

Nouvelles perspectives en sciences sociales



Attribuer des droits sociaux : approches médicales et médico-sociales dans les politiques du handicap françaises. Une étude de l'évaluation des demandes dans deux Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Granting Social Rights: Medical and Medico-Social Approaches in French Disability Policies. A study of the Evaluation of Applications in Two Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Louis Bertrand

Volume 18, Number 2, May 2023

Sur le thème : « approche environnementale dans le secteur social et médico-social »

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1101830ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1101830ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Prise de parole

ISSN

1712-8307 (print)

1918-7475 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bertrand, L. (2023). Attribuer des droits sociaux : approches médicales et médico-sociales dans les politiques du handicap françaises. Une étude de l'évaluation des demandes dans deux Maisons Départementales des Personnes Handicapées. *Nouvelles perspectives en sciences sociales*, 18(2), 25–55. <https://doi.org/10.7202/1101830ar>

Article abstract

The debates around a biomedical or social definition of disability find an echo in the assessment of disability by the French *Maisons Départementales des Personnes Handicapées*. The constraints they face lead them to favor an assessment that is either medical or multidisciplinary and environmental, as shown by the analysis of the applications for recognition as a disabled worker.

This assessment work is characterized by the tension between a principle of individualization of care and a principle of equivalence of treatment. Two types of resolution of this tension can be distinguished: a biomedical resolution, stressing on the diagnosis, and a medico-social resolution, based on the work of multidisciplinary teams. Conflicts between these two approaches may arise when determining an official “disability rate”. These differences in approach may overlap with professional and generational differences (between doctors and social workers, between agents who worked in the former bodies / recently recruited agents).

Tous droits réservés © Prise de parole, 2023

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

Érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

Attribuer des droits sociaux : approches médicales et médico-sociales dans les politiques du handicap françaises

Une étude de l'évaluation des demandes dans deux Maisons Départementales des Personnes Handicapées

LOUIS BERTRAND

Université Saint-Louis-Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Introduction

Qu'est-ce que le handicap¹ ? Cette question fait l'objet depuis plusieurs décennies de modélisations concurrentes, notamment entre modèles « médicaux » et modèles « sociaux » du handicap, qui insistent pour les uns sur l'atteinte au fonctionnement humain et pour les autres sur le rôle plus ou moins handicapant de l'environnement² ou les « processus de production du handicap³ ». Si au niveau international, les classifications adoptées

¹ L'auteur remercie Meddy Escuriet pour son suivi et les deux évaluateurs anonymes pour leurs remarques sur une première version de ce texte.

² Jean-François Ravaud, « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° 81, 1999, p. 64-75, <https://hal.science/hal-02264281>.

³ Patrick Fougeyrollas, « Classification internationale “Modèle de développement humain-Processus de production du handicap” (MDH-PPH, 2018) », *Kinésithérapie. La Revue*, vol. 21, n° 235, 2021, p. 15-19.

prennent de plus en plus en compte l'influence de facteurs environnementaux, les évolutions des politiques publiques paraissent plus lentes et parfois contradictoires⁴. En France, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées propose une définition du handicap comme « limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (art.2). Cette définition évoque l'influence de l'environnement tout en énumérant un certain nombre de déficiences. Elle constitue en cela un compromis entre les tenants d'une définition du handicap par les atteintes au fonctionnement, et ceux d'une définition du handicap comme une « situation de handicap⁵ ». L'adoption de cette définition paraît intimement liée au débat sur la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH)⁶.

La loi introduit ou consolide de nouveaux droits « civiques » (renforcement de la législation anti-discrimination) tout en réaffirmant certains droits « sociaux » (création d'une nouvelle prestation, insistance sur l'accessibilité et l'inclusion, maintien d'un quota d'embauche)⁷. Même si les liens entre les acteurs des politiques du handicap et ceux des politiques sociales semblent

⁴ Pierre-Yves Baudot, « Layering Rights: The Case of Disability Policies in France (2006-2016) », *Social Policy and Society*, vol. 17, n° 1, 2018, p. 117-131 ; Thomas F. Burke et Jeb Barnes, « Layering, Kludgeocracy and Disability Rights: The Limited Influence of the Social Model in American Disability Policy », *Social Policy and Society*, vol. 17, n° 1, 2018, p. 101-116.

⁵ Henri-Jacques Stiker, *Comprendre la condition handicapée. Réalité et dépassement*, Toulouse, Érès, coll. « Connaissances de la diversité », 2021.

⁶ Pour une analyse de ces discussions voir : Myriam Winance, Isabelle Ville et Jean-François Ravaud, « Disability Policies in France: Changes and Tensions between the Category-based, Universalist and Personalized Approaches », *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol. 9, n°s 3-4, 2007, p. 160-181.

⁷ Anne Révillard, « Vulnerable Rights: The Incomplete Realization of Disability Social Rights in France », *Social Sciences*, vol. 7, n° 6, 2018, p. 1-16, <https://www.mdpi.com/2076-0760/7/6/88>.

assez ténus⁸, la loi de 2005 se trouve également dans la continuité des politiques sociales individualisées mises en place à partir de la fin des années 1980⁹. Ces politiques, dont la plus marquante en France est l'instauration d'un revenu minimum d'insertion, s'appuient notamment sur des « magistratures sociales », commissions partenariales chargées d'octroyer au cas par cas aides financières et accès à des dispositifs spécifiques¹⁰. Ces commissions locales se retrouvent fréquemment prises dans une tension entre des exigences contradictoires : comment prendre en compte la singularité des personnes, souvent exprimée au moyen d'un « projet », tout en maintenant une équivalence de traitement à l'échelle d'un département, voire d'un département à l'autre ? Ces magistratures sociales doivent pratiquer une individualisation du traitement des « situations¹¹ » concrètement rencontrées. Mais elles le font dans un cadre législatif et réglementaire qui à la fois structure les enjeux des qualifications adoptées¹² et laisse de grandes marges d'interprétation¹³. De plus dans la plupart des domaines concernés, ce travail se fait sous la pression d'un grand nombre de demandes, avec une exigence forte sur les délais de traitement¹⁴. Les exigences de ce « traitement individualisé de

⁸ Selon ce qui ressort d'entretiens menés dans le cadre d'une recherche sur l'émergence de la loi de 2005.

⁹ Louis Bertrand, « Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion : continuités, innovations, convergences », *Politiques sociales et familiales*, n° 111, 2013, p. 43-53.

¹⁰ Isabelle Astier, *Revenu minimum et souci d'insertion*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « Sociologie économique », 1997 ; Léa Lima (dir.), *L'expertise sur autrui. L'individualisation des politiques sociales entre droit et jugements*, Bruxelles, Peter Lang, coll. « Action publique », 2013.

¹¹ Louis Bertrand, « Situations et problématiques : le travail d'une magistrature sociale par ses mots », *Droit et société*, vol. 82, 2012, p. 603-620.

¹² Il s'agit notamment d'éviter des « ruptures caractérisées d'égalité » sur le territoire national (Nicolas Demontrond, « Les maisons départementales de l'autonomie (MDA) : nouvelle étape de l'affirmation des départements-providence », *Droit et société*, n° 108, 2021, p. 425-441).

¹³ Jean-Michel Weller, « La disparition des bœufs du Père Verdon. Travail administratif ordinaire et statut de la qualification », *Droit et société*, n° 67, 2007, p. 713-755.

¹⁴ Pierre-Yves Baudot, « L'invention des délais. Pourquoi l'administration doit-elle répondre dans les temps ? », *Politiques sociales et familiales*, n° 119, 2015. p. 5-18 ; Annie Dussuet, Clémence Ledoux et Claire Sonnet,

masse¹⁵ » amènent à faire des arbitrages entre individualisation du traitement, souvent chronophage, et rationalisation de l'évaluation où il s'agit plus classiquement d'attribuer ou de refuser l'aide sur la base de critères plus bureaucratiques¹⁶.

Dans le champ du handicap, les magistratures sociales déjà existantes ont été profondément renouvelées par la loi de 2005. Elles sont censées se fonder sur une évaluation collégiale des demandes au regard du « projet de vie » émis par le demandeur¹⁷. Comme nous allons le voir, le travail d'évaluation est marqué par une division du travail sophistiquée entre les médecins évaluateurs, les équipes pluridisciplinaires et les nouvelles commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'objet de cet article est d'analyser les résolutions de la tension entre individualisation et équivalence de traitement dans le travail des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Il s'appuie sur une recherche sur l'attribution de la « reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé » (RQTH) (voir encadré sur la méthodologie adoptée). Dans une première partie, nous analyserons le parcours des dossiers de demande de RQTH, avant de rendre compte dans une deuxième partie de deux résolutions concurrentes des tensions qui émaillent le traitement des dossiers de demande.

Éléments sur la méthodologie adoptée

Cet article est issu d'une recherche post-doctorale sur la RQTH, dans deux départements français, menée avec Vincent Caradec et Jean Sébastien Eideliman et soutenue par la MiRe/DREES et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

« Gouverner le pouvoir discrétionnaire des *street-level bureaucrats*. Le cas de la mise en œuvre de l'APA », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2022, p. 67-89.

¹⁵ Marie-Christine Bureau *et al.*, « La traduction de la demande d'aide sociale : les cas du handicap et de l'insertion des jeunes », *Revue française d'administration publique*, n° 145, 2013, p. 175-188.

¹⁶ *Ibid.* ; Annie Dussuet, Clémence Ledoux et Claire Sonnet, *op. cit.*

¹⁷ Article L146-8 du *Code de l'action sociale et des familles*.

entre 2009 et 2011¹⁸. Nous avons fait le choix d'enquêter dans deux départements assez différents, avec un département de province plutôt populaire, que nous nommerons département A, et un département plus aisé, situé en région parisienne, que nous nommerons département B.

Le taux de chômage du département A est régulièrement trois ou quatre points au-dessus de la moyenne métropolitaine, tandis que celui du département B est deux ou trois points en dessous¹⁹. Le département A est un département plutôt populaire avec plus d'ouvriers et employés et moins de cadres que la moyenne nationale. Le département B a beaucoup moins d'employés et ouvriers, un peu plus de professions intermédiaires et deux fois plus de cadres que la moyenne nationale²⁰. Selon les données fournies par les MDPH de ces départements, en 2009 le nombre de demandes traitées dans le département A est assez important (plusieurs dizaines de milliers de demandes) et représente environ trois fois le nombre de demandes examinées dans le département B.

Le choix de ces deux départements permet donc d'étudier des situations locales particulièrement contrastées. De plus, l'organisation des MDPH des deux départements étudiés présente des différences intéressantes, entre un fonctionnement plutôt centralisé dans le département A et une subdivision du département en coordinations locales dans le département B.

Notre enquête était composée de trois volets : des observations de commissions (équipes pluridisciplinaires et CDAPH) traitant de l'insertion professionnelle dans les MDPH, complétées par des entretiens avec des professionnels participant à ces commissions ;

¹⁸ Vincent Caradec, Jean-Sébastien Eideliman et Louis Bertrand, *Être reconnu travailleur handicapé, entre logiques institutionnelles et trajectoires individuelles*, rapport de recherche à la MiRe/DRESS et la CNSA, Villeneuve d'Ascq, laboratoire CeRIES, 2012, <https://www.cnsa.fr/documentation/059-caradec-rapport.pdf>.

¹⁹ Selon les décomptes de l'INSEE.

²⁰ Ces indications, issues de sources INSEE sont volontairement grossières pour ne pas lever l'anonymat des deux départements.

la saisie anonymisée de dossiers de demandes de RQTH ; enfin des entretiens avec des demandeurs de la RQTH, que nous exploiterons peu ici. Les nombres d'observations et d'entretiens réalisés sont rassemblés dans le tableau ci-après.

Tableau

Nombre d'observations et d'entretiens dans les deux départements

	Observations d'équipes pluridisciplinaires	Observations de CDAPH	Entretiens avec des professionnels	Entretiens avec des demandeurs de la RQTH
Département A	14	7	8	20
Département B	13	6	7	17
Total	27	13	15	37

Médecins et équipes pluridisciplinaires face aux demandes d'ouverture de droits

Les règles du jeu : les compétences des instances d'évaluation et de décision

L'évaluation des dossiers de demandes (de personnes handicapées adultes) à la MDPH repose sur trois pôles de décision aux compétences distinctes : les médecins évaluateurs, les équipes pluridisciplinaires et la CDAPH.

Théoriquement les médecins évaluateurs n'ont plus en propre que l'évaluation des demandes de cartes mobilité inclusion - stationnement, délivrées par les préfetures. Mais ils ont souvent la responsabilité d'évaluer seuls les demandes jugées plus simples : RQTH, cartes mobilité inclusion, mais aussi parfois l'allocation aux adultes handicapés (AAH) dans l'un des départements observés.

Les équipes pluridisciplinaires réunissent des agents de la MDPH, dont un médecin évaluateur, et des partenaires de la MDPH²¹. La détermination d'un taux d'incapacité est de la

²¹ Dans le cadre de l'insertion professionnelle, principalement des agents du service public de l'emploi, parfois des centres de formation et des caisses

compétence de ces équipes²². Trois fourchettes de taux peuvent être attribuées : inférieur à 50 %, de 50 à 79 % et plus de 80 %. Ces taux ouvrent des droits différents. Ils sont particulièrement importants pour l'attribution de l'AAH. Elle ne peut être attribuée pour un taux inférieur à 50 %. Elle est attribuée de droit pour un taux supérieur à 80 %. Entre 50 et 79 %, elle est attribuée si est reconnue une « restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi ». La carte mobilité inclusion - invalidité est attribuée, de droit, pour un taux supérieur à 80 %.

L'attribution de la plupart des droits est de la compétence de la CDAPH²³, mais elle est tenue par les taux d'incapacité déterminés par l'équipe pluridisciplinaire²⁴. Autrement dit, si l'équipe pluridisciplinaire a attribué un taux inférieur à 50 % ou supérieur à 80 %, elle n'a pas de marge de manœuvre pour attribuer ou refuser l'AAH ou la carte mobilité inclusion - invalidité. Mais elle attribue la RQTH, reconnaît la restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi qui permet d'attribuer l'AAH aux personnes dont le taux d'incapacité est entre 50 et 79 %, octroie la PCH et les compléments à l'AAH pour les taux de plus de 80 %. En cas de désaccord sur le taux d'incapacité, la CDAPH peut demander un réexamen du taux à l'équipe pluridisciplinaire.

L'organisation des MDPH des deux départements étudiés présente des différences importantes²⁵. La MDPH du département A à une organisation plutôt centralisée. Le nombre de dossiers traités étant conséquent et le nombre d'agents relativement restreint, le traitement des demandes a été fortement rationalisé

d'assurance maladie (voir extrait d'observation plus bas).

²² Article L146-8 du *Code de l'action sociale et des familles*.

²³ Article L241-6 du *Code de l'action sociale et des familles*.

²⁴ On retrouve une importance de la qualification par des structures intermédiaires semblables à la caisse sociale étudiée par Isabelle Sayn : « Le pouvoir de l'organisation : maîtrise des ressources juridiques et maîtrise du recours au juge dans la branche famille de la Sécurité Sociale », *Droit et société*, n° 67, 2007, p. 649-669.

²⁵ D'une manière générale les MDPH étant organisées sur une base départementale, leur organisation varie fortement d'un département à l'autre, cf. également : Gwenaëlle Perrier, « "Mettre l'utilisateur au cœur du dispositif" ? Regards croisés sur quatre maisons départementales des personnes handicapées », *Terrains & travaux*, n° 23, 2013, p. 93-112.

et informatisé. L'évaluation est assurée en premier niveau par un médecin. Certaines demandes sont adressées ensuite à une évaluation de deuxième niveau, réalisée par des équipes pluridisciplinaires spécialisées, dont l'une est dédiée à l'insertion professionnelle. Les décisions sont ensuite prises par la CDAPH, siégeant en formation simplifiée ou plénière, deux à trois demi-journées par semaine. Un grand nombre de dossiers est décidé « sur liste ». Seule une liste de ces dossiers et des préconisations de l'évaluation circule alors parmi les membres de la CDAPH, qui valident ces préconisations sans examen approfondi. Les autres dossiers sont étudiés « sur pièces²⁶ » ou font l'objet d'une convocation du demandeur.

La MDPH du département B a, quant à elle, mis en place 9 « coordinations locales », qui fonctionnent de manière relativement autonome. Le parcours du dossier est différent. Certaines demandes simples sont évaluées par un médecin seul. Mais un grand nombre de demandes sont examinées par une équipe pluridisciplinaire locale qui se réunit une fois par semaine. Une équipe pluridisciplinaire spécialisée se réunit pour l'insertion professionnelle une fois par mois dans chaque coordination locale. La CDAPH du département se réunit une journée par semaine, uniquement en formation plénière. Les coordinations locales y présentent une fois par mois une trentaine de dossiers, les autres passant sur liste et n'étant pas portés à la connaissance de la CDAPH²⁷.

²⁶ C'est-à-dire sur la base des éléments du dossier de demande augmentés d'éventuelles informations complémentaires apportées par les équipes pluridisciplinaires.

²⁷ On constate que dans ce département l'exercice du droit de se présenter lors de l'examen de son dossier en CDAPH est empêché, comme dans le département étudié par Céline Borelle (« Qualifier des cas, produire concrètement des droits. Le cas du handicap », dans Pierre-Yves Baudot et Anne Révillard (dir.), *L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions*, Presses de Sciences Po, 2015, coll. « Académique », p. 211-244).

Les rapports entre instances d'évaluation au prisme du parcours des dossiers

Nous allons nous intéresser à présent à l'attribution de la RQTH. L'article L5213-1 du Code du travail dispose qu'« est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ». La RQTH ouvre droit à certaines aides notamment pour l'aménagement du poste de travail et peut faire bénéficier de services spécialisés pour la recherche d'emploi (réseau Cap emploi) ou le maintien dans l'emploi (réseau des Sameth – services d'aide au maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés). Une fiche du « guide pratique MDPH²⁸ » précise que l'attribution de la RQTH « prendra en considération, non seulement les données médicales, mais également les possibilités d'emploi de la personne handicapée, si celle-ci est un demandeur d'emploi et la nature du poste de travail, s'il s'agit d'un salarié ». Pour un salarié en particulier « l'appréciation ne peut pas faire abstraction du poste de travail occupé. Elle devra donc prendre en considération les répercussions de l'altération des fonctions de la personne sur son poste de travail ».

L'attribution de la RQTH fait donc droit à une évaluation médicale des « altérations » fonctionnelles et à une prise en compte de l'environnement du demandeur : quel type d'emploi cherche-t-il ou quel poste de travail occupe-t-il ? Le demandeur est-il effectivement « handicapé » dans ces situations de travail occupées ou désirées ?

²⁸ CNSA-DGEFP, *Guide pratique MDPH. Partie 1, fiche n° IV-1. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé*, Paris, CNSA, septembre 2008, http://www.mdp-971.fr/fiches-pratiques/PDF/Fiches_CNSA/Fiche_CNSA_RQTH.pdf. Ce document a été établi comme un vademecum pour soutenir la mise en place des MDPH. Il donne un certain nombre d'interprétations juridiques pour guider l'attribution des différentes aides. Toutefois il n'y a pas de rapport hiérarchique entre CNSA et MDPH et ce document n'a donc qu'une valeur indicative pour elles.

Pour approcher les manières dont les MDPH étudiées prennent en charge l'attribution de la RQTH, nous avons reconstitué les parcours de plusieurs échantillons de dossiers de demande de RQTH²⁹.

Dans le département A, le parcours des dossiers est relativement simple. Après une évaluation par un premier médecin, 91 % des 201 dossiers de notre échantillon sont envoyés en CDAPH. Les autres passent par un deuxième médecin (8 dossiers) ou par une équipe pluridisciplinaire (12 dossiers). Il est difficile de caractériser ces deux sous-populations aux effectifs assez restreints. Ces évaluations de deuxième niveau sont parfois dues à un manque d'informations dans le dossier. Cela a pu amener à demander des renseignements complémentaires avant une deuxième évaluation, ou à solliciter les partenaires de la MDPH en équipe pluridisciplinaire. Le passage par un deuxième médecin correspond parfois également à une demande d'avis auprès d'un psychiatre par un médecin généraliste (5 des 8 dossiers passant devant un deuxième médecin concernent des personnes ayant des troubles psychiques). 7 des 12 dossiers passés en équipe pluridisciplinaire correspondaient à des demandes d'orientation ou de formation (sur 41 demandes d'orientation ou de formations). 199 dossiers passent sur liste en CDAPH, une personne est convoquée en CDAPH³⁰ et un dossier est examiné sur pièces en CDAPH. Deux dossiers font l'objet d'un nouvel examen, à la suite de recours.

Dans le département B, deux types de dossiers sont employés : la procédure diligentée et la procédure ordinaire. La procédure

²⁹ Ces parcours ont été également présentés, d'une manière différente dans Louis Bertrand, Vincent Caradec et Jean-Sébastien Eideliman, « Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles », *Sociologie*, vol. 5, n° 2, 2014, p. 121-138 (et annexes électroniques).

³⁰ Comme dans l'enquête menée par Anne Révillard (*op. cit.*), le nombre de personnes ayant pu se présenter en MDPH hors convocation en visite médicale est extrêmement faible dans notre échantillon – et cette possibilité est inexistante dans l'autre département étudié. Le terme convocation en CDAPH est le bon : il s'agit d'une demande de la CDAPH et non de la personne concernée. Comme le confirment nos observations et les quelques témoignages recueillis dans nos différentes recherches, ces passages en CDAPH sont perçus comme des moments éprouvants, bien loin de l'horizon démocratique que cette participation à la décision est censée représenter.

diligentée, plus simple, concerne des demandes de RQTH de salariés, avec un certificat de la médecine du travail qui décrit le poste de travail et les limitations. Bien que ce soit une procédure simplifiée, le parcours des 47 dossiers examinés fait apparaître une évaluation à plusieurs niveaux. Tous les dossiers passent par un premier médecin. Une partie importante des dossiers (21 dossiers sur 47) est étudiée par une équipe pluridisciplinaire locale ou spécialisée. Une partie tout aussi importante est évaluée par un deuxième médecin. Mais il y a aussi des échanges entre les différentes instances, le recours à une visite médicale pour deux dossiers et à un deuxième passage en équipe pluridisciplinaire pour 3 dossiers. Tous ces dossiers sont validés sur liste en CDAPH.

Pour les formulaires de demande ordinaires, qui peuvent comporter de nombreuses demandes en dehors de la RQTH (par exemple une AAH, une formation...) les parcours des dossiers sont très complexes. Il y a de multiples échanges entre les différentes instances, avec parfois plusieurs passages devant une équipe pluridisciplinaire ou un médecin.

Pour interpréter ces parcours et le poids des différentes instances dans l'évaluation, nous nous intéresserons à la nature des évaluations finales avant le passage en CDAPH : médicale ou par une équipe pluridisciplinaire.

Dans le département A, nous avons indiqué que l'évaluation de la plupart des dossiers était clôturée par le passage devant le premier médecin. En incluant les passages devant un deuxième médecin, on décompte que 94 % des dernières évaluations avant le passage en CDAPH sont le fait de médecins. Dans le département B, l'image est plus floue : l'avis médical est le dernier dans 55 % des cas pour les procédures diligentées, mais seulement dans 45 % des cas pour les dossiers ordinaires³¹. Dans les deux départements, les CDAPH ont une faible visibilité sur les dossiers comportant une demande de RQTH. Seulement 2 dossiers sur 201 sont présentés en CDAPH dans le département A, aucun des

³¹ De plus, 62 dossiers en tout sont passés par au moins une évaluation pluridisciplinaire, soit 57 % des dossiers de notre échantillon.

47 dossiers correspondant à une procédure diligentée et 8 sur les 109 dossiers ordinaires dans le département B.

Ces éléments montrent de forts contrastes entre les deux départements, le département A privilégiant une approche surtout médicale, avec un temps de traitement légèrement inférieur³², et le département B une approche davantage pluridisciplinaire, avec une évaluation strictement médicale qui reste non négligeable. Ces contrastes se rapportent à des contraintes et des choix organisationnels très différents. Le département A doit faire face à un flux de demandes très important, avec sensiblement le même nombre d'agents que le département B – une centaine d'équivalents temps plein – pour traiter trois fois plus de demandes. Le département A a donc fait le choix d'un traitement très rationalisé, avec une division du travail et une informatisation. Le département B a adopté une organisation décentralisée avec deux niveaux d'équipes pluridisciplinaires : des équipes pluridisciplinaires locales de petite taille (trois personnes) et des équipes spécialisées pour l'insertion professionnelle.

Ces organisations contrastées font écho à des équilibres distincts entre individualisation et équivalence du traitement, qui font l'objet de la partie suivante.

Les politiques sociales du handicap entre évaluations biomédicales et médico-sociales

Résoudre la tension entre individualisation et équivalence de traitement

Les politiques sociales individualisées doivent attribuer des aides en résolvant une tension entre un principe d'individualisation de la réponse donnée et un principe d'équivalence de traitement³³. Comme le montre l'étude du parcours des dossiers, les évaluations réalisées par les MDPH peuvent être très différentes, en accordant

³² Les évaluations des dossiers ordinaires codés dans le département A ont été menées en un temps moyen de 113,8 jours. Les évaluations des dossiers codés dans le département B se sont faites en un temps moyen de 105,9 jours pour les procédures diligentées et 119,2 jours pour les dossiers ordinaires.

³³ Léa Lima (dir.), *op. cit.*

plus ou moins de place à l'évaluation strictement médicale. Dans cette partie, nous voudrions montrer comment dans les politiques sociales du handicap, les résolutions de la tension entre individualisation et équivalence de traitement reflètent les antagonismes entre visions « médicale » et « sociale » du handicap³⁴.

On peut ainsi isoler analytiquement deux types de résolutions de cette tension : une résolution « biomédicale » et une résolution « médico-sociale ». La résolution biomédicale met l'accent sur le diagnostic médical et la connaissance scientifique de ses retentissements, en prenant attention à sa manifestation particulière chez un individu singulier. Elle s'appuie sur le « guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées³⁵ » qui associe des déficiences à des taux d'incapacité. Le médecin évaluateur est l'expert capable de qualifier les situations en termes de taux d'incapacité et celui qui ouvre les droits. Ce modèle, et la référence au guide-barème, tend ainsi plutôt vers le principe d'équivalence. Ce type de résolution va être principalement porté par les médecins. Schématiquement, elle correspondrait à l'approche majoritaire dans le département A.

Plus proche du modèle « social » du handicap, la résolution « médico-sociale » insiste sur la situation de handicap que subit le demandeur³⁶. Le handicap est ici une interaction entre des déficiences et un environnement plus ou moins incapacitant. Le handicap doit être évalué par une équipe pluridisciplinaire, qui permet de réunir des informations médicales et des éléments sur la situation sociale du demandeur. Cette approche est *a priori* plus orientée vers l'individualisation du traitement. Elle va plutôt être endossée par des agents non-médecins. Schématiquement, elle correspondrait à l'approche majoritaire dans le département B.

³⁴ Jean-François Ravaut, *op. cit.*

³⁵ Annexe 2-4 du *Code de l'action sociale et des familles*, Légifrance, Le service public de la diffusion du droit, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/.

³⁶ Nous préférons parler de résolution médico-sociale plutôt que de résolution « sociale » car les pratiques observées ne nient pas la nécessité d'une atteinte pour reconnaître un handicap.

Cette présentation schématique doit être nuancée par plusieurs éléments. Il est important de comprendre que les deux approches se basent formellement sur les mêmes outils, mais en ont une interprétation différente, plus « médicale » ou plus « sociale ». Car ces outils sont eux-mêmes ambivalents.

Le guide-barème, adopté en 1993 en remplacement du barème d'invalidité du *Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre* en vigueur jusque-là³⁷, visait déjà à frayer un compromis entre modèle biomédical et modèle social du handicap. L'attention à l'influence de l'environnement a été renforcée par l'ajout en 2007 d'une « introduction générale » au guide-barème. Cette introduction précise notamment que le taux d'incapacité est fixé « à partir de l'analyse [des] déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine ». L'évaluation doit être « individualisée » et « globale ». Cette prise en compte globale implique que s'il y a plusieurs déficiences « les taux mentionnés dans les différents chapitres ne s'ajoutent pas de façon arithmétique sauf précision contraire » pour la détermination du taux d'incapacité global. De plus, hormis pour les déficiences sensorielles, le guide-barème ne met pas en rapport des déficiences avec des taux fixes, mais avec des fourchettes. Par exemple on attribuera pour une déficience modérée dans tel domaine un taux d'incapacité « de 20 à 45 % ».

³⁷ Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, Légifrance, Le service public de la diffusion du droit, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074068/. Établi pour évaluer les incapacités des victimes militaires de la Première guerre mondiale, son usage s'était peu à peu étendu aux autres catégories « d'infirmités » et avait été repris tel quel par les législations ultérieures. Comme le relève par exemple la circulaire n° 93/36-B du 23 novembre 1993, relative au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, ce barème militaire « rédigé essentiellement pour des personnes adultes handicapées à la suite d'un traumatisme, [était] inadapté à certaines catégories de handicapés, notamment les handicaps congénitaux chez l'enfant et l'adulte, ainsi que les affections psychiatriques », http://dcalin.fr/textoff/prestations_handicap_1993_circulaire.html. Pour une histoire du guide-barème voir : Pierre-Yves Baudot, « Le handicap comme catégorie administrative. Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2016, p. 63-87.

De même, les équipes pluridisciplinaires sur lesquelles insiste la résolution médico-sociale ne travaillent pas de manière unilatéralement individualisée, indépendamment de toute qualification juridique. L'article L. 146-8 du *Code de l'action sociale et des familles* dispose que « l'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire ». Ces références « sont précisées dans un guide d'évaluation prenant en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée » (article R 146-28 du même code).

Ce guide d'évaluation dit « GÉVA » a été fixé par l'arrêté du 6 février 2008. Dans un bilan établi pour la CNSA, ce guide est présenté comme

un support majeur de la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire et de la culture commune autour du handicap [...]. En effet, alors que les réponses doivent être adaptées à la situation de la personne, les besoins doivent pouvoir être évalués avec la même intention globale et une même méthode sur l'ensemble du territoire.³⁸

Et le taux d'incapacité reste bien déterminé dans ces équipes « en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » (article R 146-28 là encore).

Ce GÉVA n'est guère utilisé dans le cadre des demandes liées à l'insertion professionnelle³⁹. Il n'en reste pas moins que les équipes que nous avons observées doivent qualifier les demandes, c'est-à-dire rapporter les situations évaluées à des catégories générales définies juridiquement. Elles doivent se conformer aux critères d'admission des différents dispositifs vers lesquels elles orientent les demandeurs.

³⁸ CNSA, *Rapport sur l'appropriation du GEVA. Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*, Paris, CNSA, janvier 2010, https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_GEVA_signets-2.pdf.

³⁹ Il est plus employé dans l'attribution de la PCH.

Dit autrement, le principe d'équivalence n'est pas oublié dans les outils sur lesquels s'appuient la résolution médico-sociale, pas plus que le principe d'individualisation ne l'est dans la résolution biomédicale. Il s'agit bien de deux voies de résolution de la tension entre individualisation et équivalence de traitement. Ces deux tendances cohabitent dans le travail des MDPH et entrent parfois en concurrence.

Dans la suite de cet article, nous voudrions montrer que les usages de la loi prennent sens dans le cadre de cette opposition entre résolution biomédicale et médico-sociale, dans un environnement contraignant.

« Handicap social » ou handicap ? Un conflit autour du taux d'incapacité

Pour illustrer la manière dont la règle peut être mobilisée dans le cadre d'un antagonisme entre approche médicale et approche médico-sociale, nous allons partir d'un dossier évoqué en équipe pluridisciplinaire dans le département B, qui a ensuite été présenté en CDAPH à la suite d'un désaccord sur l'attribution du taux d'incapacité. La RQTH n'est ici pas au centre du débat, qui porte plus sur le taux d'incapacité et l'attribution d'une AAH. L'ensemble des protagonistes fait preuve d'une grande virtuosité dans l'emploi des différentes règles, ce qui rend cet exemple particulièrement parlant.

L'équipe examine les demandes d'un homme de 33 ans, en novembre 2010. Autour de la table sont réunis des agents de la MDPH et des représentants d'institutions partenaires de la MDPH :

- le médecin évaluateur de la MDPH,
- la référente insertion professionnelle, chargée des questions liées à l'emploi à la MDPH,
- la coordinatrice de l'antenne locale de la MDPH,
- un conseiller du service public de l'emploi (Pôle Emploi),

- une psychologue du travail⁴⁰,
- un travailleur social de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM),
- une responsable du Cap emploi (organisme d'accompagnement des demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés),
- une stagiaire assistante sociale de l'hôpital psychiatrique.

Les échanges durent 16 minutes, soit l'une des durées les plus importantes dans les débats observés dans ce département :

Médecin (qui a vu le demandeur en visite médicale et lit partiellement la fiche d'évaluation qu'il a réalisée) : Il est en couple avec deux enfants. Son épouse travaille en CDI [Contrat à Durée Indéterminée]. Pour lui c'est plus compliqué... Il a eu une craniosténose, une malformation de l'os du crâne à la naissance qui a entraîné une cécité de l'œil droit. Projet pro : « inscrit à Pôle Emploi, ne cherche pas de travail ». Il a un dédoublement de la moelle épinière, et allègue de douleurs de l'hémicorps droit. Il est autonome dans les actes de la vie quotidienne. Il a coché toutes les demandes car « on lui refuse toujours tout ». Il ne tient pas un emploi plus de 15 jours. Il n'a aucun projet professionnel. Il a passé un BEP [Brevet d'Études Professionnelles] vente en 1995. Il a fait de la mise en rayon, de l'intérim. Il dit « mon corps veut travailler, mais pas ma tête ». Il garde les enfants. Pour moi, c'est un taux inférieur à 50%. Le dédoublement n'est pas encore conséquent.

Responsable de Cap emploi : On l'a suivi assez longtemps, même si là on ne l'a pas vu depuis longtemps. Il a été tout le temps en échec au bout de deux-trois mois. Il y a des difficultés sociales, pas de logement fixe. Moins de 50 % c'est peu.

⁴⁰ Cette psychologue dépendait d'un service de l'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA), fusionné au service public de l'emploi en avril 2010.

Médecin : Globalement c'est toujours moins de 50 %, c'est du handicap social plus qu'autre chose.

Référente insertion professionnelle : Ça fait pas mal de temps qu'il n'y a pas d'amélioration, depuis 1999 [date de la première demande]. Il a eu la RQTH de 2004 à 2009, il n'est pas revenu vers nous [immédiatement]. Il demande l'AAH, la RQTH, une formation.

Responsable de Cap emploi : Quand il dit qu'il ne cherche pas de travail, c'est un jeune qui galère, il ne dit pas sa demande, quand on gratte derrière... 50 %...

Médecin : Ce n'est pas lui rendre service [sous-entendu : que d'augmenter le taux].

Responsable de Cap emploi : C'est un petit niveau, avec un cumul de difficultés.

Référente insertion professionnelle : Si on lui met 50-79 %, on lui donne l'AAH.

Conseiller Pôle Emploi : Il est radié [de Pôle Emploi] depuis janvier 2010.

Médecin : Il pense travailler à droite à gauche, là il garde les enfants.

Assistante sociale de la CRAM : Il est au RSA [Revenu de Solidarité Active].

Responsable de Cap emploi : Il a une hydrocéphalie, il est lent. C'est pas inférieur à 50 %.

Référente insertion professionnelle : Il a d'autres difficultés, de compréhension, de comportement ?

Médecin : Asocial.

Coordinatrice locale : Labilité émotionnelle.

Responsable de Cap emploi : C'est un jeune désabusé par les échecs, il a besoin d'être soutenu, accompagné.

Référente insertion professionnelle : Vous le suivez toujours ?

Responsable de Cap emploi : On n'a pas de contact depuis 4-5 ans. Je m'en souviens bien, je l'ai pas mal vu.

Médecin : C'est plus un accompagnement à l'emploi qu'une AAH. Si on lui donne l'AAH, il n'aura pas de motivation pour chercher un emploi, avec deux petits.

Conseiller Pôle Emploi : Il faut au moins lui proposer quelque chose.

Référente insertion professionnelle : Si ça n'a pas marché avec Pôle Emploi ou Cap emploi, il ne se passera rien.

Cap emploi : On l'envoie en « pré-o » [stage de « pré-orientation » en centre de reclassement professionnel].

Assistante sociale de la CRAM : S'il y va...

Responsable de Cap emploi : C'est ici. [C'est-à-dire près de chez lui.]

Référente insertion professionnelle : On peut essayer.

Référente insertion professionnelle : On met 50-79 % et RQTH.

Médecin : Si on met ce taux avec un rejet de l'AAH, il va faire un recours au TCI [tribunal du contentieux de l'incapacité].

Référente insertion professionnelle : Et on devra le passer en CDAPH.

Médecin : On ne va pas rentrer là-dedans. Il faut aider à son insertion professionnelle.

Coordinatrice locale : L'AAH n'est pas la priorité, mais le taux...

Médecin : Il est revendicateur : « Je coche tout car on me refuse tout ».

Coordinatrice locale : C'est pas inférieur à 50.

Médecin : Craniosténose, hydrocéphalie valvée...

Coordinatrice locale : Ça produit un ralentissement, un effet sur le boulot.

Médecin : Je ne l'ai pas trouvé ralenti.

Assistante sociale de la CRAM : Pré-o, qui vote ?

Référente insertion professionnelle : On met RQTH, pré-o, et Cap emploi. Combien de temps ?

Médecin : 5 ans, sur liste.

Référente insertion professionnelle : Rejet AAH, taux inférieur à 50 ou 50-79 ?

Psychologue du travail : Pourquoi changer de taux s'il n'y a rien de nouveau ?

Coordinatrice locale : La loi n'est plus la même.

Médecin : Le barème n'a pas changé.

Coordinatrice locale : Mais il y a l'ajout du premier chapitre.

Référente insertion professionnelle : Alors inférieur à 50 % ? Et le problème de moelle épinière ?

Médecin : Je ne l'ai pas trouvé handicapant.

Référente insertion professionnelle : Rejet [de la demande d'AAH], taux inférieur à 50...

Coordinatrice locale : Asocial, petit niveau, cécité d'un œil...

Médecin : Si on lui donne l'AAH, c'est jusqu'aux avantages vieillesse [62 ans].

Coordinatrice locale : Je n'ai pas dit AAH !

Tous les participants sont très conscients des différents enjeux liés à l'attribution du taux d'incapacité. Un taux inférieur à 50 % permet de bloquer l'attribution de l'AAH, alors qu'un taux de 50-79 % dépossède l'équipe de la décision. Selon le règlement

adopté dans le département B, si l'équipe octroie un taux de 50-79% tout en indiquant un refus de l'AAH, le dossier devra être présenté en CDAPH. Il est alors probable que la CDAPH attribue tout de même l'AAH en reconnaissant une « restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi ». Et même en cas de refus, il pourrait y avoir un recours au tribunal du contentieux de l'incapacité. Un taux inférieur à 50% pourrait aussi ne pas donner lieu à une présentation en CDAPH, et faire l'objet d'un passage « sur liste », c'est-à-dire sans examen.

Même s'ils s'en défendent, il est probable que les participants qui militent pour un taux supérieur à 50% soient en fait également pour une attribution de l'AAH. Ici le médecin, par une présentation assez parcellaire, minimise les atteintes médicales et évacue les difficultés du demandeur comme relevant d'un handicap « social », c'est-à-dire plus de difficultés sociales que d'un handicap médicalement fondé, que la MDPH n'a selon lui pas à prendre en charge⁴¹. Ses contradicteurs mettent en avant des problèmes médicaux passés sous silence, comme l'hydrocéphalie, et des problèmes sociaux. Cet homme de 33 ans devient alors « un jeune qui galère », qui a besoin d'être accompagné.

La longueur du débat amène à avoir recours à des arguments habituellement peu explicités, comme le fait que « la loi a changé » et que le guide-barème s'est vu adjoindre des propos liminaires qui insistent sur une évaluation globale des incapacités (cf. *supra*). L'argument qui estime qu'une fois attribuée, l'AAH est difficile à retirer par la suite est plus fréquent. Remarquons également qu'il est habituellement difficile de contester l'avis d'un médecin quand il s'appuie sur une visite médicale. Mais ici la représentante de Cap emploi s'appuie sur une connaissance directe quoi qu'ancienne du demandeur pour contester l'évaluation

⁴¹ À l'occasion d'une autre observation, alors que nous discutons après la réunion de l'équipe pluridisciplinaire, ce même médecin avait exprimé cette frontière d'une formule lapidaire : « Le handicap, c'est l'AAH ; l'insertion, c'est le RMI [Revenu Minimum d'Insertion] », sous entendant que l'AAH n'a pas à indemniser des situations de handicap « social ». Remarquons aussi que la critique des usagers qui « cochent toutes les demandes » est fréquente, comme le notait également Céline Borelle, *op. cit.*

du médecin. Il est vraisemblable que la coordinatrice locale connaisse aussi le demandeur.

À l'issue de ces échanges, l'équipe pluridisciplinaire se met d'accord sur une attribution de la RQTH, un envoi en « pré-orientation », et surtout sur un taux d'incapacité inférieur à 50 % et un refus de l'AAH. Mais personne n'est vraiment dupe : la coordinatrice locale a encore une carte en main. Elle peut choisir de présenter tout de même le dossier en CDAPH⁴². La CDAPH n'a pas la compétence juridique d'attribuer un taux d'incapacité supérieur. Mais elle peut demander un réexamen à l'équipe pluridisciplinaire. Même si l'équipe peut résister et maintenir son taux, la pression exercée par le renvoi l'amène en général à se ranger à l'avis de la CDAPH.

Quelques jours après la réunion de l'équipe pluridisciplinaire, la coordinatrice présente en effet le dossier en CDAPH, lors d'une séance que nous avons également observée. Le débat dure 8 minutes, ce qui correspond là aussi à une des durées les plus longues observées. La présentation de la coordinatrice est légèrement différente :

Coordinatrice locale : C'est un homme de 33 ans, il demande l'AAH, la RQTH, une orientation professionnelle. Il souffre d'une craniosténose, d'une hydrocéphalie valvée, d'une cécité totale de l'œil droit, de douleurs dans l'hémicorps droit. Il a une séparation de la moelle épinière. Il a été vu par le médecin. Il y a une labilité émotionnelle, quelques troubles de la coordination, de légers problèmes dans les actes de la vie quotidienne. Il vit en concubinage, avec deux jeunes enfants qu'il garde, sa femme est en CDI. Il a eu des CDD [Contrats à Durée Déterminées] de l'intérim. [...] Il a fait une croix sur ses projets après une répétition d'échecs. Il ne sait pas comment se présenter, c'est un cercle vicieux. Il dit « mon corps veut travailler, pas ma tête ». L'EPS [équipe pluridisciplinaire spécialisée] se prononce sur un taux inférieur à 50 %, accord RQTH 5 ans, et propose une

⁴² C'est pour cela que le médecin s'exclame « 5 ans [de RQTH]. Sur liste », craignant un passage en CDAPH qui contredirait son analyse.

pré-orientation, car il a demandé [une formation] noir sur blanc. [...]

Présidente de la CDAPH (représentante associative) : Le taux paraît léger.

Médecin de la CDAPH : J'ai oublié mon dico des maladies rares⁴³. [Elle prend le certificat médical et répète certaines atteintes.]

Présidente de la CDAPH : Le taux ne paraît pas adapté.

Médecin de la CDAPH : [La séparation de la moelle] est une syringomyélie. C'est évolutif, on ne sait pas le ralentir.

Présidente de la CDAPH : Il nous faudrait un bilan d'autonomie et un IRM.

[Le médecin de la CDAPH revient sur d'autres points du certificat médical.]

Représentante associative (sur un ton indigné) : Voyez le taux, il faut un complément d'information ! À part ça, tout va très bien...

Présidente de la CDAPH : Quand vous avez une suspicion sur un taux inférieur à 50 %, il faut nous le présenter.

Coordinatrice locale : Je vais le re-présenter. Donc accord RQTH, pré-orientation. Merci beaucoup.

Médecin de la CDAPH : Il y a un ensemble de retentissements, c'est probablement plus de 50 %.

Le résumé de la coordinatrice est centré sur l'accumulation de problèmes médicaux et sur quelques éléments d'ordre social sur lesquels elle insiste peu. Elle ne fait pas état du débat en équipe, mais laisse le médecin de la CDAPH reprendre les différents éléments médicaux. Elle ne marque pas explicitement son

⁴³ Légalement, les équipes pluridisciplinaires sont censées s'adresser à des centres spécialisés pour les maladies rares (article L 146-8 du *Code de l'action sociale et des familles*) et les CDAPH vérifier que cela a été fait (article L241-7). Ces dispositions paraissent peu respectées, au profit de la consultation de dictionnaires et de sites internet.

désaccord avec ce taux, et acquiesce à la demande de réexamen. Seuls les remerciements finaux trahissent son point de vue en fin de débat. Nulle part n'est évoqué l'attribution d'une AAH, objet vraisemblable du prochain débat...

La division du travail d'évaluation et ses accros

Les conflits aussi ouverts, qui vont jusqu'en CDAPH, sont relativement peu fréquents. Les parcours des dossiers présentés plus haut montrent que pour de nombreux dossiers de demande de RQTH, les médecins ont « les mains libres ». Dans les deux départements, une division du travail d'évaluation⁴⁴ attribue aux médecins l'octroi de la RQTH et des cartes et aux équipes l'orientation professionnelle. Ces dossiers passent généralement sur liste en CDAPH. Les débats les plus vifs portent principalement sur l'octroi de l'AAH et de la PCH, qui sont aussi les mesures les plus coûteuses. Ces dossiers sont plus susceptibles d'être présentés en CDAPH.

L'opposition entre approche biomédicale et approche médico-sociale est exprimée particulièrement vivement par des médecins qui ont travaillé auparavant en Cotorep⁴⁵. Le passage aux MDPH après 2005 est assimilé à une perte du pouvoir médical et à une montée en puissance des « assistantes sociales ». Ces plaintes sont plus fréquentes dans le département B, où le poids de l'évaluation pluridisciplinaire est particulièrement fort, comme nous l'avons vu dans l'étude des parcours des dossiers. Face à l'approche médico-sociale, ces médecins vont défendre une « porte d'entrée » « d'abord médicale », comme cette médecin du département B, en poste plus de 20 ans en Cotorep avant la mise en place des MDPH :

J'ai eu beaucoup de discussions sur le taux quand j'ai eu toutes ces petites jeunes assistantes sociales [...] [et] je suis passée pour la grande méchante. [...] Je leur répétais que c'était quand même le médical qui

⁴⁴ Tacite dans le département A, explicitée dans un règlement dans le département B.

⁴⁵ Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, instances antérieures à la loi de 2005.

était la porte d'entrée et que tout ce qu'elles voyaient, c'était de l'allégué. Et que c'était facile de leur dire : « je ne me lève pas », etc. Donc il y a eu des discussions sordides surtout au début [...] [Elle prend l'exemple d'une attribution d'heures d'aide humaine qu'elle trouvait très exagérée.] Mais voyez, elles n'avaient pas pensé à cela [vérifier de manière simple certaines allégations], parce qu'elles sont très assistantes sociales. Et assistantes sociales, c'est là pour aider, et nous on leur répète avec N. [sa collègue psychologue], la porte d'entrée, elle est médicale quand même mes petites amies !

Ici, cette médecin reprend un argument fréquent : le handicap a d'abord une justification médicale, appuyée sur le guide-barème et seul un avis médical fait foi pour attester de problèmes de santé. Les informations dont disposent les travailleurs sociaux ou les partenaires de la MDPH, les éléments médicaux dont le demandeur fait parfois état dans son projet de vie sont au mieux du « déclaratif », au pire des « allégations ». Le certificat médical et plus encore une visite médicale sont à même de démêler le vrai du faux⁴⁶. De plus, les médecins sont à même de comprendre l'hermétisme des dénominations scientifiques et de le traduire en contre-indications, voire en taux d'incapacité.

Face à cette expertise médicale, les autres agents de la MDPH, et plus encore les professionnels de l'insertion, peuvent mettre en avant leur connaissance des projets et des parcours professionnels des demandeurs, et parfois de leur situation sociale. Ces informations sont particulièrement nécessaires dans l'orientation professionnelle. La division du travail qui donne les décisions d'attribution de RQTH au médecin et l'orientation professionnelle aux équipes pluridisciplinaires est donc assez pertinente – même si des conflits ponctuels peuvent affleurer. L'attribution d'un taux d'incapacité et plus encore la reconnaissance d'une « restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi », qui

⁴⁶ Remarquons que les informations portées dans le certificat médical lui-même dépendent aussi de la relation du patient au médecin et de la capacité du patient à contrôler ce qui y figure. Notons par ailleurs que le certificat médical réglementaire adjoint au dossier de demande a lui aussi évolué, passant de la déclinaison de déficiences à celle de « retentissements ».

n'avait aucune définition légale au moment de nos observations⁴⁷, représentent un terrain plus ouvert, et donc plus disputé.

Dans ces configurations, la place de l'information médicale est ambiguë. Les commissions sont légalement soumises au secret⁴⁸, mais jusqu'où aller dans le dévoilement du « secret médical » ? Habituellement, en équipe pluridisciplinaire, les certificats médicaux sont donnés au médecin. Certains choisissent d'en dire très peu, en se bornant à énumérer des « limitations d'activité » là où d'autres donnent les diagnostics avec verve et force détails. Il nous semble que dans nos observations les médecins qui en disent plus occupent aussi plus de place dans la décision, même si cela n'exclut pas des tactiques ponctuelles de rétention d'information. La plupart du temps, le certificat médical est la source la plus complète d'information médicale. Mais il peut arriver que des partenaires aient des informations plus récentes ou soient capables de pointer des omissions, comme dans l'exemple cité. Enfin il arrive que le débat principal ne porte pas sur des points médicaux, éclipsant le rôle du médecin⁴⁹.

Conclusion

Dans le domaine des politiques sociales du handicap, comme ailleurs, des débats qui peuvent paraître tranchés au niveau académique ou politique, comme l'attention à des facteurs environnementaux dans la production du handicap, sont loin d'être intégrés dans les pratiques locales⁵⁰. L'examen pluridisciplinaire des demandes de RQTH n'est pas toujours la norme,

⁴⁷ La « restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi » a remplacé l'ancien critère d'« impossibilité de se procurer un emploi du fait du handicap » en 2008 et n'a été défini par décret qu'en août 2011. Sur ces réformes de l'AAH, voir Louis Bertrand, « Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion », *op. cit.*

⁴⁸ Article L241-10 du *Code de l'action sociale et des familles*.

⁴⁹ À titre anecdotique, remarquons qu'il arrive que des décisions soient prises en l'absence du médecin. Il est arrivé en observation que le médecin arrive en retard, et que l'équipe pluridisciplinaire commence à travailler et à prendre des décisions sans lui.

⁵⁰ Sur la cohabitation de différentes orientations dans les politiques publiques françaises du handicap voir Pierre-Yves Baudot, « Layering Rights... », *op. cit.*

même dans un département particulièrement volontaire en la matière, comme le département B de notre étude. Une évaluation strictement médicale y est encore très prégnante, et elle est ultra-majoritaire dans le département A. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Dans ce département, la pression de la demande et la faiblesse des moyens disponibles ont amené à confier la plus grande part de l'évaluation des demandes de RQTH à des médecins-évaluateurs qui travaillent seuls⁵¹.

De plus, la contextualisation de la demande de RQTH est rendue difficile par la forme du dossier de demande au moment de nos observations. Contrairement aux anciens formulaires de la Cotorep, il renseigne peu sur la situation de travail et sur le parcours du demandeur. S'y ajoute le fait qu'en matière d'insertion professionnelle, les MDPH ont peu de cartes en main : formellement, elles peuvent seulement octroyer une RQTH, orienter vers le milieu ordinaire, vers le milieu protégé ou vers une formation. Les lieux de la personnalisation du traitement et de l'accompagnement du demandeur sont plutôt le service public de l'emploi, la médecine du travail et les services spécialisés de recherche d'emploi ou d'aide au maintien dans l'emploi (Cap emploi et Sameth)⁵². La personnalisation des réponses des MDPH est plutôt attendue dans l'attribution de la PCH ou l'orientation en institution médico-sociale, objets de toutes les attentions politiques et associatives. L'incitation à une évaluation pluridisciplinaire des demandes liées à l'emploi est donc plutôt limitée⁵³.

⁵¹ Ces médecins peuvent bien sûr être plus ou moins sensibles à une approche médico-sociale de leur évaluation, et ne sont pas forcément tous tenants d'une évaluation strictement biomédicale. Néanmoins, le fait qu'ils doivent travailler seuls et rapidement ne favorise pas la prise de recul.

⁵² Sur ces services, voir également Lisa Buchter, « Tell Me Your Story: How Recruitment Practices Implementing Affirmative Action Laws May Undermine the Laws' Goals », *Law & Social Inquiry*, vol. 45, n° 4, 2020, p. 902-934.

⁵³ Même s'il y a par exemple des accords nationaux et locaux sur l'organisation des équipes pluridisciplinaires liées à l'emploi, organisant notamment la présence des partenaires du service public de l'emploi en équipe pluridisciplinaire.

La place des évaluations pluridisciplinaires et l'attention à des facteurs environnementaux dans l'évaluation du handicap sont donc contraintes par des facteurs qui paraissent peu discutés. L'organisation de l'évaluation des différentes demandes, qui formellement devrait toujours passer par une équipe pluridisciplinaire, fait l'objet de « normes secondaires d'application⁵⁴ » qui allouent la ressource rare de l'évaluation pluridisciplinaire aux demandes les plus complexes ou les plus conflictuelles⁵⁵. On peut y voir les conséquences d'une forme de « décentralisation par le partenariat », qui n'a jamais les moyens d'une attention aux demandeurs pourtant proclamée avec force⁵⁶. Reflet des inégalités territoriales plus qu'agent d'une « proximité » idéalisée, le « département-providence⁵⁷ » n'en peut mais.

⁵⁴ Pierre Lascoumes, « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'Année sociologique*, vol. 40, 1990, p. 43-71.

⁵⁵ Léa Lima (dir.), *op. cit.*

⁵⁶ Hélène Béguin et Louis Bertrand, « Une approche critique de l'individualisation des politiques sociales : pistes de réflexion », dans Béatrice Muller, Jean-Claude Barbier et Maryse Bresson (dir.), *Les solidarités à l'épreuve des crises*, Paris, L'Harmattan, coll. « Institut de la ville et du développement », 2012, p. 95-111.

⁵⁷ Nicolas Demontrond, *op. cit.* ; Robert Lafore, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2004, p. 17-34.

Bibliographie

- Astier, Isabelle, *Revenu minimum et souci d'insertion*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. « Sociologie économique », 1997.
- Baudot, Pierre-Yves, « Le handicap comme catégorie administrative. Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2016, p. 63-87.
- Baudot, Pierre-Yves, « L'invention des délais. Pourquoi l'administration doit-elle répondre dans les temps ? », *Politiques sociales et familiales*, n° 119, 2015, p. 5-18.
- Baudot, Pierre-Yves, « Layering Rights: The Case of Disability Policies in France (2006-2016) », *Social Policy and Society*, vol. 17, n° 1, 2018, p. 117-131.
- Béguin, Hélène et Louis Bertrand, « Une approche critique de l'individualisation des politiques sociales : pistes de réflexion », dans Béatrice Muller, Jean-Claude Barbier et Maryse Bresson (dir.), *Les solidarités à l'épreuve des crises*, Paris, L'Harmattan, coll. « Institut de la ville et du développement », 2012, p. 95-111.
- Bertrand, Louis, « Politiques sociales du handicap et politiques d'insertion : continuités, innovations, convergences », *Politiques sociales et familiales*, n° 111, 2013, p. 43-53.
- Bertrand, Louis, « Situations et problématiques : le travail d'une magistrature sociale par ses mots », *Droit et société*, vol. 82, 2012, p. 603-620.
- Bertrand, Louis, Vincent Caradec et Jean-Sébastien Eideliman, « Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles », *Sociologie*, vol. 5, n° 2, 2014, p. 121-138.
- Borelle, Céline, « Qualifier des cas, produire concrètement des droits. Le cas du handicap », dans Pierre-Yves Baudot et Anne Révillard (dir.), *L'État des droits. Politique des droits et pratiques des institutions*, Presses de Sciences Po, 2015, coll. « Académique », p. 211-244.
- Buchter, Lisa, « Tell Me Your Story: How Recruitment Practices Implementing Affirmative Action Laws May Undermine the Laws' Goals », *Law & Social Inquiry*, vol. 45, n° 4, 2020, p. 902-934.
- Bureau, Marie-Christine *et al.*, « La traduction de la demande d'aide sociale : les cas du handicap et de l'insertion des jeunes », *Revue française d'administration publique*, n° 145, 2013, p. 175-188.

- Burke, Thomas F. et Jeb Barnes, « Layering, Kludgeocracy and Disability Rights: The Limited Influence of the Social Model in American Disability Policy », *Social Policy and Society*, vol. 17, n° 1, 2018, p. 101-116.
- Caradec, Vincent, Jean-Sébastien Eideliman et Louis Bertrand, *Être reconnu travailleur handicapé, entre logiques institutionnelles et trajectoires individuelles*, rapport de recherche à la MiRe/DRESS et la CNSA, Villeneuve d'Ascq, laboratoire CeRIES, 2012, <https://www.cnsa.fr/documentation/059-caradec-rapport.pdf>.
- CNSA, *Rapport sur l'appropriation du GEVA. Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*, Paris, CNSA, juin 2010, https://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_GEVA_signets-2.pdf.
- CNSA-DGEFP, *Guide pratique MDPH. Partie 1, fiche n°IV-1. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé*, Paris, CNSA, septembre 2008, http://www.mdp-971.fr/fiches-pratiques/PDF/Fiches_CNSA/Fiche_CNSA_RQTH.pdf.
- Code de l'action sociale des familles*, Légifrance, Le service public de la diffusion du droit, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/.
- Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre*, Légifrance, Le service public de la diffusion du droit, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006074068/.
- Demontrond, Nicolas, « Les maisons départementales de l'autonomie (MDA) : nouvelle étape de l'affirmation des départements-providence », *Droit et société*, n° 108, 2021, p. 425-441.
- Dussuet, Annie, Clémence Ledoux et Claire Sonnet, « Gouverner le pouvoir discrétionnaire des *street-level bureaucrats*. Le cas de la mise en œuvre de l'APA », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2022, p. 67-89.
- Fougeyrollas, Patrick, « Classification internationale "Modèle de développement humain-Processus de production du handicap" (MDH-PPH, 2018) », *Kinésithérapie. La Revue*, vol. 21, n° 235, 2021, p. 15-19.
- Lafore, Robert, « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 2004, p. 17-34.
- Lascoumes, Pierre, « Normes juridiques et mise en œuvre des politiques publiques », *L'Année sociologique*, vol. 40, 1990, p. 43-71.
- Lima, Léa (dir.), *L'expertise sur autrui. L'individualisation des politiques sociales entre droit et jugements*, Bruxelles, Peter Lang, coll. « Action publique », 2013.

- Perrier, Gwenaëlle, « “Mettre l’usager au cœur du dispositif” ? Regards croisés sur quatre maisons départementales des personnes handicapées », *Terrains & travaux*, n° 23, 2013, p. 93-112.
- Ravaud, Jean-François, « Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet », *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, n° 81, 1999, p. 64-75, <https://hal.science/hal-02264281>.
- Révillard, Anne, « Vulnerable Rights: The Incomplete Realization of Disability Social Rights in France », *Social Sciences*, vol. 7, n° 6, 2018, p. 1-16, <https://www.mdpi.com/2076-0760/7/6/88>.
- Sayn, Isabelle, « Le pouvoir de l’organisation : maîtrise des ressources juridiques et maîtrise du recours au juge dans la branche famille de la Sécurité Sociale », *Droit et société*, n° 67, 2007, p. 649-669.
- Stiker, Henri-Jacques, *Comprendre la condition handicapée. Réalité et dépassement*, Toulouse, Érès, coll. « Connaissances de la diversité », 2021.
- Weller, Jean-Michel, « La disparition des bœufs du Père Verdon. Travail administratif ordinaire et statut de la qualification », *Droit et société*, n° 67, 2007, p. 713-755.
- Winance, Myriam, Isabelle Ville et Jean-François Ravaud, « Disability Policies in France: Changes and Tensions between the Category-based, Universalist and Personalized Approaches », *Scandinavian Journal of Disability Research*, vol. 9, n°s 3-4, 2007, p. 160-181.