

Résumé.

Depuis le début des années 2010, l'offre médicosociale a fait l'objet de vives critiques qui se sont exprimées dans les médias, mais aussi devant des juges exigeant des pouvoirs publics de fournir une offre d'accompagnement à la hauteur des demandes. Ce contexte invite à interroger la portée concrète des gains engrangés par les personnes handicapées et leurs organisations en matière de droits aux soins, ce à partir d'une analyse de leur traduction dans l'action publique. Notre article se propose de saisir la manière dont le travail de mise en œuvre des droits interagit avec l'agenda des institutions publiques locales, largement déterminé par l'impératif de réduction des dépenses. Il mobilise à cette fin une enquête localisée des luttes et appropriations autour d'un droit nouveau, institué à l'issue d'une offensive judiciaire parentale et censé garantir une « réponse » effective et individualisée à chaque demande d'accompagnement. De l'enquête, il résulte que, sujettes aux investissements tactiques de leurs maîtres d'œuvre, ces « réponses » adressées aux ressortissant-e-s du champ du handicap constituent moins des droits effectifs qu'un instrument de rationalisation gestionnaire contournant les demandes de moyens supplémentaires. Ainsi, même inefficaces, les droits ne sont pas à strictement parler des promesses vides, en ce qu'ils peuvent être enrichis en mécanismes de régulation gestionnaire.

Politiques du handicap – gestion territoriale – Mise en œuvre des politiques publiques – politiques des droits – sociologie du droit – Disability studies.

Summary.

Since the beginning of the 2010s, the medico-social offer has been the subject of strong criticism, expressed in the media, but also before the courts, which demand that the public authorities provide support that meets the demands. This context invites us to question the concrete scope of the gains made by disabled people and their organisations in terms of rights to care, based on an analysis of their translation into public action. Our article aims to understand how the work of implementing rights interacts with the agenda of local public institutions, which is largely determined by the imperative to reduce expenditure. To this end, it mobilises a localised investigation of the struggles and appropriations around a new right, instituted at the end of a parental judicial offensive and supposed to guarantee an effective and individualised 'response' to each request for support. The survey shows that, subject to the tactical investments of their implementers, these 'responses' addressed to people in the field of disability are less effective rights than an instrument of managerial rationalisation that circumvents the demands for additional resources. Even if ineffective, rights are not empty promises, as they can be enriched with managerial regulation mechanisms.

*Disability politics – territorial management – Policy implementation – politics of rights – sociology of law
– Disability studies.*

« Considérant que le directeur de l'agence régionale de Santé et le président du conseil général sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'autorisation, de la tarification et du contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux dont ils ont la charge [...]

[Le juge des référés] ORDONNE :

Article 1^{er} : Il est enjoint au directeur général de l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France de prendre toutes dispositions pour qu'une offre de soins permettant la prise en charge effective, dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la présente ordonnance, de la jeune Aurélie par un établissement médico-social adapté à son état, soit présentée à M. et Mme Leman¹.

Ainsi statue le 10 octobre 2013 le juge des référés du Tribunal administratif de Cergy-Pontoise, saisi par la famille d'une jeune femme handicapée alors confrontée depuis 9 mois à une absence totale d'accompagnement médicosocial. M. et Mme Leman s'efforcent à l'époque d'assurer à domicile la prise en charge de leur fille Aurélie – situation qui amplifie des troubles déjà très importants². Considérant la situation comme une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie, les requérant-e-s et leurs soutiens – l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI³) – engagent une procédure de référé-liberté contre l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France. Celle-ci leur oppose qu'elle n'est pas tenue d'assurer l'effectivité du droit à un accompagnement, dans la mesure où l'admission en établissement est à la seule main des associations privées à but non lucratif auxquelles l'État délègue la gestion de l'offre médicosociale

¹ Bien que l'affaire citée ainsi que l'identité des requérant-e-s aient été fortement médiatisés, nous avons choisi d'anonymiser les membres de la famille afin de ne pas participer de son exposition.

² « Forte agressivité, pratiques excrémentielles provoquant de fréquentes hémorragies, recherche constante de nourriture, ingestion d'objets et/ou de produits dangereux, agitation constante » (Source : Ordonnance du juge des référés du tribunal administratif (TA) de Cergy-Pontoise du 7 octobre 2013 relatif à l'obligation pour l'ARS de prendre toutes les dispositions utiles à la prise en charge d'une personne handicapée, p. 2).

³ Fédération d'associations de parents fondées à partir des années 1950 et principale organisation gestionnaire d'établissements et services médicosociaux dans le domaine du handicap mental.

depuis 1975⁴. En donnant gain de cause à la famille, la justice administrative ravive un thème cher à la sociologie du droit américaine depuis les *gap studies*⁵ : celui du passage des droits *dans les textes* à leur *traduction concrète* dans le monde social.

Dans cette veine de questionnement, Stuart A. Scheingold a pointé la dimension politique du processus de concrétion des droits et l'optimisme indu avec lequel l'envisage la culture juridique dominante⁶. Ce faisant, il a invalidé la triple réduction revenant à considérer : « que l'action en justice suffit pour obtenir une déclaration de droits de la part des tribunaux ; qu'elle permet, de plus, de rendre ces droits effectifs ; et finalement, que cette effectivité est synonyme d'un changement significatif »⁷. Il s'agirait *a contrario* d'appliquer à l'étude des droits une approche attentive à leurs usages sociaux dans l'action publique. Cette perspective implique de dépasser ce qui se déroule au sein de l'arène judiciaire pour s'intéresser aux espaces extra-judictionnels où se joue ce qui insuffle – ou non – aux droits un « processus de vie »⁸. Pierre-Yves Baudot et Anne Revillard invitent en ce sens à analyser l'activité des « intermédiaires institutionnels situés à l'interface entre les individus qui leur soumettent des demandes de droits [...] et les organisations ayant la capacité de rendre ces droits effectifs », aussi appelés « mondes de la production locale des droits »⁹. C'est justement l'un de ces mondes dont les activités se recomposent avec les retombées de l'affaire L..., à savoir, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH¹⁰).

Dès leur création en 2005, les MDPH se caractérisent par une quête constante d'équilibre entre valorisation de l'effectivité des droits au nom de la défense des usagè-re-s, et logiques d'un environnement administratif tenté d'en museler la force transformatrice ; en particulier pour des raisons financières. Cette tension traverse l'ensemble du monde du handicap qui, dans la période contemporaine, est travaillé

⁴ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁵ Jon B. GOULD, Scott BARCLAY, « Mind the Gap: The Place of Gap Studies in Sociolegal Scholarship », *Annual Review of Law and Social Science*, 8 (1), 2012, p. 323-335.

⁶ Stuart A. SCHEINGOLD, *The Politics of Rights: Lawyers, Public Policy, and Political Change*, New Haven (Conn.), Yale University Press, 1974.

⁷ *Ibid.*, p. 5.

⁸ Georg SIMMEL, *Sociologie. Étude sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1999, p. 266.

⁹ Pierre-Yves BAUDOT, Anne REVILLARD, « L'autonomie de l'équilibriste. Contribution à une sociologie de la production institutionnelle des droits », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, no. 4, 2014, pp. 87-88.

¹⁰ Créées par la loi du 11 février 2005 et financée par les Conseils de département (CD), les MDPH, sont des Groupements d'intérêts publics (GIP) chargés de la notification des droits sociaux dans le secteur du handicap.

par deux « processus transversaux de réformes »¹¹ que sont l'extension du « registre des droits »¹² et la rationalisation gestionnaire, largement induite par la construction du *local Welfare State* par l'État. Identifiée de longue date comme un mode de mobilisation budgétaire du pouvoir local¹³, la territorialisation vise en premier lieu les « départements providence »¹⁴, avant de s'étendre plus récemment aux politiques de santé, dont l'agencification fait endosser aux ARS la contrainte de la maîtrise des dépenses et de la réduction des déficits¹⁵. Le travail des MDPH se trouve ainsi enchâssé, par la réforme territoriale, dans un complexe institutionnel soucieux d'optimiser les compétences sur lui déléstées. Se pose dès lors la question des conditions dans lesquelles la conception, la production et la mise en œuvre locale des droits se conforment aux revendications de groupes socialement minorisés.

L'objectif de cet article est d'interroger le potentiel émancipateur des « mobilisations judiciaires »¹⁶ dans un contexte où la mise en politique de leurs gains cohabite avec une dynamique de rationalisation de l'action publique. Il montre que, d'un bout à l'autre de leur chaîne de production, les droits subjectifs présentent des potentialités stratégiques nouvelles pour les acteurs administratifs chargés de leur donner vie : du stade de leur élaboration à l'échelle centrale, où leur traduction dans des dispositifs de traitement individualisés oriente les politiques du handicap vers un rationnement de ressources médicosociales rares (I) ; jusqu'à leur mise en œuvre locale où, à l'usage, le ciblage de droits individuels permet d'écarter le diagnostic d'une carence structurelle de moyens (II).

ENCADRE N°1. METHODOLOGIE D'ENQUETE

En 2016, devant la multiplication des litiges entre administrations et familles de personnes dites « sans solution », les pouvoirs publics créent un dispositif censé garantir un droit

¹¹ Pierre-Yves BAUDOT, « 6. Les politiques du handicap », Olivier Giraud éd., *Politiques sociales : l'état des savoirs*. La Découverte, 2022, p. 106.

¹² Pierre-Yves BAUDOT, Anne REVILLARD, *L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions*, Presses de Sciences Po, 2015.

¹³ François-Xavier MERRIEN, *L'État-providence*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1997, p. 115.

¹⁴ Robert LAFORE « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, 4, 2004, pp. 17-34.

¹⁵ Frédéric PIERRU, Christine ROLLAND. « *Bringing the Health Care State Back in*. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé », *Revue française de science politique*, vol. 66, no. 3-4, 2016, pp. 483-506.

¹⁶ Liora ISRAËL, *L'arme du droit*. Presses de Sciences Po, 2009.

nouveau, un droit à une « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT). Pilotée par les MDPH, son déploiement doit permettre d'apporter une « réponse » effective et individualisée aux personnes en attente d'un accompagnement médicosocial. Notre enquête a été menée entre juillet 2016 et mai 2018 au sein d'une MDPH nous ayant ménagé un accès complet aux différentes instances de coordination et de mise en œuvre de RAPT à l'échelle du département du Bourg. Ce dernier – anonymisé, à l'instar de tous les enquêté-e-s¹⁷ – a été choisi car il compte parmi les treize départements français ayant le plus de ressortissant-e-s « sans solution » et « exilé-e-s en Belgique »¹⁸ (voir : Partie I.I), ce qui en fait un observatoire privilégié des tensions entre réduction des moyens et hausse des demandes d'accompagnement¹⁹.

Le présent article s'appuie sur vingt sessions d'observation non-participantes réalisées à différentes échelles de RAPT en vue de recomposer les étapes successives de traitement des dossiers de personnes « sans solution ». Ces données ont été complétées chemin faisant par 28 entretiens semi-directifs [E] réalisés avec 22 personnes appartenant aux institutions administratives locales impliquées dans le déploiement du dispositif. Notre corpus d'enquêté-e-s comprend ainsi : 10 agent-e-s de la MDPH [E = 12], 4 agent-e-s du Conseil de département [E = 7], 5 agent-e-s de l'ARS [E = 6], une fonctionnaire de l'Éducation nationale [E = 1], ainsi que deux représentant-e-s d'associations gestionnaires [E = 2]. Ces personnes ont été recruté-e-s pour leur centralité dans le processus de définition du droit à une « réponse accompagnée », soit parce qu'elles étaient responsables du pilotage de la démarche, soit parce qu'elles étaient chargées d'exécuter les tâches liées au montage des « réponses » en question. L'enquête telle qu'elle a été conçue – c'est-à-dire avec le souci de croiser les données récoltées par observation et en situation d'entretien – permet de rendre compte des scènes de mise en œuvre de RAPT tout en disposant de l'infra-texte des rapports de force et investissements tactiques qui s'y jouent, explicité et décodé par les acteurs eux-mêmes.

I. Sous l'aura des droits, le rationnement des soins.

Comme le révèle l'analyse du contexte réformateur dans lequel s'inscrit la mobilisation de l'arme judiciaire par les familles, la réponse du champ bureaucratique

¹⁷ Cela vaut pour les fonctionnaires d'administrations centrales et locales, mais aussi pour les personnes dont le cas est évoqué au cours de leurs réunions, ou même des structures d'accueil citées au fil de l'article.

¹⁸ IGAS, Appui au dispositif visant à mettre un terme aux "départs forcés" de personnes handicapées en Belgique, 2016, p. 3.

¹⁹ Majoritairement rural et agricole, il compte 1,5 million d'habitant-e-s et, au regard des taux d'équipement moyens à l'échelle nationale, est notamment sous-doté en structures médicosociales.

délaisse dès l'origine le cadrage de la cause revendiquée – celui d'un problème de manque de places médicosociales – pour engager une démarche d'optimisation du travail d'accompagnement (I.1). Ce primat gestionnaire transparait clairement dans le processus d'implémentation du droit à une « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) qui, *via* la promotion d'accompagnements individualisés et effectifs, organise le rationnement de l'offre (I.2).

I.1. Un contexte réformateur marqué par le dépassement de la « logique de place ».

Fortement médiatisé, le référé-liberté de M. et Mme Leman s'inscrit plus globalement dans un contexte de publicisation de la situation des personnes sans accompagnement. En avril 2014, une série d'articles de presse dénonce les situations de personnes handicapées qui, à défaut de places en France, se sont « exilées » en Belgique²⁰. Quelques mois plus tard, l'UNAPEI publie un rapport intitulé « Les bannis de la République »²¹. L'association y estime à 47 000 le nombre de familles en attente d'une place dans un établissement français, pour 6500 personnes contraintes d'accepter une orientation en Belgique (1 500 enfants et 5 000 adultes)²². Dès l'été 2013, le cabinet de Marie-Arlette Carlotti – ministre déléguée aux personnes handicapées (2012-2014) – cherche à constituer un groupe de travail en vue de fournir une réponse à l'offensive en cours.

En décembre, la responsabilité en est officiellement confiée à Denis Piveteau – polytechnicien, conseiller d'État et ex-directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)²³. Mission lui est confiée d'apporter « une réponse aux besoins des personnes handicapées confrontées à des ruptures dans leur parcours »

²⁰ Source : « Le scandale des handicapés français en Belgique », *Libération*, 25 avril 2014 ; « Le business juteux des "usines à Français" », *Libération*, 24 avril 2014.

²¹ UNAPEI, « Les bannis de la République. Le livre noir du handicap en France », 2015, p. 3.

²² D'après l'Inspection générale de l'action sociale (IGAS), au 31 décembre 2015, 6836 Français étaient accueillis dans une structure belge (IGAS, Appui au dispositif visant à mettre un terme aux "départs forcés" de personnes handicapées en Belgique, *op.cit.*, p. 10).

²³ Créée en 2005, la CNSA – en charge des politiques en faveur des personnes handicapées et de l'autonomie des personnes âgées – est à la fois une caisse et une agence. Au premier titre, elle finance diverses prestations ainsi qu'au fonctionnement des établissements et services médicosociaux qu'elle irrigue *via* le réseau des ARS. Au second, elle assure un rôle d'expertise, d'animation et d'appui à la maîtrise d'œuvre pour les acteurs locaux (ARS, Conseils de département, MDPH, etc.). La CNSA est le principal foyer des grandes orientations stratégiques impulsées par l'État ces dix dernières années en matière de handicap et de dépendance.

et proposer « de nouvelles modalités de réponses aux situations des personnes aujourd'hui sans solutions »²⁴. Le conseiller d'État s'entoure à cet effet de différentes personnalités issues des milieux associatifs, professionnels et administratifs. Comme nous l'expose l'une d'elles, les travaux amorcés à l'époque visaient à concevoir des mesures contournant les demandes de créations de places que portent alors les associations :

« Très vite j'ai compris que ça allait être très opérationnel [...] Ce que [Denis Piveteau] nous a dit dès le départ, c'est qu'il ne fallait pas un dixième rapport qui préconise 5000 places supplémentaires. Parce qu'il était clair que, les places, on était infoutus de savoir où on pouvait les créer, et pour quel profil de places ! En plus dans le contexte de l'époque, dire qu'il fallait créer 5000 places... ç'aurait fini par caler un meuble au ministère ! »

Entretien avec un corédacteur du rapport « Zéro sans solution », 27 février 2017.

Le choix d'écarter la création de places des préconisations du rapport s'explique par le contexte réformateur de l'époque. Les acteurs centraux portent alors le diagnostic d'une désorganisation structurelle de l'offre médicosociale : à l'instar de l'organisation hospitalière²⁵, elle souffrirait moins d'un manque de moyens que d'un déficit de productivité. À partir de 1975, la délégation de la compétence du handicap à des gestionnaires privés à but non lucratif aurait généré un déficit de contrôle de l'État sur le secteur. Financés *via* le mécanisme du « prix de journée », ces derniers se seraient trouvés économiquement intéressés à la hausse continue des dépenses, sans pour autant que le placement en milieux « ségrégués » n'apparaisse finalement adapté aux aspirations à « l'inclusion sociale » qu'entend défendre la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances.

C'est sur ce constat de malfaçon que s'appuie la CNSA pour défendre le dépassement d'une « logique de place » au profit d'une « logique de parcours », réputée plus attentive aux différentes dimensions de la vie des personnes handicapées²⁶, mais aussi plus économe. À partir d'autres segments de l'État social,

²⁴ CNSA, « Rapport de capitalisation. Déployer la démarche "Une réponse accompagnée pour tous", premiers enseignements et retours d'expérience », Juillet 2017, p. 4.

²⁵ Pierre-André JUVEN Frédéric PIERRU, Fanny VINCENT, *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 2019.

²⁶ CNSA, Promouvoir la continuité des parcours de vie, Rapport, Paris, 2012.

nombre de travaux ont montré en quoi cette notion recèle une nouvelle manière de « contrôler les assisté-e-s »²⁷ par l'activation de leur « responsabilité »²⁸ avec pour souci premier la maîtrise des dépenses publiques. Cette dimension est présente dès la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui, inspirée des recommandations du Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), associe maîtrise des dépenses et maîtrise du « parcours de soins ». Présidée par Denis Piveteau (2009-2012), cette instance continuera de se prononcer pour une gestion « à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie »²⁹ par une rationalisation de la division du travail soignant appelée « médecine de parcours »³⁰. Les recommandations du rapport Piveteau, non seulement l'implémentent dans le secteur médicosocial, mais lui prêtent les habits du droit à l'inclusion : là où la place n'offrirait que l'attente d'une solution « prête à porter » et mal ajustée aux besoins réels des usager-e-s, le « parcours » lui, proposerait des « réponses » ; c'est-à-dire une offre personnalisée de prestations modulaires définies « sur mesure »³¹ et au plus proche des « milieux ordinaires de vie »³².

En février 2015, Ségolène Neuville – nouvelle secrétaire d'État en charge des personnes handicapées – annonce ainsi qu'un amendement de la loi dite de « modernisation de notre système de santé » de 2016 prévoira la création d'un « dispositif d'orientation permanente » censé participer du « changement de paradigme vers l'inclusion accompagnée »³³.

²⁷ Vincent DUBOIS, *Contrôler les assistés. Genèse et usages d'un mot d'ordre*, Raisons d'agir, 2021.

²⁸ Plutôt que d'agir « pour » des publics, les politiques sociales se recomposent pour agir « avec » des individus, mobilisés dans l'obtention de leurs droits en qualité d'acteurs autonomes et responsables de leur « parcours de vie ». Voir : Isabelle ASTIER, *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF, 2007 ; Nicolas DUVOUX, *L'autonomie des assistés. Sociologie des politiques d'insertion*, Paris, PUF, 2009.

²⁹ HCAAM, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », Rapport, Paris, 2012, p. 11.

³⁰ En son principe, la « médecine de parcours » évoque ainsi un haïku logistique – « les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et au meilleur coût » – où se rencontrerait le « mieux soigner » et le « mieux dépenser » [Source : Michel, Philippe. « « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût » », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, 2019, pp. 135-137].

³¹ Entretien avec un corédacteur du rapport « Zéro sans solution », 27 février 2017.

³² Denis PIVETEAU *et al.*, « Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport, 2014, p. 31.

³³ Discours de Ségolène Neuville, Colloque de la Fondation Jacques Chirac – Anniversaire de la Loi du 11 février 2005.

I.2. Le droit à une « réponse » comme levier d'optimisation du travail des gestionnaires médicosociaux.

Reprenant l'essentiel des mesures du rapport Piveteau, le dispositif « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) est déployé en 2016 dans 24 « sites pionniers » avant sa généralisation au 1^{er} janvier 2018. Suivant les dispositions de la loi Santé de 2016³⁴, les plans de compensation du handicap qu'y notifient les MDPH peuvent désormais comprendre deux volets : l'orientation « cible » d'une part ; un plan d'accompagnement global (PAG) d'autre part. Ledit plan est une « réponse » alternative à l'orientation vers une place (Voir : Figure 1, ci-après). Il peut être décidé d'y recourir : sur demande de la personne concernée, de sa famille ou d'un-e représentant-e légal-e ; *via* l'auto-saisine des équipes pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) des MDPH, si elles repèrent une personne qui risquerait d'être « sans solution » ; sur signalement fait à la cellule d'alerte « situations alarmantes »³⁵. Après ce repérage des personnes « sans solution », les directeur-ice-s de MDPH disposent d'un pouvoir de convocation leur permettant de mobiliser autour de « tables stratégiques » – aussi appelées « Groupes opérationnels de synthèse » (GOS) – toute une série d'acteurs censés participer au montage d'une « réponse ».

ENCADRE N°2. LES NIVEAUX DE « TABLES STRATEGIQUES ».

Les GOS réunissent différents types d'acteurs sur des « tables stratégiques » organisées en deux niveaux distincts.

Le premier niveau (GOS 1) rassemble des agent-e-s de la MDPH, ainsi que les représentant-e-s de gestionnaires d'établissements et services médicosociaux identifié-e-s comme étant susceptibles de participer du montage de la « réponse ». Si aucune solution d'accompagnement n'émerge à l'issue des échanges, le GOS 1 remonte le traitement de la situation vers une « table stratégique » de niveau supérieur.

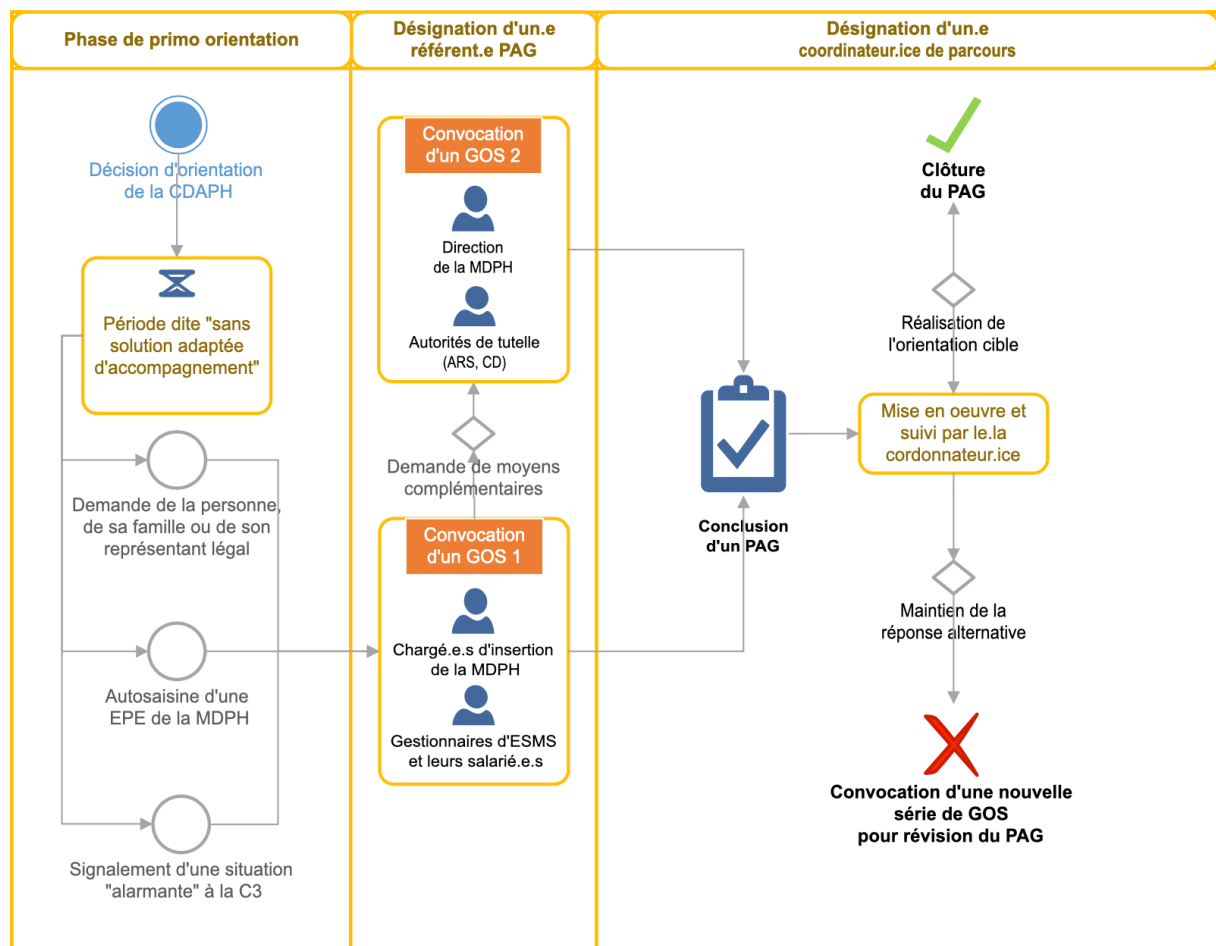
³⁴ Article L114-1-1 du Code de l'action sociale et de la famille (CASF).

³⁵ Les signalements portent sur des situations dites : « critiques » – quand la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont menacées ; « complexes » – lorsque la personne bénéficie d'une orientation vers une offre qui n'existe pas en quantité suffisante ; et de « rupture » – si un accompagnement existe, mais qu'il est en passe de prendre fin.

Ce **GOS de niveau 2 (GOS 2)** est composé des cadres de la MDPH et celles et ceux d'autres autorités administratives compétentes : Direction de l'Offre médicosociale (DOMS) de l'ARS, nationale (EN), Direction de l'Autonomie du Conseil de Département (CD), Aide sociale à l'enfance (ASE), etc. Charge aux tutelles d'accorder les dérogations et moyens supplémentaires susceptibles de lever les blocages pointés en GOS 1.

Aux deux niveaux, **le personnel de la MDPH est censé tenir le rôle « d'assembleur »** organisant les contributions de chacun à la gestion individuelle des cas.

Schéma : Processus de montage d'un PAG³⁶.



Dérivé du *Case management* anglosaxon³⁷, ce système institue une gestion individualisée des parcours misant sur la coordination des différents acteurs de la

³⁶ Schéma de l'auteur, sur la base de l'article 89 de la loi santé de 2016.

³⁷ Deborah CHASSLER, Scott MIYAKE GERON, *Guidelines for Case Management Practice Across the Long-Term Care Continuum, Report of the National Advisory Committee on Long-Term Care Case Management, Bristol, Connecticut Community Care, 1994.*

compétence pour régler le problème des besoins non couverts. Pour ce faire, au niveau 1, les MDPH « convoquent » des opérateurs médicosociaux placés au même degré de responsabilité que leurs financeurs, comme « co-responsables »³⁸ de la formation des réponses. Au niveau 2, elles mettent au travail des administrations – ARS et Conseils de Département (CD) – empêchées de se « renvoyer la balle »³⁹ face aux difficultés des personnes sans solutions. Du moins, en théorie.

En pratique, les MDPH sont des acteurs faiblement dotés, hors d'état de fournir un PAG à chaque personne sans solution. Le suivi des situations individuelles et le montage des « réponses » sont assurés par leurs équipes à moyens constants⁴⁰, ce qui réduit considérablement le champ d'application du dispositif localement. C'est le cas dans le département du Bourg, dont la MDPH compte parmi les « pionniers » de RAPT. Sa directrice adjointe – Laurence Sawicki⁴¹ – recommande de ne faire aucune « publicité » du travail de la cellule d'alerte auprès des services départementaux, considérant qu'avec 120 situations à traiter début 2017, ses services sont « déjà bien, bien au taquet ! »⁴² Ce chiffre est pourtant très en deçà du volume des situations éligibles – soixante fois plus important⁴³ – et cela n'est en rien une spécificité locale.

La littérature sur le « non-recours »⁴⁴ a proposé une typologie de ce phénomène sortant des explications comportementales individuelles – la « non-demande » – pour mettre en lumière la « non-proposition » ; notamment par une rétention d'informations se jouant à l'échelle des relations agent-e-s / usager-e-s. Ici, le non-recours est plus structuré, au sens où il procède d'une cécité volontaire organisée par les acteurs centraux. A la veille de sa généralisation en janvier 2018, les agent-e-s de la CNSA et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – qui pilotent la démarche – font face aux cadres de MDPH rassemblé-e-s fin 2017 pour une « journée d'information » :

³⁸ Denis PIVETEAU *et al*, « “Zéro sans solution” », *op.cit.*, p. 16.

³⁹ *Ibid.*, p. 85.

⁴⁰ En 2016, seul les ARS se voient verser 15 millions d'euros de fonds d'amorçage pour la création de solutions alternatives aux départs en Belgique ; soit l'équivalent du coût des seuls nouveaux départs du premier semestre cette année-là (IGAS, p. 34).

⁴¹ Par souci d'anonymisation, les noms et prénoms de l'ensemble des enquêté-e-s ont été modifiés.

⁴² Observation en GOS 2, MDPH du Bourg, 16 février 2017.

⁴³ En 2017, sur les 20 933 ressortissant-e-s du département orienté-e-s vers un établissement ou service, 7 435 sont « sans solution » (Source : Système d'information de la MDPH du Bourg).

⁴⁴ Entendu comme la situation de « toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre » (Philippe WARIN, *Le non-recours aux politiques sociales*, Presses universitaires de Grenoble, coll. « Libres cours politiques », 2016, p. 34).

Carnet de terrain, 10 octobre 2017 : Journée d'information RAPT à la CNSA.

Les responsables de MDPH présent-e-s s'inquiètent qu'aucune disposition de la loi santé ne limite le recours au PAG. Tou-te-s craignent un « raz-de-marée » au 1^{er} janvier. Une fonctionnaire de la DGCS recadre les débats : « La loi est claire : les critères définis par les MDPH ne sont pas opposables à l'usager qui peut librement formuler une demande. Après, le recours au PAG ne sera pas systématique... ». Dans la salle une directrice de MDPH réagit : « Mais là on est dans le non-recours au droit ! » Une cadre de la CNSA reprend la parole : « Euh, effectivement le cadre est assez mou. Il n'y a pas de critère qui permet de dire : « Monsieur, Madame, vous avez le droit – ou non – à un PAG ». On comprend bien, vous nous le dites depuis 2015 maintenant. [...] Ça doit rester un traitement assez exceptionnel pour des situations complexes où on ne peut pas juste attendre qu'une place se libère dans un processus normal. On comprend bien le manque de sécurité... ».

Depuis le début des années 2000, l'ampleur prise par le non-recours tient au durcissement des logiques d'attribution de droits sociaux qui accroît la pression exercée sur leurs bénéficiaires⁴⁵. Dans le cas de RAPT, le durcissement en question ne vise pas tant les personnes « sans solutions » – laissées à bonne distance de la fabrique des « réponses » – que les gestionnaires d'établissements, tacitement tenus pour responsable de ces situations.

Par la « liberté d'admission » instituée en 1975, ces derniers se seraient trop longtemps abstenus d'accompagner les cas « critiques » et « complexes » qui devraient constituer leurs publics d'élection. C'est du moins le constat à l'appui duquel les autorités de tutelle justifient d'explorer les marges de manœuvre financières des gestionnaires médicosociaux, dans un contexte d'action marqué par un net affaïssement des investissements nouveaux dans le monde du handicap⁴⁶. De ce point de vue, les tables stratégiques de RAPT représentent une opportunité, puisqu'elles se déroulent sous la férule des agent-e-s d'ARS et du CD. Informé-e-s du taux d'occupation, de la nature du public accueilli, ainsi que d'une estimation des stocks de trésorerie disponibles, les acteurs administratifs peuvent contraindre un opérateur à

⁴⁵ Cela est particulièrement saillant dans l'analyse du non-recours produit *par* les politiques migratoires. Voir : Barbara LUCAS, Philippe WARIN, « Le non-recours aux prestations : éléments d'une analyse critique des politiques sociales », dans Olivier Giraud éd., *Politiques sociales : l'état des savoirs*. La Découverte, 2022, p. 240.

⁴⁶ L'effort budgétaire consacré aux créations de places connaît une réduction de 76,5 % entre 2014 et 2018 (Source : Rapport d'information de M. Philippe MOUILLER, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, n° 35 (2018-2019) - 10 octobre 2018, p. 23).

pour fournir des éléments de « réponse », ce comme l'illustre le traitement du cas de Johnny :

Demande de PAG pour Johnny. La situation de Johnny est signalée en juillet 2016 par l'Institut médicoéducatif (IME) de l'Étang, structure pour enfants déficients intellectuels.

Descriptif de la situation : Johnny – adolescent de 16 ans – est confié à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) en 2003, après avoir incendié le domicile familial où il était victime de mauvais traitements. Souffrant d'une légère déficience intellectuelle, il intègre l'IME de l'Étang en 2008. Son père décédé, il est sans nouvelles de sa mère. Ses seules relations sociales et affectives sont celles entretenues avec l'équipe éducative et les autres enfants de la structure. Ses conditions d'accompagnement se dégradent à l'adolescence avec l'apparition de troubles schizophréniques ; les aménagements mis en place ne suffisant pas à contenir les accès de violence de Johnny. L'équipe éducative négocie avec l'Établissement public de santé mentale (EPSM) le plus proche un protocole d'hospitalisation de trois jours par semaine dans un service de psychiatrie générale avec une séance d'art-thérapie sur la durée de chaque séjour. L'IME met fin à ce partenariat lorsque ses éducateur-ice-s se rendent compte qu'à l'exception de ladite séance, Johnny est à l'isolement 24h/24. En 2014, les vols et violences survenant à l'occasion de ses nombreuses fugues finissent par donner lieu à un rappel à la loi. De nombreuses demandes de moyens supplémentaires ont déjà été adressées par l'équipe éducative à l'ARS, sans succès. A bout de force, l'IME cherche à exclure Johnny pour le faire admettre dans un service de psychiatrie. Ce dernier se refuse à prendre en charge l'adolescent dont le quotidien ne relève pas de l'hôpital.

Composition du GOS 1 : Réuni en septembre 2016, le GOS 1 compte parmi ses participant-e-s les chargé-e-s d'insertion scolaire de la MPDH, le directeur de l'IME de l'Étang, deux éducateurs, le médecin de l'hôpital de jour de l'EPSM, ainsi qu'une équipe mobile de psychiatrie.

GOS 1 et renvoi en GOS 2 : L'équipe mobile se propose d'intervenir au sein de l'IME de Johnny deux fois par semaine. La demande d'hospitalisation au long cours de l'IME est rejetée. Suite à quoi, son équipe émet de nouveau une demande de moyens supplémentaires. Le traitement de la situation remonte en GOS 2.

L'idée défendue localement que « les établissements doivent apprendre à faire avec ce qu'ils ont ! »⁴⁷ est non seulement fidèle à l'esprit initial du rapport Piveteau⁴⁸, mais s'inscrit plus globalement dans une politique nationale de « transformation de l'offre »⁴⁹ qui, à la programmation de places, préfère l'optimisation de l'existant *via* la formation de « réponses ». Dans le cas de Johnny, comme dans d'autres, cette orientation est largement décriée par les agent-e-s de la MDPH du Bourg qui, pour être « assembleurs » de la démarche, n'en sont pas moins critiques de la stratégie de retrait des tutelles :

Observation du GOS 2, MDPH du Bourg, 7 novembre 2016.

Vif échange entre une chargée d'insertion scolaire (CIS) de la MDPH et Bruno Monsel (BM), cadre de la Direction de l'offre médicosociale (DOMS) de l'ARS à propos du PAG de Johnny :

« BM : Sincèrement, c'est une situation compliquée, mais c'est pas la plus compliquée qu'on connaît...

CIS : [visiblement en colère] Ah bon ?!

BM : Non mais hé, il y a des établissements qui en ont 7 ou 8 des Johnny ! Et qui sont des IME ! Donc je comprends que ce soit compliqué pour eux [euphémisme bruyamment désapprouvé] Non mais... je ne cherche pas à minorer. Oui, la prise en charge n'est pas satisfaisante. Oui, il y a peu de perspectives d'évolution positive. Mais il relève de qui ? D'un IME. Il est où ? Dans un IME. Est-ce qu'il y a un IME plus adapté pour lui ? Non. Donc il reste à l'IME et s'ils veulent des moyens complémentaires ils les demandent, mais ils démontrent leur incapacité à l'accompagner. Il est compliqué, soit, mais tu veux faire quoi ? On va pas l'piquer ! ».

Dans le département étudié, un seul et unique PAG sur les quelques 300 instruits entre 2016 et 2018 avait pour origine la demande d'une famille ; l'essentiel des procédures enclenchées étaient issues du travail de repérage de la MDPH. Les conditions de production de ce non-recours montrent que la « réponse » n'est pas tant un droit, qu'une nouvelle forme d'accompagnement permettant aux tutelles d'accroître

⁴⁷ Entretien avec Bruno Monsel, Responsable de pôle du Bourg à la DOMS de l'ARS, 28 avril 2017.

⁴⁸ Pour les rapporteurs, il s'agissait par là « d'éviter que face à une situation difficile prévale la pente de fausse facilité consistant à interpellier tout de suite l'autorité tarifaire pour en obtenir davantage de moyens ». Voir : Denis PIVETEAU *et al.*, *Zéro sans solution*, *op.cit.*, p. 16.

⁴⁹ Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche RAPT.

le rendement du travail médicosocial. Contrairement à ce que laisse à penser le recours au registre des droits par les réformateurs, cette quête d'efficience se fait largement aux dépens des usagè·e·s.

II. Quand les « cas » cachent les carences. Analyse de la gestion locale des « parcours ».

En son principe, la « gestion de cas » exalte la singularité des situations, prétendant que le traitement du besoin ne peut se faire qu'au plus près des individus qui l'expriment⁵⁰. Dans RAPT, l'individualisation des droits sociaux constitue un prolongement de cette forme d'intervention publique, car elle permettrait de dépasser les rigidités d'une offre standardisée, donc dysfonctionnelle. Or, les populations d'usagè·e·s ne forment pas un simple agrégat de situations singulières, mais renvoient aux demandes de publics homogènes (II.1) que les financeurs locaux – rendus exsangues par la territorialisation des politiques sociales et de santé – s'appliquent soigneusement à éviter (I.2).

II.1. Une individualisation des droits sociaux aux dépens des usagè·e·s les plus vulnérables.

Quelles sont au juste les propriétés des « cas » pris dans les filets de RAPT ? Les deux premières semaines d'activité de la cellule « situations alarmantes » donnent lieu à l'identification de 30 cas. Avec le temps, leur nombre s'accroît considérablement, jusqu'à atteindre 421 situations identifiées au 1^{er} septembre 2018⁵¹. On observe que le profil des personnes signalées est resté peu ou prou le même pendant tout le travail d'enquête : à chaque extraction de données, il s'agit aux deux tiers d'enfants en situation de « rupture de parcours » (voir : note n°31).

S'agissant du type de handicap, les alertes portent systématiquement sur deux groupes : d'une part, les enfants autistes – pour qui l'offre médicosociale est très

⁵⁰ Marie-Ève JOËL, Claude MARTIN, Aider les personnes âgées dépendantes. Arbitrages économiques et familiaux, Rennes, Éditions ENSP, 1998.

⁵¹ Point statistique de la cellule « situations alarmantes » au 1^{er} septembre 2018, document de travail, MDPH du Bourg.

insuffisante et dont les troubles éprouvent durement les familles à domicile ; d'autre part, les enfants porteurs d'un handicap psychique accompagnés par l'ASE et dont les parents sont décrits comme peu « soutenant »⁵². Ces deux publics ont en commun d'avoir émergé récemment dans le secteur médicosocial, de par la politique de « déshospitalisation »⁵³ qui touche la psychiatrie publique depuis le milieu des années 1980⁵⁴. La suppression des capacités d'accueil sanitaire sans création d'offre dédiée dans le champ du handicap est particulièrement explicative du signalement à répétition de ces publics, ce bien en amont de la création de la cellule.

A la fin des années 1990, le Bourg figure déjà parmi les départements les moins bien dotés en offre de soins psychiatriques⁵⁵. Une grande partie des lits y sont alors occupés par des personnes dites sujettes à des « troubles du comportement ». L'étiquette en question couvre autant des personnes souffrant de troubles autistiques ou mentaux, que des transfuges médicosociaux admis en urgence avant qu'une fin d'accompagnement médicosocial ne les sédentarise en milieu hospitalier. Psychiatre depuis 1987 et médecin inspectrice de santé publique à l'ARS, Sophie Lanoux a vu se raréfier ce type d'accueil sanitaire tout au long de sa carrière :

« Mon expérience dans des unités pour adultes sur les quatre structures où j'ai travaillé, c'est que j'avais un quart de patients qui venaient du médicosocial, qu'on avait à charge parce qu'ils avaient des troubles du comportement. C'est énorme. [...] Il y a une jeune fille que j'ai suivie, une déficiente avec carences éducatives. Son père a assassiné sa mère. Lui s'est retrouvé en prison et la famille n'a pas voulu de la petite. Elle est arrivée en 2003. Elle y est toujours.[...] Tous ces cas-là, c'était [l'unité X] qui s'en occupait. Il y avait 40 lits. Aujourd'hui il y en a 20 de supprimés et il y en aura bientôt plus. A partir du moment où vous diminuez le nombre de lits de moitié, ben c'est tout, ce genre d'activité c'est fini ! Où vont ces gens quoi ? »

⁵² Entretien avec Margaux Ferré, chargée de la cellule « situations alarmantes », MDPH du Bourg, 6 décembre 2017.

⁵³ Nous préférons ce terme à celui de « désinstitutionnalisation », le processus désigné étant une simple politique de suppression des lits hospitaliers. Voir : Alexandre KLEIN, Hervé GUILLEMAIN, et Marie-Claude THIFAUT (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2019.

⁵⁴ Entre 1987 et 1997, le nombre de lits des secteurs de psychiatrie générale de 84 000 à 50 000 soit une baisse de 41% (Source : Plan Santé Mentale 2005-2008, p. 18).

⁵⁵ Il compte parmi ceux combinant « une faible capacité d'hospitalisation (moins de 150 lits et places pour 100 000 habitants) et une faible densité de psychiatres (moins de 14 pour 100 000 habitants). » (Source : « L'offre de soins en psychiatrie : des "modèles" différents selon les départements ? », *Études et Résultats*, N° 48, janvier 2000, p. 6.)

Entretien avec Sophie Lanoux, Médecin inspectrice de santé publique (MISP) au pôle Bourg de la DOMS à l'ARS, 6 novembre 2017.

Partant, la pression s'est accrue sur les structures médicosociales, exposées aux demandes de nouveaux publics et privées des points de fuite hospitaliers. Par ailleurs, la mise à l'agenda du « problème belge » a rendu plus difficile encore l'accès à des solutions pérennes. En effet, en vue de réguler le flux des départs, un accord cadre franco-belge relatif à l'accueil des personnes handicapées en Belgique stipule que le stock de places à destination d'enfants français y sera contenu à 1500⁵⁶. Cela limite d'autant les départs – notamment ceux des personnes autistes, qui représentent jusqu'à plus de 40 % des Français·e·s exilé·e·s⁵⁷.

A la question « *Où vont ces gens ?* », un rapport du Défenseur des droits apporte un élément de réponse : on y estime qu'à l'échelle nationale, entre 21 et 26% des personnes accompagnées dans les Maisons d'enfants à caractère social (MECS) et familles d'accueil de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) seraient porteuses de handicap, psychiques en particulier. Dans le département du Bourg, la part des effectifs de MECS avec un handicap est estimée à 20%⁵⁸. Comme le montre l'activité de la cellule, un grand nombre de ces jeunes refluent vers les listes d'attente médicosociales, notamment en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP⁵⁹). Au 1^{er} septembre 2018, 41% des enfants en situation « alarmantes » qu'elle repère faisaient l'objet de mesures de protection de l'ASE⁶⁰. Parmi eux, plus de la moitié bénéficiait d'une décision d'orientation vers un ITEP. Ciblés par des publics de psychiatrie accompagnés par l'ASE, ces structures disposent de trop peu de capacités d'accueil pour absorber l'ensemble des demandes d'orientation⁶¹, si bien que leurs listes d'attente sont les plus importantes du département⁶².

⁵⁶ Leur financement repose sur une enveloppe fermée – 72.8 M€ en 2018 – gérée par la CNSA.

⁵⁷ CREAHI Île-de-France, « Les enfants handicapés sans solutions et les orientations en Belgique d'enfants et d'adultes handicapés en Ile de France », rapport public, 2012, p. 9.

⁵⁸ Source : COTECH de RAPT, MDPH du Bourg, 2 décembre 2016.

⁵⁹ Créés en 2007, ils sont destinés à accueillir des personnes de moins de 20 ans présentant « des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage » (Source : Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques).

⁶⁰ Soit 114 des 273 enfants repérés à cette date.

⁶¹ Le Bourg compte seulement quatre ITEP contre quinze dans le département voisin.

⁶² D'après les données du système d'information de la MDPH, parmi les 839 enfants ayant un droit ouvert à être accompagnés par un ITEP dans le département, seulement 224 (27%) ont vu ce droit rendu effectif par une entrée en établissement.

Face à ces « cas », « réponse accompagnée » consiste à monter des PAG ; c'est-à-dire à rassembler le reliquat des capacités d'accueil mobilisés en GOS 1, se présentant sous la forme d'accueils temporaires et séquentiels, pluri-institutionnels et décousus. Comme le montre la situation de Pierre – jeune handicapé psychique accompagné par l'ASE – les « réponses » les plus hachées et insatisfaisantes à être mises en œuvre sont destinées à des publics très vulnérables, structurellement privés de soins, et autrefois appelés à être déversés du médicosocial vers la psychiatrie, et/ou de la France vers la Belgique.

Demande de PAG pour Pierre. La demande de PAG est adressée à la MDPH par le responsable de secteur de l'ASE.

Descriptif de la situation : Pierre – un adolescent de 16 ans souffrant d'une déficience intellectuelle légère et de troubles psychiques – est dans son enfance témoin de violences quotidiennes au sein de sa cellule familiale. Sous curatelle renforcée, sa mère ne donne plus de nouvelles depuis le placement de son fils. Pierre a posé problème à toutes les Maisons d'enfant à caractère social (MECS) et familles d'accueil qui l'ont accompagné, notamment du fait de comportements « sexualisés ». Il est accompagné par l'ITEP de Briant de 2008 à 2012, avant d'être orienté vers la Belgique. Le déclenchement du PAG intervient en aout 2016 le renouvellement de son orientation à l'étranger. Il n'a alors plus guère de perspectives d'accueil en France, si ce n'est une hospitalisation programmée de 15 jours par mois à l'EPSM local.

Composition du GOS 1 : Fin novembre 2016, un GOS 1 réunit l'ASE, le chef de service d'une équipe mobile « handicap psychique », le médecin psychiatre de l'EPSM, le directeur d'un foyer de protection de l'enfance, et pas moins de trois directrices de MECS.

GOS 1 et renvoi en GOS 2 : Les négociations entre la MDPH et les gestionnaires se présentent mal. Les troubles psychiques de Pierre, le risque d'être confronté à un agresseur sexuel et l'absence de soutien familial pour assurer une partie de l'hébergement n'ont rien d'engageant. Les participant-e-s sollicitent un GOS 2 pour financer les frais de transports ainsi qu'un renfort éducatif.

Modalités du PAG : Il est finalement décidé pour Pierre d'un accompagnement mutualisé des plus éclatés : la MECS 1 l'accueillera du lundi matin au mardi soir, la MECS 2, du mardi soir au mercredi soir, suivi de la MECS 3, du mercredi soir au vendredi soir. Le foyer assurera son accompagnement les weekends jusqu'au lundi matin. Quant à l'équipe mobile, elle s'engage à intervenir auprès de Pierre en MECS trois jours par semaine. Parallèlement, l'EPSM réalisera des séjours hospitaliers si besoin. Au cours du GOS 2, Bruno Monsel reconnaît que

ce modèle est inadapté aux besoins de Pierre dont la situation nécessiterait à une admission en ITEP.

La « réponse » ainsi définie montre également qu'au-delà des ambitions affichées, la procédure fait peu de cas du « projet de vie » exprimé par la personne ; d'autant moins lorsque celui-ci apparaît trop désajusté à l'état de l'offre disponible :

Révision du PAG de Pierre : Le PAG signé le 1^{er} décembre 2016 prévoit une date de révision pour l'été suivant. Le 29 juin 2017, les structures sollicitées lors du GOS 1 sont donc de nouveau réunies autour du cas de Pierre, présent lors de la réunion.

Descriptif de la situation à l'issue de la mise en œuvre du PAG : Cette seconde rencontre est l'occasion pour certains de retirer les engagements pris 6 mois plus tôt, notamment pour l'équipe mobile de psychiatrie. Du fait de ses importantes listes d'attente et des autres « situations alarmantes » pour lesquelles elle a été sollicitée entre temps, celle-ci ne peut plus assurer le soutien en structure. Ce retrait met en péril toute la prise en charge. Présent lors de la réunion, Pierre explique mal vivre les changements de lieu de vie au cours de la semaine. Le compte rendu du psychiatre de l'EPSM confirme que les déplacements incessants, la multiplication des visages autour de Pierre, l'instabilité des règles et des usages, ainsi que l'absence d'environnement familial ne font qu'exacerber ses angoisses. La majorité du jeune homme approche, et avec elle la question de la transition vers un établissement pour adultes. D'après les équipes éducatives, la meilleure option serait un ESAT spécialisé dans les troubles psychiques ; ce qui conviendrait à Pierre qui veut s'orienter vers une formation à l'horticulture. Cette perspective reste incertaine : le nombre de structures de ce type ayant une compétence en matière de handicap psychique est très limité : en 2017, les ESAT étaient les établissements présentant les plus longues listes d'attente du département dans le secteur adulte avec 1344 personnes en attente.

Modalités du PAG révisé : En attendant la « rupture de parcours » annoncée à l'entrée d'un ESAT, le GOS 1 décide de reconduire l'accompagnement sans équipe mobile.

A la lumière du travail de gestion des « parcours », on observe que ses destinataires forment des publics sans offre caractérisés par leur vulnérabilité sociale. La production locale de ces sous-droits, non seulement expose les plus fragiles à des formes dégradées d'accompagnement, mais les maintiens dans un jeu de « renvoi de

la balle »⁶³ entre financeurs locaux largement structurées par la territorialisation du social et de la santé.

II.2. De l'aide sociale aux « poubelles du handicap ». Les publics vulnérables aux prises avec les stratégies administratives d'évitement du besoin.

À l'intersection de deux modes d'instrumentalisation financière du local – la décentralisation d'une part, l'agencification de l'autre –, le monde du handicap voit la production des droits fortement structurée par des stratégies de « report du blâme »⁶⁴ entre autorités de tutelle désargentées. Plutôt que de clore les concurrences entre modes d'interprétation et de catégorisation des demandes de droits, la gestion de cas les prolonge, faisant de RAPT un observatoire privilégié des contradictions internes de la « logique de parcours ».

Dès l'été 2016, les services de la MDPH identifient un manque de places en ITEP qui, d'année en année, précipite une centaine de ressortissant-e-s du département vers une « rupture de parcours » (voir : note n°31) donnant lieu à une orientation vers la Belgique. Saturée de demandes de PAG pour ce public, la direction de la MDPH ne tarde pas à soumettre à ses partenaires la nécessité de création de places en ITEP. Pris dans un dialogue de gestion à moyens constants avec la CNSA, les cadres de l'ARS – qui finance ces structures – leur opposent alors une fin de non-recevoir :

Observation du COTECH de RAPT, MDPH du Bourg, 15 septembre 2016.

Cherchant à désengorger des services occupés au montage des PAG, les cadres de la MDPH vont au-devant du chef du service « programmation médicosociale » de l'ARS – Pierre Brochant (PB) – s'enquérir des perspectives de créations de places en ITEP : « PB : Attention, non mais attention ! On en a bien conscience de ça, mais dans un contexte d'enveloppe fermée, on a nos priorités. Ce qu'on s'est dit dès le départ, c'est qu'on est – me semble-t-il – dans Piveteau, sur de l'adaptation de l'offre ! Si c'est pour avoir territoire par territoire des gestionnaires qui viennent nous demander des créations de places... C'était pas le but initial des travaux quoi ! On le sait qu'il y a des priorités, on ne conteste pas que... Mais Piveteau c'est autre chose ! »

⁶³ Denis PIVETEAU *et al.*, *Zéro sans solution*, *op.cit.*, p. 85.

⁶⁴ Kent WEAVER, « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6 (4), 1986, p. 371-398.

Au cours des réunions observées, l'absence de créations de place à l'échelle nationale et la perspective d'optimisation de l'existant fixé par les acteurs centraux obligent régulièrement les cadres de l'ARS à contourner le diagnostic d'une carence d'offre. Ils et elles font notamment valoir à cette fin le caractère construit de la hausse des orientations en ITEP, qui traduirait moins de réels besoins qu'une inclinaison du département à déporter une partie de ses publics vers des crédits de l'assurance maladie. En effet, l'agrément des ITEP est jugé « fourre-tout »⁶⁵, car il cible des enfants et adolescent·e·s porteurs de « troubles du comportement » ; qualification susceptible de couvrir la dimension « sociale » des demandes d'accompagnements – attitudes « sexuées » ou « prédélinquantes » par exemple – sans que le handicap soit en lui-même l'objet de l'intervention⁶⁶. Les places d'ITEP sont ainsi réputées être les « poubelles du handicap »⁶⁷, captives des ressortissant·e·s de l'action sociale, et en particulier des Maisons d'enfants de l'ASE. Pour l'ASE au contraire, cette « peur de l'appel d'air »⁶⁸ est infondée, dans la mesure où ses structures seraient indument embolisées par les décisions de placement consécutif à un défaut d'accueil médicosocial pour mineurs en internat, financé par l'ARS.

Entre deux feux, les cadres de la MDPH proposent dès la fin de l'année 2016, qu'à défaut de création de places, un système de concertation des admissions en ITEP soit créé et animé par leurs services. Leur objectif est de résorber le hiatus entre capacité d'accueil et demandes de droits par une « organisation concertée » des sorties et des entrées : il s'agirait de hiérarchiser les demandes, de façon à désengorger la fabrique des PAG. Là encore, la proposition se heurte au refus de l'ARS, dont la position est ici exposée par Bruno Monsel (BM), cadre de la direction de l'offre médicosociale :

Observation du GOS 2 de RAPT, MDPH du Bourg, 7 novembre 2016.

BM : Objectivement, on ne peut pas. On ne peut pas ! Ils ont tous des profils autistes atypiques, asocial avec des troubles du comportement sévères, limites éducatives, handicapés psychiques en alternative à l'hospitalisation, machin truc... lequel est le plus prioritaire ? Bon courage pour le définir. On peut tous être d'accord qu'on a bien

⁶⁵ Entretien avec Bruno Monsel, responsable du pôle départemental du Bourg à l'ARS, 24 octobre 2017.

⁶⁶ Voir : Isabelle Coutant, *Troubles en psychiatrie. Enquête dans un-e unité pour adolescents*, La Dispute, coll. « Corps santé société », 2012.

⁶⁷ Entretien avec Julien Lepeux, Chargé de mission RAPT de la MDPH du Bourg, 24 octobre 2017.

⁶⁸ Entretien avec Adriano Monty, Conseiller technique au Cabinet du Président du Conseil départemental (CD) du Bourg, 17 octobre 2017.

besoin de places d'ITEP. Après y'a pas de solutions miracles et je ne peux pas y faire grand-chose ! »

Ce refus traduit la volonté de l'ARS de préserver son pré-carré devant une MDPH tenue pour « trop offensive »⁶⁹ lorsqu'elle cherche à intervenir sur la politique de programmation médicosociale et l'animation territoriale de l'offre. Il traduit également la crainte de voir dans le dialogue de gestion proposé par la MDPH émerger des besoins auxquels l'agence n'est pas en capacité de répondre, eu égard au peu de crédits qu'elle obtient de la CNSA. Dans le cadre de la « transformation de l'offre », les seules marges de manœuvre sont conquises par le redéploiement de moyens. Or, de l'avis même de l'un des concepteurs « réponse accompagnée », les capacités ainsi développées restent très insuffisantes au regard de la masse de demande d'orientation non pourvues.

Observation du COTECH de RAPT, MDPH du Bourg, 9 janvier 2018.

Nouveau refus de l'ARS d'ouvrir une démarche de priorisation des entrées en ITEP. Douchés, Jules Gadrat (JG) et Laurence Sawicki (LS) déroulent dans une ambiance glaciale l'ordre du jour. En présence d'un rédacteur du rapport Piveteau (R-PIV) – de passage dans le département et invité en COTECH – ils et elles réagissent sans enthousiasme à la « bonne nouvelle » qu'annonce Bruno Monsel (BM) au nom de l'ARS :

« BM : En complément : dans le cadre du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) enfance de [association gestionnaire Y], en partie en coût constant, en partie en crédits nationaux, on étend de dix places l'[ITEP Z] sur la partie “ado plus de douze ans”. Ce qui fait qu'à priori, tous n'iront plus sur le littoral. Ça ne résout pas l'intégralité du problème, mais évidemment ça devrait donner de l'air.

JG : C'est 11-20 ans ou 11-18 ans ?

LS : Sur l'arrêté c'est 11-18.

BM : Quoi, vous avez eu l'arrêté ? Mais donc vous savez !

LS : Ah oui.

BM : Mais vous en parlez même pas, comme si c'était pas là ! 10 places en plus ! Moi je trouvais ça pas mal mais bon... vu les difficultés pour avoir des places supplémentaires, c'est une bonne nouvelle...

R-PIV : [à son voisin] 10 places en plus, pour tout le département... c'est risible. »

⁶⁹ Entretien avec Bruno Monsel, responsable du pôle départemental du Bourg à l'ARS, 24 octobre 2017.

Conclusion

Les droits ne sont pas des conquêtes sociales dont la portée se réalise mécaniquement en aval de l'action des organisations judiciaires : les changements qu'engendrent leur reconnaissance dépendent de la configuration des rapports entre acteurs institutionnels chargés de leur mise en œuvre et des dynamiques de réformes préexistantes où celle-ci s'inscrit. Le suivi des offensives judiciaires parentales au fil de l'action publique permet de comprendre comment la concrétion des droits est, à différentes échelles, modulée par des enjeux gestionnaires structurant globalement l'action (médico-)sociale. Notre enquête dévoile un exemple du décalage qu'induit cette modulation entre effets attendus d'une cause revendiquée auprès d'une juridiction et réponse apportée par les politiques publiques « à l'ombre du tribunal »⁷⁰. Mais au-delà d'une mesure positiviste de l'effectivité des droits, elle propose une analyse des affinités électives entre registre des droits et entreprises de rationalisation gestionnaire s'appuyant sur l'individualisation de prestations sociales.

Dès sa phase d'élaboration par les réformateurs du secteur, « Réponse accompagnée » catalyse des diagnostics cherchant à contourner les demandes de moyens qui se font jour dans les espaces judiciaires et mettent politiquement en difficulté les élites gouvernementales. L'approche privilégiée par cet article, suivant le tracé de la réforme du tribunal aux mondes de la production locale des droits, permet de démontrer que le recours au registre des droits reste doctrinal, bloqué à un stade rhétorique, alors que l'intention initiale de rationalisation, elle, se diffuse du centre aux périphéries, dominant concrètement le travail des maîtres d'œuvre à l'échelle des territoires. Convoqués à la table du problème des « sans solutions », les gestionnaires associatifs sont rendus largement responsables de la situation des personnes, jusqu'à être mis en demeure *par les droits* de rationaliser leur fonctionnement. Si les « réponses » ainsi développées absorbent à moindre frais une part des demandes d'accompagnement insatisfaites, leur caractère fragmentaire continue d'éprouver durement les personnes et leurs familles. L'analyse du travail de gestion des « parcours » montre ainsi que les droits ne constituent pas uniquement des supports

⁷⁰ Camille HERLIN-GIRET, Aude LEJEUNE, *Droit et inégalités. Approches sociologiques*, De Boeck Supérieur, Coll. Ouvertures sociologiques, 2022, p. 97.

de lutte permettant d'infléchir l'activité d'organisations publiques ou privées⁷¹, mais peuvent légitimer un renforcement des capacités de contrôle des administrations sur leur environnement ; ici, sur le secteur médicosocial. Elle éclaire également la manière dont cette quête de productivité dans l'organisation médicosociale structure les inégalités entre personnes ayant accès à une « place » et celles, socialement vulnérables, reléguées aux marges de l'offre d'aide, où elles patientent encore⁷².

Si l'enquête donne à voir des tensions spécifiques au département étudié dans le processus de formation des réponses, notamment en raison des propriétés de son offre de soin, ses résultats sont susceptibles d'éclairer plus généralement les conditions de production locale des droits et la faiblesse de leur portée. En effet, le monde investigué n'apparaît au fil de nos développements que comme l'un des nombreux foyers de droits où s'expriment les difficultés à rendre concrets les droits sociaux ; un état structurellement produit par une conception tactique de la territorialisation du social et de la santé défendue par l'État. Principal « déterminant pour évaluer la pertinence du droit comme réducteur des inégalités sociales »⁷³, son action montre ici que, même ineffectifs, les droits ne sont pas à strictement parler des « promesses vides »⁷⁴, en ce qu'ils peuvent être enrichis en mécanismes de régulation gestionnaire.

⁷¹ Jeb BARNES, Thomas F. BURKE, « Making Way: Legal Mobilization, Organizational Response, and Wheel-chair Access », *Law & Society Review*, 46 (1), 2012, pp. 167-198 ; Frank DOBBIN, *Inventing Equal Opportunity*, Princeton (N. J.), Princeton University Press, 2009 ; Charles R. EPP, *Making Rights Real: Activists, Bureaucrats, and the Creation of the Legalistic State*, Chicago (Ill.), University of Chicago Press, 2009.

⁷² La matrice intellectuelle de RAPT ne souffre à cet égard aucune ambiguïté : « Le contraire de la rupture, ce n'est pas "tout et tout de suite", mais "toujours quelque chose, avec une main toujours tendue". Ce qui est le sens même de la solidarité. » (Source : Denis PIVETEAU *et al.*, *Zéro sans solution*, *op.cit.*, p. 22).

⁷³ Pierre-Yves BAUDOT, Anne REVILLARD, « Introduction / Une sociologie de l'état par les droits », Pierre-Yves Baudot éd., *L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions*. Presses de Sciences Po, 2015, p. 23.

⁷⁴ Charles R. EPP, « Implementing the Rights Revolution: Repeat Players and the Interpretation of Diffuse Legal Messages », *Law and Contemporary Problems*, 71 (41), 2008, p. 42.