

Étude sur le pilotage et les collaborations dans le
champ de l'action sociale des collectivités locales à
destination des personnes handicapées

Rapport final – Synthèse

Ministère des finances et des comptes publics

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Sous-direction « Observation de la solidarité »

AGENCE PHARE

François Cathelineau – Emmanuel Rivat

Décembre 2015

Table des matières

1. INTRODUCTION : LES COLLABORATIONS ENTRE COLLECTIVITES LOCALES EN QUESTION(S)	3
2. LES POINTS DE VUE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES SUR LE HANDICAP	6
2.1. LES COMMUNES, ENTRE ACTION SOCIALE ET ACCESSIBILITE	6
2.2. UNE FAIBLE INTERVENTION DES INTERCOMMUNALITES	6
2.3. LES MDPH, DES SITUATIONS CONTRASTEES	7
2.4. LES DEPARTEMENTS : DE L'ACTION SOCIALE A L'AUTONOMIE	8
2.5. LES REGIONS, DES ACTIONS ECLATEES ET INDIRECTES SUR LE HANDICAP	8
3. LES FORMES DE COLLABORATION	9
3.1. LES CANAUX DE CIRCULATION DE L'INFORMATION	9
3.2. LES ECHANGES D'EXPERTISE ET DE BILAN	10
3.3. LES PARTENARIATS STRUCTURES	10
3.4. LA CONSTRUCTION D'ORIENTATIONS POLITIQUES PARTAGEES	11
4. LES FACTEURS ET FREINS DE LA COOPERATION ENTRE COLLECTIVITES LOCALES	12
4.1. LES FACTEURS DE LA COLLABORATION	12
4.1.1. UNE GOUVERNANCE MULTI-NIVEAUX INCITATIVE	12
4.1.2. LA DEFINITION DE PROBLEMATIQUES COMMUNES	13
4.1.3. LES NOUVELLES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES	13
4.1.4. LES RESEAUX D'INTERMEDIATION	14
4.2. LES FREINS IDENTIFIES A LA COOPERATION ENTRE COLLECTIVITES LOCALES	15
4.2.1. LA SECTORISATION DES POLITIQUES DU HANDICAP	15
4.2.2. LA DIVERSITE DES PRIORITES DES COLLECTIVITES	15
4.2.3. LA FAIBLESSE DES OUTILS DE RECENSEMENT DES BESOINS	16
4.2.4. LA CONCURRENCE DES ORIENTATIONS POLITIQUES SUR LES TERRITOIRES	16
5. CONCLUSION	18
5.1. LES APPROCHES DES COLLECTIVITES	18
5.2. LES FORMES DE COLLABORATION DES COLLECTIVITES	19
5.3. LA FAIBLESSE DE LA COLLABORATION TECHNIQUE SUR LES TERRITOIRES	20
5.4. LES FAIBLESSES DU PILOTAGE POLITIQUE DU DEPARTEMENT	22
5.5. LES PERSPECTIVES EXISTANTES DE RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION	23

1. Introduction : les collaborations entre collectivités locales en question(s)

On dénombre actuellement entre 2 et 11,5 millions de personnes en situation de handicap (PH) en France, en fonction de la définition retenue, dans un contexte de reconnaissance plus large du handicap¹. La hausse des demandes, et les difficultés des pouvoirs publics à répondre aux besoins posent clairement la question de savoir si, et comment, les collectivités territoriales collaborent efficacement autour du champ de l'action sociale en faveur des personnes en situation de handicap².

Alors que la loi de décentralisation de 2003 a confirmé le Département comme un acteur pilote du champ de l'action sociale, le handicap était jusqu'alors un champ d'action très cloisonné entre plusieurs secteurs de l'action publique (social, médico-social, sanitaire) qui ne facilitait pas la collaboration des collectivités. Avec la loi de février 2005, Il devient *a priori* un champ d'action plus transversal.

1.1. La loi de 2005 : un cadre législatif et réglementaire

La loi du 11 février 2005 réunit, dans un même texte, des dispositions favorisant la non-discrimination à l'égard des personnes handicapées à travers des législations de droit commun (éducation, logement, transports, etc.) et des mesures spécifiques. La loi de 2005 propose de dépasser une approche institutionnelle (limitant le champ aux allocataires de prestations ou aux personnes ayant une reconnaissance officielle d'un handicap), et la vision centrée sur les déficiences, avec une approche « de l'environnement social » du handicap autour de la construction d'un « projet de vie ».

Cette approche est concrétisée par la mise en place de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), une mesure de compensation destinée aux personnes ayant de graves difficultés dans la vie quotidienne. La prise en charge des personnes en situation de handicap est alors facilitée par la création d'un guichet unique d'accueil et de traitement des dossiers, avec la mise en place de MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées), auxquelles est confié l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles et l'octroi de la PCH.

Enfin, alors que le handicap a pendant longtemps été considéré comme un enjeu essentiellement médical, la loi de 2005 conforte le rôle du Département sur le sujet et entraîne un changement majeur pour l'action publique : le handicap n'est plus uniquement appréhendable par les acteurs du social, du médical et du médico-social, mais par un ensemble de structures et d'institutions pouvant intervenir soit par des dispositifs sectorisés, soit par des politiques désormais globales et transversales.

1.2. L'évolution de la place des acteurs en question

Le Département, est lui appelé à jouer un rôle central sur le sujet : la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé la décentralisation des politiques sociales des années 1980 en renforçant le rôle de chef de file du Département en matière sociale et médico-sociale. La Caisse

¹ Plus précisément, il existe entre 2 et 2,5 millions de PH si l'on se réfère aux situations administratives, et entre 5,6 et 11,5 millions selon la définition large issue de la loi 2005, Rapport IGAS, *Les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*, 2013.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, publiée au Journal officiel de la République française du 12 février 2005.

nationale de solidarité pour l'autonomie reconnaît d'ailleurs les Départements comme « *les acteurs premiers de l'action sociale, en particulier du champ de l'aide à l'autonomie* »³.

Pour autant, l'Etat demeure un acteur fort de la politique du handicap, les communes peuvent également jouer un rôle en faveur des personnes handicapées, notamment via leurs compétences d'action sociale à travers leurs centres communaux d'action sociale (CCAS), et les structures intercommunales (Etablissements Publics de Coopération Intercommunale - EPCI) peuvent également jouer un rôle sur plusieurs types de compétences.

Dans ce contexte, et depuis les lois de décentralisation évoquées, se pose la question de la montée en puissance des Régions, qui ne disposent pas à proprement parler de compétences sur l'action sociale mais peuvent intervenir en faveur des personnes handicapées via leurs propres champs de compétences : lycées, transports, formation, etc.

1.3. Les enjeux de l'action sociale en faveur des PH

La politique du handicap se résume dès lors souvent à *une politique par les dispositifs* qui segmente et sectorise la diversité des publics, des compétences, des financements et une diversité et une inégalité de territoires. Le périmètre de l'action sociale demeure multiforme et peu défini, pouvant relever de l'action sociale et de l'aide sociale légale des Départements, de l'action sociale facultative des communes ou des intercommunalités, ou encore des politiques de droit commun des Régions ayant pour finalité la cohésion sociale.

A ces différents enjeux, il faut ajouter que chaque collectivité dispose d'une certaine autonomie pour définir son action et ses collaborations autour du handicap, notamment en fonction des territoires. Ainsi, tous les acteurs n'ont pas forcément la même compréhension des priorités concernant le handicap, et l'action sociale à destination des personnes en situation de handicap en particulier⁴. Chaque acteur, en fonction de ses orientations politiques, peut aussi considérer que le partenariat avec tel ou tel acteur est, ou n'est pas, pertinent.

Les enjeux de l'action sociale en faveur des PH s'inscrivent également dans un contexte de hausse globale de la demande d'accompagnement ; si elle n'est pas l'objet de cette étude, elle peut avoir des effets pour chaque collectivité et sur la collaboration entre collectivités territoriales. Les effets de cette hausse doivent notamment se comprendre sous l'angle du contexte de la réduction des dotations de l'Etat, qui peuvent amener les collectivités territoriales à se replier sur elles-mêmes, ou bien au contraire à rechercher de nouvelles synergies.

1.4. Cadre analytique et méthodologique

Dans ce contexte, si le Département est désigné – et renforcé – par la loi de 2005 comme le pilote de l'action sociale, rares sont pourtant les études ou rapports qui questionnent véritablement l'existence, l'ampleur et la forme des collaborations entre les différents types de collectivités territoriales (communes, intercommunalités, département, et Région) autour du handicap⁵. Nous

³ CNSA, « MDPH : entre optimisation et innovation, une exigence toujours plus forte ». *Synthèse des rapports d'activité 2013 des Maisons départementales des personnes handicapées*, décembre 2014.

⁴ Il s'agit d'un point récurrent dans la construction des politiques publiques en France, Hassenteufel, P., « Les processus de mise à l'agenda : sélection et construction des problèmes publics », *Informations sociales*, n°157, 2010, pp. 50-58.

⁵ Voir pour un exemple : Mines Paris Tech, « La coordination dans le champ de l'action sociale. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », *Etude réalisée pour la fondation Paul Benetot*, 2011, p.46-47.

partons dans cette étude du postulat qu'il existe une certaine autonomie d'interprétation des compétences, d'intervention et donc de collaboration des collectivités territoriales sur le handicap.

Nous proposons ici de mobiliser la sociologie des réseaux de politiques publiques, dont l'intérêt pour l'étude des collaborations des collectivités dans le champ du handicap est triple :

- analyser les types de ressources que mobilisent les acteurs, et notamment les pratiques et les effets de « mise en réseau » des collectivités ;
- s'interroger sur les modalités de la construction des discours communs autour du handicap comme objet de l'action publique ;
- identifier quels types d'acteurs peut jouer un rôle dans la collaboration entre collectivités.

A partir de cette grille d'analyse, la problématique de l'étude est donc la suivante : **Comment la coopération et le pilotage de l'action sociale en faveur des personnes handicapées par les collectivités territoriales peut-elle s'exercer de façon cohérente, entre les objectifs, les dispositifs et les moyens alloués?**

Pour répondre à la problématique, nous mobilisons alors quatre hypothèses:

- Hypothèse 1 : La coopération entre collectivités locales est facilitée par la structuration interne (et notamment transversale) des services.
- Hypothèse 2 : La coopération des collectivités s'articule autour de la circulation et du partage d'information, qui peut faciliter une compréhension commune et partagée des publics et de leurs besoins.
- Hypothèse 3 : La coopération des collectivités s'articule autour d'échange de pratiques pour résoudre des problématiques ou des cas spécifiques.
- Hypothèse 4 : La coopération des collectivités est facilitée par la valorisation d'initiatives, d'innovations ou de formes de partenariats menées par des collectivités spécifiques ou des associations.

Un enseignement central de cette étude, a été de constater que le handicap n'est pas seulement une thématique cloisonnée dans le champ de l'action sociale. **Les collectivités interviennent et collaborent sur le handicap dans de nombreux autres domaines d'intervention (action sociale, mais aussi transport, habitat, éducation, culture, innovation, économie et emploi)**, comme en témoignent les multiples terrains de collaboration que nous avons pu observer au cours de l'enquête.

1.5. Terrain d'enquête et méthodologie

Un terrain d'enquête a été mené dans cinq départements (Mayenne, Charente-Maritime, Corrèze, Nord et Pas-de-Calais) autour de plusieurs axes :

- en réalisant des entretiens semi-directifs avec des acteurs des collectivités territoriales du champ lié à l'action en faveur des PH (techniciens et élus référents sur le handicap des communes, intercommunalités, Départements, Régions et directions de CCAS et MDPH) ;
- en réalisant une cartographie et une analyse des réseaux d'acteurs permettant de mesurer leur degré de participation à des dynamiques de rencontres et d'échanges autour de la question du handicap.

En tenant compte des enseignements de la littérature présentés ci-dessus, le rapport ci-dessous présente d'abord les différents points de vue des collectivités territoriales sur le handicap, avant de

préciser les formes de collaborations qu'elles peuvent développer, et les facteurs et freins de ces collaborations.

2. Les points de vue des collectivités territoriales sur le handicap

L'étude montre ici que la plupart des collectivités (communes, intercommunalités, Département) ont développé des politiques sectorielles sur le handicap qui ne se limitent pas à l'action sociale, à l'exception notable des plus grandes communes et des Régions qui ont pu développer dans une certaine mesure des approches plus transversales.

2.1. Les communes, entre action sociale et accessibilité

L'action des communes sur le handicap se positionne, très souvent, entre action sociale et accessibilité et la plupart peuvent intervenir dans le cadre de l'aide extra-légale avec l'action sociale facultative, sur l'accessibilité du cadre de vie et la reconnaissance des PH en tant que citoyens. Il est alors important de souligner une forte différence d'approche entre les communes plus petites et les communes plus importantes.

L'action directe des petites communes sur le handicap est généralement très sectorisée et peu prioritaire. Elle peut prendre différentes formes : l'absence d'actions envers les PH, la politique d'action sociale de proximité la politique du logement/habitat, la politique de l'accessibilité aux transports et la politique en faveur des personnes âgées. La plupart des « petites » communes accueillent et accompagnent surtout les PH au sein du flux de « tout-venant » pour les informer de leurs droits et/ou les prendre en charge, mais elles ne déclarent pas mener de politique globale ou transversale sur le handicap.

A la suite de la loi de février 2005, les plus grandes communes (dans notre étude : Laval, La Rochelle, Brive, Lille – à l'exception de Lens) se sont emparées de la question du handicap comme un enjeu plus global, avec des problématiques souvent complexes. Elles ont également, pour y parvenir, mobilisé plus de moyens techniques et financiers que les petites communes. Cette action peut se décliner autour de plusieurs axes : l'accessibilité des PH au transport et aux bâtiments de la commune, à la culture (Laval et La Rochelle), des chantiers sur huit thématiques extralégales (Brive) l'accessibilité via une plus grande mixité des publics, handicapés ou non (Lille). A Lens, il n'y a pas de politique publique en termes de handicap.

Cette approche globale et transversale des plus grandes communes contribue à remettre en cause l'hypothèse d'un Conseil général comme unique chef de file sur le handicap – il est considéré comme tel, mais uniquement sur l'action sociale. La légitimité de l'action sur le handicap des plus grandes communes peut ainsi provenir d'un positionnement contrasté avec l'approche « sociale » du Département, perçu comme le dépositaire légitime de l'action sociale.

2.2. Une faible intervention des intercommunalités

Les intercommunalités, en principe, ne disposent pas de compétences dans le champ de l'action sociale. Pour autant, il apparaît que sur certains territoires, elles peuvent intervenir de différentes manières sur le handicap dans le cadre de compétences qui recoupent la vie des personnes

handicapées (transport, habitat, patrimoine, etc.). Dans l'ensemble, sur nos terrains d'enquête, les intercommunalités interviennent peu sur la question du handicap : cette question est peu prioritaire, trop politique, ou bien fortement sectorisée.

Cependant, lorsque les EPCI se saisissent de la compétence « personnes handicapées », on retrouve globalement les mêmes axes d'interventions que les plus petites communes : actions de proximité dans le cadre de l'action sociale (portage de repas à domicile, aide-ménagère, petits travaux) création, et gestion des hébergements destinés aux personnes handicapées, actions sur le vieillissement des PH, question de l'accessibilité des bâtiments publics de l'intercommunalité

L'échelle intercommunale, dans ce cas, est perçue comme un instrument de mutualisation de ressources et de couverture du territoire. Mais si l'ambition pour l'intercommunalité est de prendre en compte tous les handicaps, l'accent est fortement mis sur la mobilité des PH et de l'accessibilité (aux transports, aux bâtiments) pour des raisons de compétences en interne. Certains outils à disposition des intercommunalités, tels que les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) sont soit inexistant, sont rarement opérationnels, bien qu'ils suscitent l'intérêt de certains élus.

Autre instrument, la Commission Intercommunale pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées (CIAPH) ne favorise pas nécessairement la transversalité entre les secteurs de l'agglomération, ce qui pénalise la prise en compte de tous les handicaps. Sa fonction de la CIAPH semble généralement davantage relever d'une logique de « rendre des comptes » sur les actions effectuées par chacune des communes, que de favoriser l'émergence de projets communs.

2.3. Les MDPH, des situations contrastées

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont issues de la loi du 11 février 2005, qui réforme le dispositif public d'évaluation par l'organisation d'un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire. Les MDPH sont chargées, outre cette mission, d'organiser l'accueil, le conseil et l'orientation des personnes handicapées et sont le siège d'une Commission des droits et de l'autonomie se prononçant sur l'ensemble des droits et prestations.

Les différents terrains d'enquête ont permis de vérifier la grande diversité des configurations dans lesquelles s'inscrivent les MDPH : plus ou moins indépendantes du Conseil départemental, plus ou moins outillées, plus ou moins submergées par l'accroissement des demandes, la MDPH constitue un lieu de constitution, voire de diffusion d'une culture commune entre les différents acteurs du territoire.

Si la MDPH peut ainsi être vue comme un acteur-pivot du handicap sur les territoires, sa relative lourdeur administrative constitue dans certains cas un frein à des relations partenariales qui peuvent être plus fluides dans d'autres domaines – y compris dans un domaine proche comme celui des personnes âgées. Le double rôle de pivot de la MDPH ne va donc, dans les faits, pas de soi et la création de Maisons de l'Autonomie ne masque pas la difficulté à articuler les deux champs.

La MDPH est donc rarement un facteur de collaboration des acteurs sur les territoires, sinon sous la forme de collaboration bilatérale, « au coup par coup », avec les communes. La logique de guichet unique de la MDPH a également un impact fort sur son approche du territoire, qui est relativement faible. A part des concertations menées avec des grands CCAS, l'enquête montre que les MDPH sont plus dans la réaction à des demandes formulées par les communes et les CCAS au coup par coup que dans une véritable logique d'animation de territoire.

2.4. Les Départements : de l'action sociale à l'autonomie

La loi de février 2005 reconnaît clairement le Département comme le chef de file de l'action sociale, pouvant ainsi impulser une dynamique de coopération entre les différents acteurs du handicap⁶. L'intervention des Départements sur le handicap est fortement structurée par l'action sociale, qui constitue l'essentiel des compétences départementales (action en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance, prévention et insertion des personnes en difficulté). Pour autant, les Départements se sont progressivement éloignés d'une vision sectorielle du handicap pour adopter une approche plus tournée vers la convergence entre les politiques envers les PA et les PH.

Tous les Départements du terrain d'enquête ont ainsi fait le choix de passer d'une approche sectorielle de l'action sociale sur le handicap à une approche plus transversale aux PA et PH. Ce choix a été principalement institué par les Départements autour de plusieurs enjeux : pour maîtriser les budgets ; pour une plus grande cohérence, avec le passage dans un Département d'un vice-président aux PA et d'un vice-président aux PH à un unique vice-président à l'autonomie, pour démultiplier les réseaux (contacts).

A la lumière de ces différentes configurations, il apparaît bien que la catégorie de l'autonomie n'est pas toujours précisément définie par les acteurs qui l'emploient, sinon de manière très différente selon les départements, quand bien même elle est institutionnalisée sous une forme ou une autre (service de l'autonomie, Maison de l'autonomie, Schéma de l'Autonomie, etc.). Ces différentes conceptions de la politique de l'autonomie des Départements peuvent avoir des implications fortes sur les formes et les réseaux de collaboration des Départements, comme nous le verrons ensuite.

2.5. Les Régions, des actions éclatées et indirectes sur le handicap

La Région n'a pas de compétence en principe dans le champ de l'action sociale, et donc sur l'action sociale autour du handicap. Certaines Régions se sont très peu investies sur le handicap car le Conseil Régional considère qu'il s'agit d'un enjeu social ou médico-social, et ne fait pas partie de ses compétences. Lorsqu'ils le souhaitent, les Conseils régionaux peuvent ainsi intervenir sur le handicap via leurs propres compétences obligatoires: l'accessibilité dans les établissements et les transports, l'autonomie des personnes dans les établissements (lycées et CFA) ; animation et innovation ; l'emploi, et en tant qu'employeur, dans leurs propres services; la sensibilisation du grand public. Pour autant, d'autres Conseils régionaux ont adopté des actions sur leurs compétences facultatives (notamment culture) et une démarche active de promotion du handicap auprès des autres collectivités.

Dans les Régions peu engagées sur le handicap, l'action à l'échelle du territoire régional est alors principalement structurée par : l'ARS, en lien avec les Départements lorsque ceux-ci « mutualisent » leurs interactions avec l'institution (par exemple avec le rapprochement des deux Départements du Nord-Pas-de-Calais) ; des actions plus ou moins ponctuelles, comme en Limousin avec l'appel à projets *Handicap et dépendances*.

Dans ce type de Région, le handicap relève potentiellement de plusieurs services, qui n'ont pas nécessairement de visibilité sur ce que peuvent faire les uns et les autres. Autrement dit, les actions

⁶ Loi de février 2005.

de la Région demeurent fortement internes et sectorisés, plutôt que tournées vers la recherche de collaborations internes ou externes.

A l'inverse, pour d'autres Régions, notamment les Régions Pays de la Loire et Poitou-Charentes, le handicap est considéré comme une thématique globale et transversale à laquelle il était important de donner une cohérence. Ainsi, avant et dans le sillage de la loi de 2005, elles se sont positionnées comme des acteurs souhaitant intervenir sur le handicap.

Le premier Agenda 22 en France a été mis en place dans la Région Poitou-Charentes, en décembre 2008. Elle a ainsi cherché à jouer un rôle plus important sur le handicap, au-delà de ses compétences classiques. Elle a apporté un soutien technique et stratégique aux acteurs désireux de mener un Agenda 22 en accompagnant les territoires dans la mise en place d'agendas 22 locaux.

3. Les formes de collaboration

L'étude des formes de collaboration entre les collectivités autour du handicap et de l'action sociale en faveur des personnes handicapées montre que interactions peuvent prendre des formes très différentes. Elles peuvent avoir lieu entre des types d'acteurs distincts (élus ou des techniciens) ; être bilatérales ou collectives ; formelles (et notamment conventionnées) ou non-formelles ; de court ou moyen-terme ; être structurées autour d'un type de soutien (technique, stratégique, ou politique) ; être conçues en fonction d'actions, de thématiques ou publics spécifiques.

3.1. Les canaux de circulation de l'information

Il paraît d'abord essentiel de s'interroger sur les canaux de circulation d'information qui peuvent exister entre les acteurs du champ du handicap. La circulation de l'information technique constitue souvent une priorité importante de l'action des collectivités et un point de faiblesse de la prise en charge et de l'accompagnement des PH⁷. Nous considérons ici qu'il est essentiel d'analyser ici cette première forme de collaboration, plus ou moins formelle et plus ou moins ponctuelle, qui se déploie en amont et en deca de formes plus institutionnalisées ou politiques de collaboration.

Pour faire face aux enjeux liés à la hausse des demandes des publics, des échanges réguliers d'information et de pratiques existent, au niveau des professionnels, entre les CCAS, autour de l'échange de pratiques. Ces relations permettent de faciliter la circulation de l'information autour de l'appréhension de nouveaux publics, de nouvelles demandes, de cas complexes, et de l'échange de pratiques pour apporter des réponses concrètes aux PH. Les échanges d'information et de pratiques des CCAS demeurent cependant très ponctuels car l'accompagnement des PH se fait au cas par cas, au coup par coup, sans toujours rentrer dans le contexte d'une relation formelle.

A cet égard, il apparaît que la plupart des communautés d'agglomérations ne s'emparent pas de la compétence d'action sociale. De fait, à part le travail sur la question de l'accessibilité, les relations

⁷ Les différents Schémas départementaux étudiés témoignent ainsi d'un fort engagement des Départements sur la manière de soutenir et de renforcer la circulation de l'information vis-à-vis des publics et entre les institutions, notamment entre la MDPH, les services du Département, voire les communes et les CCAS, Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale personnes handicapées 2010-2014, Mayenne, Schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées 2013-2017 de Charente-Maritime. Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 du Nord, Schéma départemental en faveur des enfants et adultes en situation de handicap 2011-2015 du Pas-de-Calais, Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 de Corrèze.

demeurent très faibles avec les communes ou les CCAS. Une grande partie des acteurs a des relations de collaboration avec l'agglomération qui portent uniquement sur le transport, mais peu sur l'action sociale et qui dénoterait d'une vision globale du handicap. Nous avons ainsi pu constater que des réseaux de référents handicaps, organisés à l'échelle intercommunale, ne parvenaient pas à dépasser les logiques de concurrence entre communes.

3.2. Les échanges d'expertise et de bilan

Le rôle de la MDPH comme guichet unique d'accueil et d'évaluation des demandes de PH est de ce point de vue bien identifié par l'ensemble des acteurs comme un acteur ressource. Les communes peuvent ainsi répondre à certaines demandes, et/ou bien envoyer et assister les demandes des personnes vers le service accueil de la MDPH et endossent ainsi un rôle de premier accueil des personnes handicapées.

En ce sens, La loi de 2005 favorise bien une mutualisation des besoins avec la MDPH comme chef de file technique. Elle joue ainsi deux rôles : elle développe d'une part une expertise sur les publics handicapés (à leur contact et via ses relations partenariales), d'autre part, elle constitue un lieu de constitution, voire de diffusion d'une culture commune entre les différents acteurs du territoire, notamment au sein de la CDAPH, mais également en étant à l'écoute des besoins et demandes de certains acteurs du territoire, principalement les plus CCAS les plus importants.

L'action des intercommunalités sur le handicap est également particulièrement visible sur le volet des transports, bien plus que sur celui de l'action sociale qui demeure à bien des égards une compétence du Département ou des communes. Le rôle de la commission/ou groupe de travail « accessibilité et handicap » intercommunal est particulièrement visible sur l'harmonisation des actions des communes sur l'accessibilité des transports et de la voirie en faveur des PH. Les EPCI peuvent accompagner et fournir une expertise à des petites communes sur le handicap.

Pour autant, le travail de collaboration autour des agglomérations est fragile car principalement tournée vers les compétences « transport » de l'agglomération, et d'autre part, car il demeure fortement sectoriel : ce travail ne permet pas forcément aux plus petites communes de devenir plus autonomes, et se résume à un travail de bilan et de partage d'information sur les avancées des différentes communes, plutôt qu'une vision stratégique globale et transversale sur le handicap.

3.3. Les partenariats structurés

La capacité du Département à créer des formes de collaboration autour du handicap à l'échelle départementale et à l'échelle locale dépend fortement de sa capacité à animer des réseaux locaux et à proposer des formes de pilotage de l'action publique. Il est connu que l'action et l'efficacité du Département dans la collaboration des collectivités repose en grande partie sur le rôle moteur des élus locaux qui soutiennent l'interdépendance des différents espaces politiques locaux et nationaux⁸. Ils peuvent collaborer directement les uns avec les autres au sein du Conseil Départemental, et de la commission dédiée au handicap, ainsi qu'au sein des associations d'élus.

L'action du Département sur les territoires peut prendre plusieurs formes : l'action départementale décentralisée des espaces de coopération locaux, autour des situations d'usagers et des espaces de

⁸ Frinault, F., « Du guide des aides aux contrats de territoire : un triple repositionnement départemental », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 30/2 | 2013

structuration de l'animation territoriale. De ce point de vue, le terrain d'enquête montre pour autant que le Département structure son action par un pilotage beaucoup plus technique que politique. Ainsi, les élus et les techniciens ne parviennent pas nécessairement à animer des réseaux de collaboration avec d'autres types d'acteurs (communes, EPCI, Régions).

La Région a également construit plusieurs partenariats dans ses différents champs de compétences avec l'ensemble des collectivités : avec les communes autour de la mise en accessibilité des transports régionaux, en relation avec les gares ou les voiries des communes avec les Rectorats autour de l'autonomie des lycéens ; avec certains Départements pour le transport et certaines MDPH pour communiquer sur l'existence de dispositifs de la MDPH ; et de manière générale avec les associations et les entreprises du territoire sur le financement de projets régionaux innovants, à l'image de l'Autonom'Lab, avec un co-financement de l'Union européenne, qui est devenu un GIP en janvier 2015, cofinancé par la Région, l'ARS, la Caisse des dépôts et les trois Conseils départementaux (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne).

Dans notre terrain d'enquête, la formalisation la plus aboutie d'une stratégie de partenariat se trouve dans la mise en d'une démarche d'Agenda 22 par certaines Régions, appuyée sur des temps de concertation qui ont permis de solliciter les associations et différentes collectivités territoriales (communes, Départements) pour prendre en compte les besoins, les publics et les actions existantes des territoires. Dans le contexte de fusion des Régions, ces démarches d'Agenda 22 ne sont pas sans questionner celles qui n'en sont pas encore dotées – l'Agenda 22 de Poitou-Charentes suscite ainsi un intérêt fort chez le Conseil régional du Limousin, qui y voit l'occasion de rapprocher son expertise sur le « bien-vieillir » avec celle de Poitou-Charentes sur le handicap.

3.4. La construction d'orientations politiques partagées

Au-delà des différentes formes de collaboration déjà analysées, les collectivités sont également en compétition pour définir politiquement le champ du handicap et la meilleure échelle d'élaboration d'orientation stratégiques. Si les communes, dans l'ensemble, semblent très peu échanger directement entre elles sur les questions liées aux personnes handicapées, certaines d'entre elles se rencontrent régulièrement au sein de l'UDCCAS (Union Départementale des CCAS). Elles profitent de cet espace pour échanger sur les besoins des territoires, définir des priorités et des actions communes dans le champ de l'action sociale, et éventuellement sur les questions de handicap.

Il apparaît d'une part que si l'UDCCAS n'est pas toujours active, elle peut jouer un rôle important pour les acteurs des communes pour échanger sur l'évolution de la demande, des cas complexes, et les solutions à y apporter. Ici, le rôle important joué par l'UDCCAS peut s'expliquer en partie par l'absence d'implication de l'intercommunalité sur les questions liées à l'action sociale. Pour les communes, l'espace social de débat est bien davantage représenté par l'Union départementale que par l'agglomération. Les entretiens menés montrent cependant que très souvent le handicap n'est pas une thématique prioritaire lors des réunions qui y ont lieu, contrairement aux questions autour des PA.

Les Schémas départementaux du handicap constituent également un outil important de construction d'une politique commune autour d'une volonté affichée de concertation⁹. A travers cela, le Département cherche également à se départir d'un rôle traditionnel de « banquier des communes »,

⁹ Le Département peut avoir un rôle de médiateur, d'assembleur, qui « demande de simplifier, de trouver des dérogations à des mesures comme la PCH » - « on est plus dans la construction de partenariat que dans un cadre directeur où on dirait « voilà, le Département dit il faut faire comme ça », Entretien avec un Conseil départemental.

à partir duquel il ne peut maîtriser ce qu'il finance, à un rôle inédit de concepteur, de partenaire et d'arbitre que le vocable de « co-construction » est venu symboliser.

Pour autant, le Schéma départemental ne constitue pas un moyen d'animation technique ou politique des territoires en tant que tels : très rares alors sont les Départements qui élaborent de réelles actions d'animation et de pilotage d'actions dans l'ensemble du département auprès des différents acteurs associatifs, et plus particulièrement des collectivités. Dans l'ensemble, le Département dispose avec le Schéma départemental d'un outil fort, souvent construit en collaboration étroite avec l'ARS, mais qui n'est pas toujours mis en œuvre, du moins régulièrement mis en œuvre.

4. Les facteurs et freins de la coopération entre collectivités locales

L'étude a montré que les formes de collaboration sont rares, et interviennent à plusieurs niveaux d'action en dehors de tout principe de hiérarchisation stricte provenant de l'Etat. Pour cette raison, la dynamique politique du handicap s'inscrit dans un schéma complexe de « gouvernance territoriale » dans lequel l'Etat et les Départements jouent un rôle d'incitateur plus que d'intervention pour coordonner une multitude d'acteurs qui se mobilisent, s'organisent ou se concurrencent par eux-mêmes en fonction de réalités ou de rapports de force territoriaux.

4.1. Les facteurs de la collaboration

L'émergence de collaboration des collectivités, au prisme de l'analyse des réseaux de politiques publiques, doit donc interroger comment partagent ou non une conception commune de l'architecture institutionnelle du champ du handicap, une convergence de leurs actions autour de publics ou des réponses communes, des ressources à produire et partager, et partagent notamment les mêmes types de réseaux politiques (élus) ou techniques (chargés de mission).

4.1.1. Une gouvernance multi-niveaux incitative

En premier lieu, le territoire constitue un facteur important de collaboration entre collectivités. En effet, les organisations peuvent chercher à collaborer lorsqu'elles identifient le fait qu'elles ont des publics communs (personnes âgées, par exemple) ou des solutions communes (services de livraison de repas, de maintien à domicile, places de logement).

➤ **La reconnaissance du rôle de proximité :**

Le territoire est souvent structurant dans le choix de compétences car la proximité est vue comme une garantie de la qualité du service pour les publics. Le Département éprouve justement une certaine difficulté à justifier son rôle de pilote sur les territoires par rapport au travail de proximité des CCAS et des communes. Les acteurs du Département mettent alors surtout leur capacité à garantir l'égalité des PH devant l'accès à des prestations, leur capacité à penser et expérimenter le handicap comme un parcours pour tous les publics et sur tous les territoires.

➤ **La contractualisation comme cadre de coopération incitatif :**

La contractualisation constitue un cadre de coopération incitatif, des contractualisations préexistantes entre collectivités pouvant favoriser l'émergence de collaborations spécifiques sur le handicap, c'est

le cas des Contrats locaux de santé en Pays de la Loire. Autre exemple, la Région Poitou-Charentes a laissé ouverte la question de la forme de collaboration souhaitée par les collectivités. La mise en place des SROMS sur l'offre médico-sociale constitue par ailleurs un facteur qui engage une grande diversité d'acteurs à travailler ensemble¹⁰.

➤ **Les projets locaux expérimentaux et innovants :**

En troisième lieu, les projets locaux expérimentaux sont un autre facteur de collaboration, notamment lorsqu'ils reçoivent un soutien important de la part d'acteurs divers – en région Limousin, la possibilité de transformer un instrument régional, l'Autonom'Lab en Groupement d'Intérêt Public a été l'occasion d'associer et de favoriser le rapprochement entre collectivités locales. Ce type de projets facilite des processus ascendants de travail qui ne touchent pas directement à l'architecture politique des secteurs, les collectivités ne s'affrontent pas directement sur la définition de leurs compétences, et elles peuvent y trouver un fort intérêt pour se réformer en intégrant de nouvelles pratiques de faire et de problématiques communes.

4.1.2. La définition de problématiques communes

Sur chacun des territoires, le terrain d'enquête permet d'identifier que les organisations travaillent plus entre elles lorsqu'elles identifient différents types de problématiques, plus ou moins complémentaires. Les collectivités peuvent intervenir lors des différentes temporalités de la prise en charge et de l'accompagnement des PH (prévention, évaluation, financement, accompagnement). Le terrain d'enquête permet d'identifier alors plusieurs types de problématiques qui peuvent inciter les collectivités à travailler entre elle de façon ponctuelles ou plus durables :

- les problématiques d'urgence ou de réponses ad hoc aux situations des PH ;
- les problématiques d'innovations sociales ;
- les problématiques de cas complexes ;

Il est important de souligner que ces problématiques ont toute un effet positif pour la collaboration des collectivités sur un plan : la manière dont elles considèrent les PH (recherche de solution *ad hoc*, situation d'urgence, complexité sociale et médico-sociale des cas, innovation sociale) permet aux collectivités de dépasser un raisonnement purement sectorisé des questions de handicap, d'élargir le champ des spécialistes, et de regrouper autour de la table des acteurs divers des champs sociaux, médico-sociaux, et médicaux.

4.1.3. Les nouvelles ressources internes et externes

Les collectivités parviennent à collaborer lorsqu'elles sont en mesure de mobiliser des ressources internes ou externes. Il est important de préciser quels sont les différents types de ressources qu'elles peuvent mobiliser (institutionnelles, humaines, expertises, financières), mais également comment la co-construction des ressources peut être un facteur de collaboration.

➤ **Les personnes-ressources peuvent remplir plusieurs rôles :**

Elles peuvent renforcer la connaissance et l'interconnaissance de l'action des collectivités: faciliter la circulation de l'information sur le service des structures et les dispositifs existants, identifier des besoins exprimés par les PH ou les associations, ou encore identifier des points de collaboration sur

¹⁰ Projet Régional de Santé, Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, 2013-2016.

des types de publics ou des problématiques spécifiques (réponses *ad hoc*, cas d'urgence, cas complexes, ou encore réponses innovantes).

➤ **Les espaces de mutualisation des actions et des ressources :**

Ils constituent un autre facteur de collaboration ; l'intercommunalité apparaît de ce point de vue comme un espace d'échange privilégié pour les communes sur les questions d'accessibilité, principalement en aidant les petites communes sur le plan technique pour comprendre l'évolution de la législation sur le handicap (et notamment avec la mise en place des Adap) ou les enjeux de la mise aux normes des bâtiments des communes.

➤ **La diffusion de bonnes pratiques :**

Elle constitue un facteur important de la collaboration des collectivités. Les entretiens permettent d'identifier plusieurs types de bonnes pratiques : sur l'accueil et l'information des publics, le financement de demandes de matériels (qui sont en principe dévolues au Département mais auxquelles peuvent répondre certaines communes), la connaissance de l'évolution des politiques ou des actions sur le handicap, ou encore l'adaptation des actions d'une commune dans une autre commune. Un enseignement important de l'étude est que les formes de collaboration dans le champ du handicap peuvent être inspirées et émerger en raison de l'importation de formes de collaboration souvent issues d'autres champs de l'action publique.

4.1.4. Les réseaux d'intermédiation

Les réseaux de professionnels peuvent être des facteurs de collaboration lorsqu'ils contribuent à définir des problématiques et à faire circuler des ressources partagées entre les collectivités. Les réseaux d'élus jouent un rôle fondamental dans la construction des formes de collaboration des collectivités autour du handicap.

➤ **Les réseaux d'élus :**

La capacité des élus à « créer des liens » est cependant fortement limitée par le fonctionnement hiérarchique du système politique français qui cloisonne très fortement l'articulation du politique et du technique.

➤ **Les réseaux de techniciens :**

Le terrain d'enquête a permis de montrer que les techniciens peuvent également faire émerger ou faciliter des collaborations entre les collectivités, à plusieurs niveaux : soit directement entre des techniciens des communes, qui se contactent et se connaissent de façon informelle, soit plus largement entre des professionnels des champs du médical, médico-social et de l'action sociale, reconnus et soutenus à différentes échelles d'action par les communes, les départements, ou les régions. Ces réseaux facilitent l'élargissement du cercle d'acteurs, du champ de l'analyse, du croisement des compétences, et des échanges de pratiques sur des cas complexes, mais ils peuvent aussi rester l'apanage de grandes communes capables de financer et d'animer de tels réseaux¹¹.

¹¹ Par exemple, le réseau sur la santé mentale de La Rochelle.

4.2. Les freins identifiés à la coopération entre collectivités locales

La construction de la question du handicap dans une approche globale et transversale rencontre plusieurs obstacles : la sectorisation des politiques de handicap, la construction d'outils communs, et enfin le poids des enjeux politiques peuvent venir sanctuariser la définition des territoires ou des compétences de chacun, achevant de créer une inertie souvent insurmontable pour les collectivités désireuses de trouver des interlocuteurs sur le sujet du handicap.

4.2.1. La sectorisation des politiques du handicap

Parce que le handicap et les PH se situent au croisement de plusieurs secteurs, les collectivités peuvent rencontrer les plus grandes difficultés à construire des problématiques et des ressources communes, et des dynamiques de mise en réseau. Les effets de la sectorisation des politiques publiques sont largement connus et analysés par les travaux en sciences politiques. Ici, ils se traduisent par une absence de connaissance et donc de coordination des acteurs du champ du handicap, ainsi que par la faiblesse des approches transversales du handicap vis-à-vis des logiques sectorielles.

Un premier frein à la collaboration entre collectivités réside en une difficulté pour les acteurs publics de dépasser les fonctionnements « en silo » pour adopter une posture plus transversale ; cela se traduit concrètement par une identification toute relative des différents acteurs pouvant intervenir sur le handicap, leurs compétences et marges de manœuvre étant souvent mal connues. Cette faible interconnaissance peut se retrouver à différentes échelles : méconnaissance des actions réalisées par une « petite collectivité » (la commune) par une plus grande collectivité (le Département), mauvaise perception du positionnement de la MDPH par les collectivités, méconnaissance mutuelle des logiques d'action des différentes collectivités, notamment entre les Départements et les Régions.

4.2.2. La diversité des priorités des collectivités

L'intervention des collectivités varie beaucoup en fonction des types de publics, de leurs moyens, mais également en fonction du cadrage des différentes priorités politiques à l'œuvre à l'échelle de la collectivité (solidarité, action sociale, cohésion sociale, etc.) et du territoire. Pour les plus petites communes, l'action auprès des PH est souvent perçue comme une question médicale, ou une question sociale alors dévolue aux Départements.

Il apparaît très clairement que la loi de 2005 a pu faciliter, quand les collectivités (communes, départements) ont mis en place des actions de sensibilisation, une meilleure prise en compte du handicap par les techniciens et les élus. Le principal effet a été de renforcer une approche « citoyenne » et en fonction de l'environnement des personnes, mais aussi de complexifier les « cas » de la prise en charge des PH.

Une autre tendance forte observée sur le terrain d'enquête est que certaines collectivités (communes, départements) ont renforcé la relation entre prise en charge des PA et des PH, notamment pour faciliter la prise en charge du vieillissement des personnes handicapées : certaines collectivités cherchent par des actions à faire le lien entre les PH et la politique en direction des PA, notamment pour leur rendre accessible l'aide à domicile ou l'hébergement en établissement.

A cet égard, il apparaît d'abord que les techniciens et les élus de nombreuses communes ne disposent pas d'une connaissance précise des types de handicap des personnes qui sollicitent la mairie ou le

CCAS ; autrement dit, ils ne disposent pas nécessairement d'une expertise qui leur permet de développer des actions précises pour les autres types de handicap.

4.2.3. La faiblesse des outils de recensement des besoins

L'ensemble des collectivités locales affirme ne pas disposer d'outils précis de recensement des besoins des PH, pour cibler des demandes particulières ou des tendances spécifiques, et par la faiblesse de l'outillage statistique dont elles disposent ou de la faiblesse du soutien de la MDPH sur cette question. A cet égard, les communes disposent également très rarement d'outils pour identifier les besoins des PH. Rares sont les communes ayant ainsi mené une Analyse des Besoins Sociaux (ABS) qui interroge spécifiquement la question des personnes handicapées.

Pour pallier cette situation, les CCAS et les élus des différentes collectivités (communes, intercommunalités, Départements ainsi que Régions) collaborent fortement avec les associations, qui jouent un rôle important à l'échelle locale. La mise en place de nouveaux outils techniques peut cependant créer de nouveaux types de relations, limitées à quelques acteurs. Certains instruments existent, et sont plébiscités par les acteurs - par exemple un Observatoire de l'action sociale dans le Pas-de-Calais, en collaboration avec le MDPH et des fédérations (URIOPSS), et l'ARS.

Néanmoins, les remontées des besoins des personnes handicapées se font, pour l'essentiel, de manière « qualitative », par les témoignages des professionnels et/ou des associations – leur systématisation sous un angle statistique faisant clairement défaut, empêchant une objectivation commune de la situation par différents acteurs publics qui pourrait constituer le socle d'une action en commun. A cet égard, dans le champ de l'action sociale, les communes adoptent une politique en fonction de besoins exprimés par des particuliers ou des associations plutôt que par des « indications sur les tendances ».

Cette situation a un effet important : s'il n'est pas un frein à l'établissement d'une politique publique assumée et volontariste, sa cohérence ne peut avoir lieu qu'à l'échelle départementale, les échelons infra constituant une sorte de « zone floue » où le Conseil départemental navigue « à vue », en fonction des relais dont il dispose. L'absence d'outillage se traduit par le fait que les acteurs n'ont pas de vision des besoins et des profils du territoire, et moins de légitimité à en parler, donc moins de possibilité de vision partagée avec d'autres acteurs.

4.2.4. La concurrence des orientations politiques sur les territoires

L'éloignement « spatial » entre les différents niveaux de collectivité semble être un frein réel à la coopération entre acteurs ; notre terrain d'enquête semble ainsi confirmer de précédentes études ont pu faire état d'une perception de certains acteurs comme étant « lointains ». Ainsi, si le Département peut paraître éloigné à certaines municipalités, les petites communes n'ont *a fortiori* que peu de visibilité sur l'action d'un acteur perçu comme encore plus lointain, tel que la Région.

➤ La concurrence politique des communes :

Cette logique de concurrence des communes, qui n'est pas spécifique à la thématique du handicap, peut impacter négativement la collaboration des communes. L'enquête renforce ici l'idée que le territoire, valorisé comme un aspect de l'identité des collectivités, peut constituer un frein à la

collaboration des collectivités. Elle se fonde notamment sur une vision très territorialisée de « publics captifs » qui appartiendraient à la collectivité tout en justifiant son existence, et sa raison d'être.

Les travaux témoignent souvent d'une forte compétition des Départements et des Régions sur les modalités de définition des compétences. Les deux collectivités sont beaucoup plus en concurrence sur la question de la définition du champ de compétences dans un contexte de questionnement sur la pertinence de l'échelle départementale, des difficultés financières des Départements dans le champ de l'action sociale. Les divisions politiques renforcent d'ailleurs lecture restrictive des champs de compétences. Les Départements ont pu se montrer très critiques à l'égard des Régions concernant leur volonté de mettre en place des Agenda 22.

A l'inverse, le changement de majorité d'une collectivité lors d'une élection peut avoir des effets sur les partenariats existants. Il permet d'une part, de politiser la question du handicap comme un enjeu politique sur lequel une collectivité peut prendre de nouveaux engagements, et d'autre part, le renouvellement du personnel politique qui pouvait précédemment freiner le développement de collaborations autour du handicap. Un changement de couleur permet aux acteurs d'envisager des relations plus étroites.

➤ **Le manque de moyens : une question politique ?**

L'argument des financements est une réalité présente et profonde, qui incite les collectivités à ne pas prendre d'initiative en dehors des territoires et des champs de compétences initiaux. Au final, faute d'expertise, de priorisation politique, ou de financements, aucune action n'est spécifiquement mise en place pour les PH, sinon sur le plan de l'accessibilité de la voirie au sein de la direction sur l'urbanisme et le développement durable. Pour autant, il peut également s'agir d'une manière de justifier une forme d'inertie.

D'une manière globale, l'action sociale vécue comme une charge par les collectivités, et il n'est pas forcément intéressant de s'en saisir, sauf lorsqu'elle s'inscrit dans un plan global et qu'elle permet aux collectivités de résoudre un certain nombre de problèmes liés à l'habitat, à la paupérisation de la population, etc. Un « effet pervers » lié à la question des moyens est qu'une action, par exemple dans le cas d'une prise de compétences d'un acteur, peut entraîner le désengagement d'un autre – par exemple sur la question du transport, particulièrement prégnante pour les PH :

Ce cas n'a été relevé qu'une seule fois dans notre enquête – il est néanmoins révélateur des méfiances respectives qui peuvent exister entre différentes collectivités, et surtout de l'absence de communication qui peut parfois exister entre deux collectivités agissant sur le même territoire, et partageant des publics. Néanmoins, il est intéressant d'observer avec ce cas que la solution à la « problématique partenariale » posée a pu être résolue à l'échelon intercommunal, perçu par un certain nombre d'enquêtés comme un acteur amené à prendre de plus en plus de responsabilités sur les questions liées aux personnes en situation de handicap.

5. Conclusion

Cette étude a eu pour objectif d'analyser et de préciser les conditions et formes de collaboration des collectivités territoriales dans le champ de l'action sociale autour du handicap. A partir d'une approche reposant sur la sociologie des réseaux de politiques publiques, elle s'est appliquée à examiner les conditions institutionnelles, les approches et problématiques, les ressources, et les réseaux d'acteurs engagés dans la définition du handicap comme un champ d'action en pleine structuration depuis la loi de 2005.

L'analyse confirme le constat général de la littérature selon laquelle le périmètre de l'action sociale demeure multiforme et peu défini. L'action sociale peut relever de l'action sociale et de l'aide sociale légale des Départements, mais aussi de l'action sociale facultative des communes ou des intercommunalités¹², ou encore des politiques de droit commun des Régions ayant pour finalité la cohésion sociale. La politique du handicap portée par les collectivités se résume dès lors souvent à *une politique par les dispositifs*, au croisement de plusieurs territoires et échelles d'action.

Au-delà d'une simple analyse formelles de leurs champs de compétences et de leurs relations attendues, que les textes légaux ne peuvent toujours anticiper et formaliser dans le détail, l'étude réalisée a porté sur la construction des perceptions et des rôles des collectivités territoriales (communes, intercommunalités, Départements, Régions) dans le champ du handicap. La conclusion présente ici les grands enjeux, atouts et freins de leur collaboration, en précisant les facteurs qui freinent ou facilitent la définition et la mise en œuvre de solutions efficaces et partagées.

5.1. Les approches des collectivités

L'analyse est d'abord partie du point de départ que les collectivités peuvent avoir une certaine autonomie dans la construction de leur politique handicap, et une marge de manœuvre d'interprétation de leurs compétences. Il existe, dès lors, une véritable autonomie d'intervention et de collaboration des collectivités territoriales sur le handicap. Si le Département est *a priori* considéré comme le chef de file, c'est avant tout le cas dans l'approche « sociale » du handicap, et les communes ou intercommunalités disposent d'une grande marge de manœuvre pour intervenir sur le sujet, et *de facto*, pour mener des collaborations indépendamment des services de l'Etat ou du Département.

Si les attributions légales obligatoires des communes dans le champ de l'action sociale sont peu nombreuses, la plupart peuvent intervenir dans le cadre de l'aide extra-légale avec l'action sociale facultative, sur l'accessibilité du cadre de vie et la reconnaissance des PH en tant que citoyens. Les communes peuvent ainsi intervenir : sur l'action sociale facultative, sur l'accessibilité du cadre de vie, la situation des enfants en situation de handicap et l'emploi des personnes en situation de handicap, la culture, du sport, les transports, et la participation des PH à la vie de la cité. Il est important de distinguer l'action des plus petites communes, qui est peu engagées auprès des PH, sinon de manière très sectorielle, et l'action des plus grandes communes, souvent plus globales et transversales.

Les intercommunalités, en principe, ne disposent pas de compétences dans le champ de l'action sociale. Pour autant, il apparaît que sur certains territoires, elles peuvent intervenir de différentes manières sur le handicap dans le cadre de compétences qui recoupent la vie des personnes

¹² DREES, « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », n°56, septembre 2014

handicapées (transport, habitat, patrimoine, etc.). Dans l'ensemble, les intercommunalités interviennent peu sur la question du handicap : dans le contexte de la construction d'une politique intercommunale, cette question est peu prioritaire, trop politique, ou bien fortement sectorisée.

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont issues de la loi du 11 février 2005, qui réforme le dispositif public d'évaluation par l'organisation d'un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire. Les MDPH sont chargées, outre cette mission, d'organiser l'accueil, le conseil et l'orientation des personnes handicapées et sont le siège d'une Commission des droits et de l'autonomie se prononçant sur l'ensemble des droits et prestations. Elles sont alors plus ou moins positionnées sur le champ de l'action sociale ou le champ de l'autonomie, en fonction notamment de leur niveau d'indépendance vis-à-vis du Département et de l'approche choisie par celui-ci.

L'intervention des Départements sur le handicap est fortement structurée par l'action sociale, qui constitue l'essentiel des compétences départementales (action en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance, prévention et insertion des personnes en difficulté). Pour autant, les Départements se sont progressivement éloignés d'une vision sectorielle du handicap uniquement pensé dans le champ de l'action sociale, et se sont emparés de la question de l'autonomie afin de favoriser des convergences à plusieurs niveaux entre les politiques envers les PA et les PH. Au final, tous les Départements du terrain d'enquête ont fait le choix de passer d'une approche sectorielle de l'action sociale sur le handicap à une approche plus transversale aux PA et PH.

La Région n'a pas de compétence en principe dans le champ de l'action sociale, et donc sur l'action sociale autour du handicap. Certaines Régions se sont très peu investies sur le handicap car le Conseil Régional considère qu'il s'agit d'un enjeu social ou médico-social, et ne fait pas partie de ses compétences. Lorsqu'ils le souhaitent, les Conseils régionaux peuvent ainsi intervenir sur le handicap via leurs propres compétences obligatoires : l'accessibilité dans les établissements et les transports, l'autonomie des personnes dans les établissements (lycées et CFA) ; animation et innovation ; l'emploi, et en tant qu'employeur, dans leurs propres services; la sensibilisation du grand public. Pour autant, d'autres Conseils régionaux ont adopté des actions sur leurs compétences facultatives (notamment la culture) et une démarche active de promotion du handicap auprès des autres collectivités, notamment via l'Agenda 22.

La collaboration des Départements avec les collectivités peut varier en fonction de leur approche du handicap : quand un Département se positionne clairement sur une approche du handicap *via* l'action sociale (Charente-Maritime, Nord), il va plus identifier les collectivités territoriales comme des partenaires potentiels, et quand un Département se positionne sur l'autonomie, avec une approche plus médico-sociale ou médicale (Mayenne, Corrèze), les collectivités semblent plus méconnues ou moins envisagées comme des partenaires.

5.2. Les formes de collaboration des collectivités

L'analyse des réseaux montre que les collectivités ne sont que très rarement associées à la construction des Schémas départementaux du handicap pour une raison majeure : elles sont peu identifiées par les Départements comme des acteurs du handicap en tant que tels. Cette perspective institutionnelle doit être dépassée par le fait que les formes de collaborations entre collectivités peuvent intervenir à un grand nombre d'échelles d'actions (local, agglomération, Département, Région) selon un mode formel ou informel, bilatéral ou collectif,

Il paraît d'abord essentiel de s'interroger sur les formes **de circulation d'information et d'échanges de pratiques** qui peuvent exister entre les acteurs du champ du handicap. Les différents Schémas départementaux étudiés témoignent ainsi d'un fort engagement des Départements sur la manière de soutenir et de renforcer la circulation de l'information vis-à-vis des publics et entre les institutions, notamment entre la MDPH, les services du Département, voire les communes et les CCAS¹³. Il s'agit d'une forme de collaboration, plus ou moins formelle et plus ou moins ponctuelle, qui se déploie en amont et en aval de formes plus institutionnalisées ou politiques de collaboration.

Les collectivités peuvent également échanger autour d'un type de collaboration beaucoup plus élaborée et collective avec les **échanges d'expertises confirmées, de construction de bilans, qui préfigurent de véritables relations partenariales** sans être pour autant suffisamment construites autour de projets spécifiques. Ces relations d'expertises sont alors surtout portées par les MDPH, qui sont bien identifiées comme des guichets uniques mais également des centres de ressources sur les territoires, et les intercommunalités qui cherchent à structurer la politique autour des transports des communes des territoires.

Les collectivités peuvent également travailler ensemble autour **de partenariats structurés**. A la différence d'un fonctionnement en réseau qui facilite la circulation d'informations, ou bien des échanges d'expertise et de bilan, le partenariat se définit à travers la manière dont il associe des acteurs à un projet commun. Sur ce point, il apparaît que les partenariats entre collectivités demeurent faibles dans le champ du handicap. Le Département se trouve confronté à une action d'animation de réseaux peu efficace, tandis que les UDCCAS font très rarement du handicap leur priorité.

Certaines collectivités sont également en compétition pour définir politiquement le champ du handicap et la meilleure échelle d'élaboration d'orientation stratégiques. Il apparaît que si la Région se trouve encore trop peu capable de définir des orientations stratégiques, en raison de l'absence de compétences dans ce champ, l'UDCCAS est un acteur départemental de premier plan pour les communes, alors que le Département propose un pilotage qui, *in fine*, s'avère davantage technique que politique.

Un enseignement central de cette étude a été de constater que le handicap n'est pas seulement une thématique portée par les collectivités dans le champ de l'action sociale. **Les collectivités interviennent et collaborent sur le handicap dans de nombreux autres domaines d'intervention (action sociale, mais aussi transport, habitat, éducation, culture, innovation, économie et emploi).** A cet égard, nous avons été soucieux d'intégrer dans l'analyse de la collaboration des collectivités les multiples terrains de coopération que nous avons pu observer au cours de l'enquête.

5.3. La faiblesse de la collaboration technique sur les territoires

L'étude montre comment la coopération entre les collectivités territoriales est rare, ponctuelle, souvent peu formalisée sous la forme de partenariats, bien qu'elle prenne cependant des formes diverses. L'étude, à partir de cette grille de lecture, a permis de constater que plusieurs facteurs

¹³ Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale personnes handicapées 2010-2014, Mayenne, Schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées 2013-2017 de Charente-Maritime. Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 du Nord, Schéma départemental en faveur des enfants et adultes en situation de handicap 2011-2015 du Pas-de-Calais, Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 de Corrèze.

institutionnels viennent empêcher la coopération des collectivités territoriales : la définition du champ de compétences ; la définition du champ d'action, des problématiques et des publics ; les modalités de financement des dispositifs ou des actions; la définition politique du territoire.

Les différents Schémas départementaux étudiés témoignent d'un fort engagement des Départements sur la manière de soutenir et de renforcer la circulation de l'information sur les dispositifs et les cas vis-à-vis des publics et entre les institutions, notamment entre la MDPH, les services du Département, voire les communes et les CCAS¹⁴. Le renforcement de la circulation de l'information entre les acteurs est ainsi considéré comme la première pierre d'une collaboration fonctionnelle et un levier de collaboration important, dont l'enquête révèle quelques failles.

Alors que la loi de 2005 a souhaité renforcer la gestion technique des dossiers par le MDPH, ces structures sont bien devenues des acteurs de référence de la compensation du handicap et des espaces de ressources pour les autres acteurs du territoire, mais souffrent de faiblesses profondes. Il apparaît ici très clairement que la MDPH est surtout centrée sur le fonctionnement des dispositifs et la réponse aux besoins des personnes, plutôt qu'ayant une volonté et une capacité de travailler en réseau, ce qui est un enseignement classique des politiques publiques.

L'absence ou la faiblesse des outils de recensement et d'analyse des besoins publics constitue une première raison majeure de la difficulté des collectivités à collaborer. Si la loi de 2005 est connue de tous, la connaissance de tous les handicaps est très partielle, et la connaissance des besoins repose plus sur la sollicitation de personnes individuelles PH ou d'associations que d'une analyse quantitative des besoins, la connaissance des évolutions de la législation également, et peine à dépasser une collaboration centrée sur la circulation de l'information ou d'expertise, au coup par coup.

De fait, l'enquête permet de comprendre que ce manque d'information limite la capacité des collectivités à travailler autour de problématiques communes. Ce point de vue est à nuancer car la généralisation des référentiels d'autonomie et de l'accessibilité ont largement contribué à faire émerger une compréhension plus commune des besoins des PH, notamment sur l'étude de « cas complexes » ou de situation d'urgence. Mais ces démarches demeurent alors surtout portées en interne, dans les collectivités, plutôt que entre les collectivités qui manquent d'interlocuteurs identifiés.

A cet égard, la difficile circulation de l'information et le manque de problématiques communes ne permettent pas aux techniciens et aux élus de travailler au-delà de leur propre territoire. Très majoritairement, c'est encore une approche « identitaire » du territoire qui prévaut : les techniciens et élus considèrent généralement qu'il est préférable de s'occuper de publics captifs plutôt que d'envisager la vie d'un PH comme un parcours de vie mais aussi géographique, et se projeter sur des solutions communes.

A cet égard, le terrain d'enquête permet de souligner cependant que, dans tous les départements, la circulation de l'information est grandement facilitée sur le plan technique par la présence d'acteurs intermédiaires dans le paysage institutionnel du handicap : les associations, les CCAS des communes, ou encore l'assistance sociale de secteur du Département est un acteur crucial pour trouver des

¹⁴ Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale personnes handicapées 2010-2014, Mayenne, Schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées 2013-2017 de Charente-Maritime. Schéma départemental « Personnes en situation de handicap » 2012-2015 du Nord, Schéma départemental en faveur des enfants et adultes en situation de handicap 2011-2015 du Pas-de-Calais, Schéma départemental de l'Autonomie 2012-2016 de Corrèze

solutions pour les PH, en raison de sa mobilité territoriale et de son rôle d'intermédiation, autrement dit de mise en relation des publics et CCAS avec la MDPH.

5.4. Les faiblesses du pilotage politique du Département

L'étude avait enfin pour objectif de questionner, *in fine*, la place du Département comme « chef de file », mais aussi la signification même de la notion de « chef de file » dans le champ de l'action sociale en faveur du handicap. Il apparaît bien au premier abord que le Département peut jouer un rôle d'information sur les enjeux du service auprès des PH, un rôle d'incitation à engager une politique en faveur des PH, un rôle de coordination de réseaux et un rôle de construction de partenariats et d'orientations politiques.

Il est très clair que le Département cherche, notamment par le Schéma départemental sur le handicap et sur la thématique de l'autonomie, à exercer un pilotage technique de l'action sociale sur le handicap. Alors que le handicap a pendant longtemps été considéré comme un enjeu essentiellement médical, la loi de 2005 a bien conforté le rôle du Département dans un environnement et des logiques de collaborations plurielles, par un ensemble de structures et d'institutions pouvant intervenir soit par des dispositifs sectorisés, soit par des politiques désormais globales et transversales.

Pour autant, l'enquête montre que les capacités d'intervention et d'animation de réseaux du Département sur les territoires, dans le champ du handicap, sont souvent faibles, sinon peu opérantes. Le Schéma départemental ne constitue qu'un temps de concertation rare, et les autres temps de concertation sont souvent organisés directement avec l'ARS, la MDPH, ou quelques grands CCAS, beaucoup plus rarement avec les autres acteurs des territoires.

Au final, le Département, tout comme la Région, est très souvent considéré comme un acteur lointain par les communes. Alors qu'il peut chercher à jouer un rôle « inspirateur », qui « aide, guide, conseille », comme un ensemblier d'un nombre d'acteurs ne se connaissant pas et qu'il serait en mesure de faire travailler en réseau, le Département se trouve beaucoup plus dans l'incapacité de déléguer ses compétences et de mener des partenariats locaux.

Comme le constate un acteur interrogé :

« Le Département devrait être coordinateur, mettre les gens autour de la table. Il devrait y avoir un comité de pilotage de la politique du handicap au niveau départemental, qui regroupe tous les acteurs, avec les maires, avec des représentants du Conseil Régional, et dans lequel il faudrait que le président du Conseil départemental soit le patron. Il y a la MDPH et des comités territoriaux, mais cela est technique, très technique. On ne définit pas comme cela la politique. Il manque sans doute quelque chose. Un pilotage. Un pilote dans l'avion qui coordonne. Mais il y a aussi une réalité. C'est compliqué. Quand on met en place une nouvelle structure, même un comité de pilotage, on fait un appel d'air sur les demandes, et vu l'état des finances et de budgets des Départements, ce n'est pas évident. C'est de la politique très froide, très cynique. Mais c'est aussi une réalité »¹⁵.

Force est de constater que le Département est un chef de file de l'action sociale, mais n'est pas un chef de file politique sur le handicap. Cette attitude s'explique notamment par la lente structuration des services des Départements depuis 2005, par la question du manque de moyens, et une

¹⁵ Entretien avec élu d'un Conseil Régional.

méconnaissance relative du travail de terrain des communes. Si le Département cherche à repositionner son influence autour de la convergence de la politique des PA et PH, notamment sous l'angle d'une politique d'autonomie volontariste, celle-ci demeure encore à construire et à animer.

5.5. Les perspectives existantes de renforcement de la collaboration

Le travail de cette étude a cependant permis d'identifier plusieurs perspectives de collaboration en développant de manière précises des hypothèses qui ont éclairé l'ensemble du questionnement, et qui *in fine*, apportent un autre éclairage que la simple étude des champs de compétences et des moyens des acteurs. La réponse à ces différentes hypothèses trace des lignes de collaboration existantes, mais également émergentes, qui peuvent inspirer un certain nombre d'acteurs du handicap sur les territoires.

La coopération des collectivités s'articule autour de la circulation et du partage d'information, qui peut faciliter une compréhension commune et partagée des publics et de leurs besoins. La circulation de l'information est plus une conséquence d'autres facteurs qui esquissent des perspectives de collaboration plus dynamiques et durables entre les collectivités. La principale difficulté est l'existence et la qualité d'outils permettant de mieux identifier, cibler, et répondre aux besoins des publics d'une collectivité à l'autre.

La coopération entre collectivités locales est facilitée par la structuration interne (et notamment transversale) des services. Le succès de certaines collaborations, est notamment de faciliter pour les collectivités l'émergence de problématiques communes et des points de coopération autour de la convergence des politiques PA et PH qui décroissent des secteurs dans le cadre de l'émergence du référentiel de l'autonomie. La principale difficulté est que les acteurs de la transversalité (chargés de mission) sont souvent moins dotés en ressources et en légitimité que les acteurs des services des collectivités.

La coopération des collectivités s'articule autour d'échange de pratiques pour résoudre des problématiques ou des cas spécifiques. Il est probable que les collectivités travaillent ensemble autour d'une logique du coup-par-coup, en fonction de problématiques ou de situations de personnes en situation de handicap, d'autant plus si ces situations sont jugées « complexes », car situées à l'intersection des champs de l'action sociale, médico-sociale, et médiales.

La coopération des collectivités est facilitée par la valorisation d'initiatives, d'innovations ou de formes de partenariats menées par des collectivités spécifiques ou des associations. Il est probable que la construction et la coopération des réseaux de l'action sociale dans le champ du handicap repose sur la centralité de certains acteurs qui n'est pas seulement définie par la loi de 2005, mais aussi par l'historique et l'autonomie (politique ou technique) de certaines institutions (collectivités, services de l'Etat, associations, etc.) qu'il importe d'identifier sur les territoires.

A cet égard, il semble que c'est l'intercommunalité qui pourrait jouer un rôle de pilote, car plus situé au niveau des besoins des communes dans une relation de proximité, de circulation d'information, et d'expertise. La plupart des EPCI sont cependant confrontées à plusieurs obstacles : elles n'ont pas directement de compétences spécifiques dans l'action sociale ou sur l'autonomie, ont un fonctionnement très sectorisé, et sont fortement contestées dans cette ambition par les plus grandes communes.