

## Chapitre 10. Les enjeux de la participation sociale

### **10.1. La responsabilisation de l'individu**

Le handicap comme la vulnérabilité viennent à s'exprimer à travers le cas individuel de la personne, dont il faut donner la preuve de la souffrance ou des difficultés rencontrées. Dans cette perspective, justifier qu'une personne est bien handicapée peut se résumer à démontrer que la personne n'est pas en mesure de faire face aux exigences de la société en raison de particularités singulières. De manière paradoxale, les professionnels invitent cette même personne à s'engager, à participer, à faire société et surtout à se responsabiliser. L'émergence d'une culture du contrat dans le travail social au cours des années 90 a suscité beaucoup de questionnements et de tentatives d'interprétation de ce phénomène. Certains auteurs y ont vu la conséquence de la dérégulation imposée par le libéralisme économique et la valorisation de la responsabilité individuelle comme clé de la réussite, même pour les populations en difficultés (Dubreuil, 2002). De nombreux travaux concernant le travail social et la question de l'exclusion, ont démontré au cours des années 90, l'émergence d'une tendance de fonds dans l'action sociale consistant à renvoyer une part de la responsabilité de leurs difficultés aux individus eux-mêmes selon des critères moraux ou de compétences <sup>1</sup> (Castel, 1999). On pouvait, sur base de ces analyses, souscrire **au constat d'une responsabilisation accrue de l'individu quant à son sort, quant à son devenir**. On peut établir la même analyse pour la pratique d'accompagnement. Il s'agit de responsabiliser la personne handicapée dans ses actes et dans ses choix. Cette responsabilisation de la personne est motivée par cette volonté de réaffirmer la qualité de la personne, en tant que sujet, en tant que citoyen ayant des droits, des devoirs et bénéficiant d'une véritable liberté de choix. Cette responsabilisation peut aller jusqu'à une responsabilisation de l'individu dans le déroulement de l'intervention à laquelle il participe et qu'il co-construit en collaboration avec l'intervenant social. Dans cette perspective, les praticiens de l'accompagnement sont nombreux à penser que le bon déroulement d'un accompagnement est en partie de la responsabilité de la personne handicapée.

L'approche par la participation sociale met particulièrement l'accent sur cette exigence d'une responsabilisation de la personne handicapée. Cette responsabilisation individuelle devient

---

<sup>1</sup> Par exemple, pour les critères moraux : ne pas être suffisamment motivé ; et pour les critères de compétences : ne pas être suffisamment formé.

dangereuse quand l'individu est perçu uniquement en tant que personne vivant « des situations de handicap ». Cette approche situationnelle si elle est mal maîtrisée peut ainsi être à la base d'une analyse des problèmes sociaux reposant sur la qualité des interactions concrètes réalisées par la personne. On assiste ainsi à la mise en place d'un système de gestion individualisé des risques sociaux (Ebersold, 2003) et d'un processus de responsabilisation individuelle de la personne. L'approche par la participation sociale n'est donc pas sans effet pervers pour la personne handicapée, notamment si elle n'est envisagée que dans une perspective situationnelle restrictive, de type interactionniste. Cette perspective situationnelle-interactionniste consisterait à construire le cadre d'intervention sur base des seules ressources potentielles de l'individu et de son environnement proche (travail en réseau). Cette approche situationnelle réalisée sur base des interactions privilégiées des personnes aboutirait immanquablement à un retour sur l'individu.

Une étude française concernant des dispositifs d'insertion à l'emploi pour personnes en situations de handicap est particulièrement éclairante sur les dangers d'une approche situationnelle mal maîtrisée. Les professionnels partisans de cette approche, en viennent à **situer les difficultés d'accès à l'emploi des personnes handicapées dans leurs capacités relationnelles, dans leurs compétences et leurs propriétés comportementales** (Ebersold, 2001). La distance à l'emploi de ces personnes est souvent interprétée comme le résultat d'un déficit de compétences sociales ou comportementales nécessaires pour s'intégrer dans une équipe de travail ou se faire accepter dans une entreprise. Ce constat est interpellant car il démontre que l'approche situationnelle peut produire une responsabilité individuelle de la personne **en oblitérant totalement une responsabilité collective face au risque socialement partagé de l'absence d'emploi** (Borgetto et Lafore, 2001) de la même manière qu'elle élude l'existence d'une déficience pourtant avérée. Cette responsabilisation individuelle est donc particulièrement dangereuse si les interventions menées sont uniquement centrées sur la personne elle-même. Il est dès lors inquiétant de constater une évolution générale des pratiques d'action sociale vers une intervention de type thérapeutique, centrée sur l'écoute, la proposition d'appuis et de supports permettant à la personne de surmonter, par ses propres efforts, les obstacles ou les épreuves rencontrées (Fassin, 2004).

Mais comme nous l'avons vu plus haut, le modèle de la participation sociale repose sur une intervention centrée sur la réalisation du projet de l'individu à travers une prise en charge individualisée mais aussi une action portant sur l'environnement. Cette action sur

l'environnement dans le cadre du secteur de l'accompagnement, peut prendre différentes formes (travail en réseau, travail de réseau, travail communautaire) où il s'agira de créer les interdépendances interinstitutionnelles (travail de réseau) et interindividuelles (travail en réseau) afin de garantir la participation sociale de l'individu. De la même manière, il s'agira également d'interpeller, d'informer et de sensibiliser les différents acteurs publics ou privés concernant les différents obstacles (sociaux, physiques, environnementaux) possibles pour la personne (travail communautaire). On constate la mise en place de stratégies très élaborées afin de mobiliser les différents acteurs indispensables à la participation de la personne handicapée. Les praticiens de l'accompagnement tiennent particulièrement à la reconnaissance de ce travail portant sur l'environnement (travail en/de réseau, travail communautaire, etc.) aussi bien par l'AWIPH que dans les textes légaux. Les praticiens de l'accompagnement reprochent souvent à l'administration centrale de ne pas prendre suffisamment en considération la nature et la teneur de ce travail sur l'environnement, notamment dans les modalités de contrôle qu'elle impose. Même s'ils insistent toujours sur l'importance d'une approche individualisée, le travail sur l'environnement devient d'une grande importance pour les praticiens de l'accompagnement.

Le modèle participatif est de ce point de vue, une nouveauté car il déplace les logiques d'intervention (Ebersold, 2003). L'action ne sera plus uniquement interindividuelle (travail intersubjectif) mais collective. Cette action implique dès lors l'instauration de systèmes de coopération à travers des pratiques de partenariat stabilisées mais aussi des dynamiques de réseaux plus fluctuantes et aux contours plus difficilement identifiables. Les praticiens de l'accompagnement opèrent ainsi des distinctions entre la mise en place de partenariat, le travail en réseau et le travail de réseau. Les modes de collaboration qui s'installent sont souvent incertains, négociés et instables, impliquant souvent une gestion collective mais localisée. De ce fait, les collaborations développées par les services (notamment d'accompagnement) vont généralement être spécifiques, fortement contextualisées en fonction de l'environnement. Les collaborations autour d'une personne handicapée seront ainsi extrêmement délicates, surtout quand elles concernent un grand nombre de partenaires. Ajuster, mettre en cohérence, articuler les logiques d'action des différents partenaires ne sont pas des opérations évidentes et « *les modes de régulation s'apparentent souvent à un ensemble de régulations culturelles dont les acteurs en présence acceptent plus ou moins volontairement les termes.* » (Ebersold, 2003 : 30).

Les pratiques partenariales et de réseaux entreprises par les services sont dès lors souvent de nature informelle, reposant sur des affinités idéologiques ou personnelles ainsi que sur une certaine proximité professionnelle. Les services d'accompagnement seront sollicités préférentiellement par certains de leurs partenaires pour le suivi de personnes, indépendamment d'un raisonnement reposant sur les compétences à mobiliser. L'inverse est également vrai, les services d'accompagnement auront parfois tendance à mobiliser certains partenaires pour une prise en charge en se référant à une philosophie de travail commune, une expérience antérieure positive, etc. Dans cette perspective, certaines prises en charge pourraient alors s'avérer dans les faits beaucoup plus systématisées que ne le conçoivent les professionnels de l'accompagnement. En effet, l'activation de certains partenariats pourrait revêtir un caractère systématique, ce que dénoncent par exemple les responsables administratifs de l'AWIPH à travers ce qu'ils appellent la mise en place de « package » de services, l'inscription dans un service d'accompagnement débouchant sur une intervention d'autres services relevant du même groupe idéologique (même réseau d'affiliation) ou de partenaires privilégiés du service. Il ne s'agirait donc plus de prise en charge au cas par cas, définie en fonction de la situation de la personne, en fonction de son projet mais d'une prise en charge s'organisant autour de relations électives des services d'accompagnement. On pourrait également y voir la pré-construction de parcours (dans le sens de circuits de services) des personnes à travers la mobilisation quasi systématique de différents services.

Le modèle de la participation sociale a pour ambition de mobiliser les pouvoirs publics et la société toute entière (Chauvière, 2003b). Mais nous venons de voir que cette ambition est difficile à mettre en pratiques et peut parfois conduire à des approches beaucoup plus restrictives, ne mobilisant parfois que la personne handicapée et son environnement proche. Parfois, la mobilisation d'autres acteurs sociaux s'opérera sur base de préférences affinitaires d'ordre idéologique ou de proximité professionnelle, reposant la difficile question de l'égalité de traitement pour la personne en fonction de la zone géographique dans laquelle elle se situe ou du service qu'elle a sollicité en premier lieu. La personne bénéficiera donc d'un traitement très différent en fonction du service d'accompagnement sollicité et des ressources de celui-ci, créant par la même occasion de nouvelles inégalités de traitement.

## 10.2. Contractualisation de l'aide et implication

Le modèle participatif fait de l'implication individuelle de la personne handicapée la variable structurante pour apprécier son degré de normalité (Ebersold, 2002). D'autant que le principe d'individualisation de l'intervention sociale (sur lequel repose en grande partie la pratique d'accompagnement) contribue à promouvoir la personne handicapée comme un acteur à part entière du processus d'intervention, qu'il faut absolument impliquer dans les décisions. Dans cette perspective, le recours à la pédagogie du projet et surtout, à la technique du contrat ne sont pas anodines. Depuis le début des années 90, l'utilisation du contrat se développe dans les pratiques d'aide sociale, qu'elles concernent des « minimexés », des jeunes en difficultés, des demandeurs d'emploi en formation, etc. L'utilisation du contrat se fait selon des formalisations variables et a surtout pour finalité d'associer l'individu au déroulement de l'intervention (Cousin, 1996). Cette utilisation du contrat est finalement concomitante au processus de responsabilisation de la personne handicapée (Liénart, 2003). Cette culture du contrat apparaît paradoxalement a-juridique dans ses implications courantes (Chauvière, 1992). La technique du contrat promeut la personne handicapée en tant que « *maître d'œuvre du processus, en tant que sujet de son devenir et non en tant qu'objet d'aide.* » (Ebersold, 2002 : 156). L'introduction d'un principe de contractualisation dans l'action sociale semble en effet illustrer cette volonté d'autonomisation des personnes. Le contrat est en réalité le dispositif technique concret illustrant cette volonté d'implication de la personne, cette incitation à l'autodétermination des individus (Donzelot, 1996).

La substitution du vocabulaire du contrat à celui de la règle peut ainsi être interprété comme un renoncement à vouloir traiter les problèmes sociaux par l'imposition de la norme ou par une prise de décision émanant d'une autorité extérieure (Commaille, 1997). Cette contractualisation de l'aide débouche dans le cas des pratiques d'accompagnement sur l'établissement et la définition des engagements de chacune des parties, ainsi que leurs droits et devoirs. Dès lors, l'intervention peut prendre les contours d'une négociation menée entre la personne handicapée (ou son tuteur) et le service d'accompagnement autour d'un projet, d'une demande, d'attentes particulières. Il n'est donc plus question que certaines décisions concernant les modalités de l'intervention soient prises sans la concertation de la personne handicapée, voire même son assentiment. L'affirmation du principe déontologique de l'accompagnement comme un travail réalisé « avec la personne » et non « pour la personne » prend tout son sens. Ce principe ne renvoie pas simplement à la mise en action de la personne

mais également à la dimension concertée et négociée de l'intervention. Aucune décision ne peut être prise sans la personne, même pour l'aider ou la soutenir.

Cette utilisation du contrat dans les nouveaux modes d'intervention sociale a parfois été dénoncée car elle n'est pas sans ambiguïté. La mise en place d'un contrat nécessite obligatoirement l'engagement volontaire des différentes parties. Or, dans le travail social, l'engagement volontaire de l'individu est parfois discutable. Le doute subsiste toujours quant à l'existence d'une possibilité pour la personne de refuser ce contrat. Ce raisonnement vaut notamment pour le secteur de l'accompagnement. En effet, même s'il n'existe aucune mesure coercitive incitant la personne à s'engager, celle-ci se voit parfois contrainte de le faire parce qu'elle n'a d'autre choix, d'autres solutions possibles. La personne étant dans un tel état de détresse, qu'elle ne peut refuser une porte ouverte. De nombreux coordinateurs de service n'éludent pas cet aspect. La prise en compte de la demande de la personne handicapée ne peut se faire indépendamment d'un travail de compréhension de sa situation et de son parcours.

L'utilisation du contrat dans l'intervention sociale est également contestée au regard de l'exigence d'implication adressée à l'individu. Ce ne sont pas ces exigences en tant que telles qui posent problème, mais bien davantage le fait que le travailleur social sera bien souvent le seul évaluateur de cet engagement de la personne (Cousin, 1996). Le risque d'une dérive méritocratique n'est pas à exclure où seules les personnes capables de faire la démonstration de cette implication se verraient privilégiées. Cette évaluation, ancrée dans une dynamique intersubjective très forte, pourrait être teintée d'une subjectivité ressemblant très fort à de l'arbitraire. Cette évaluation subjective du comportement de la personne handicapée se retrouve dans la pratique d'accompagnement. Ainsi, les praticiens rendent compte de processus d'accompagnement abandonnés car la personne suivie ne montrait pas suffisamment d'implication ou d'engagement. Le manque d'implication dont fait preuve l'individu peut dès lors devenir un facteur disqualifiant voire d'exclusion du dispositif d'intervention. En effet, la réussite d'un accompagnement est clairement envisagée par de nombreux intervenants sociaux comme tributaire des bonnes dispositions de la personne à s'impliquer, à participer et à s'engager. Cet individu incapable de s'impliquer est présenté comme offrant peu d'emprise pour l'intervention sociale, la vidant d'une certaine manière de son sens, voire même de légitimité (Ebersold, 2002).

Dès lors, l'individu est renvoyé aux anciennes catégories du handicap et aux modes de prise en charge qui y correspondent. En général, la personne sera réorientée vers un centre de jour

ou un service d'hébergement. L'accompagnement subordonne donc les modalités d'intervention à la capacité de la personne à s'impliquer et à formuler une demande. Cette analyse interpelle car il n'est guère évident pour les populations dites handicapées d'acquiescer ces capacités, surtout quand les personnes proviennent du secteur de l'hébergement. Ces personnes, au vécu institutionnel parfois long, ne sont pas habituées à formuler des demandes, des besoins et à démontrer une véritable implication en tant que partenaire de l'intervention. Dès lors, une dérive possible de cette exigence de l'implication pourrait être la création de modalités d'intervention à destination uniquement d'individus qualifiés de « BCBG » du handicap. L'accompagnement ne concernerait plus que des personnes légèrement handicapées, ayant des capacités suffisantes pour se montrer impliquées, actives, motivées, en demande et susceptibles de construire un projet. Ce phénomène de sélection des bénéficiaires s'observe dans d'autres secteurs de l'aide aux personnes handicapées. C'est notamment le cas pour les Entreprises de Travail Adapté, surchargées de demandes d'intervention et de plus en plus contraintes par des impératifs de rentabilité et de compétitivité. Dans ce secteur, on constate en Belgique comme en France, un processus de préselection des bénéficiaires potentiels, reprenant les plus aptes (sur le plan des capacités, de la motivation, de la formation, de la sociabilité, etc.) et laissant dans des listes d'attentes les autres bénéficiaires. Ce type de dispositif est ainsi décrié car contribuant à ajouter une exclusion sociale supplémentaire (Blanc, 1999b).

En prenant en compte ces différentes remarques, l'accès aux services d'accompagnement peut se révéler problématique pour certaines populations ne maîtrisant pas ces capacités. Cette norme d'implication et les exigences concrètes qu'elle génère (être en demande, être motivé, être en projet) reposent de manière cruciale la question de l'égalité des chances. En effet, plusieurs études récentes ont démontré, notamment en France, que « [...] *le devenir de la personne atteinte d'une déficience, son orientation vers le milieu protégé ou ordinaire est intimement lié à son aptitude à formuler un projet jugé cohérent par les professionnels et à détenir les savoir-être attestant de possibilités d'implication [...]* » (Ebersold, 2002 : 157). Le paradigme de la participation sociale vise les objectifs louables de l'égalisation des chances et de la non-discrimination des individus. Mais il pourrait dans un même temps ne plus rencontrer le principe d'une égalité d'accès aux dispositifs et aux interventions pour les populations de personnes handicapées. L'ensemble des droits garantis par l'Etat aux populations-cibles pourrait ainsi être remis en question sur base d'une pratique professionnelle louable mais non sans dérive potentielle.

Car il faut bien parler de dérive et non d'un processus général de sélection de certaines populations des dispositifs d'accompagnement et même plus largement, des modalités d'intervention relevant du modèle participatif. Il s'agit bien de dérive potentielle car elle dépend finalement de la mise en œuvre concrète des praticiens de terrain. Cette utilisation de la norme d'implication se fera de manière locale, spécifique à chaque service. En effet, nous avons pu constater dans les faits que les professionnels de l'accompagnement manifestaient plus ou moins de souplesse dans l'utilisation de cette norme d'implication. Celle-ci n'est généralement pas utilisée comme une condition première et indiscutable d'entrée dans l'intervention. Les services témoignent d'une certaine souplesse en fonction des parcours des personnes handicapées, de leur situation concrète de vie, etc. Certains praticiens témoignent de cas d'accompagnement où impliquer la personne fut une tâche de longue haleine, prenant parfois plusieurs mois avant que celle-ci ne formule une demande, un projet ou ne s'implique réellement dans l'intervention. Le contrat d'accompagnement réalisé en début d'intervention fut donc avant tout un cadre pour l'intervention, une procédure faisant partie intégrante du travail d'accompagnement. L'établissement de son contrat avait pour objectif d'interpeller la personne. Il existe une évaluation à réaliser par le service quant aux possibilités de la personne de s'impliquer en cours d'intervention, d'acquérir la motivation et les capacités pour formuler une demande, de construire un projet. L'intervention du service d'accompagnement consiste donc également dans un travail sur la personne afin que celle-ci acquiert progressivement ces savoir-être, ces compétences nouvelles qui incombent aujourd'hui à chaque citoyen, à chaque individu (Ehrenberg, 1995).

Dans cette perspective, il ne s'agit plus tant d'une contractualisation de l'aide définitive et rigide que la mise en place d'une pédagogie du contrat, instituant la personne handicapée en tant que personne responsable, postulant l'altérité entre la personne et l'intervenant social. Nous l'avons déjà dit, cette utilisation du contrat est finalement a-juridique et il n'est pas certain que les documents écrits dans lesquels sont consignés les engagements de chacune des parties seraient recevables au regard des lois. Mais là n'est sans doute pas l'essentiel pour les professionnels de terrain. La raison de cette utilisation du contrat relève de la mise en place d'un simulacre permettant la transformation du statut du destinataire de l'aide (Vrancken, Macquet, 2006). Celui-ci n'est plus envisagé en tant qu'objet de l'intervention mais en tant que sujet, contribuant à l'élaboration de l'intervention, réalisant ses propres choix et déterminant son destin.



### **10.3. La difficile montée en généralité du cas singulier**

La grande difficulté de l'action sociale (et de ses professionnels de terrain) devient de plus en plus de réaliser l'ajustement entre d'une part, la règle à vocation générale et souvent universelle et d'autre part, la prise en compte de la situation spécifique de l'individu dans toute sa singularité (Commaille, 1997). Cette difficulté se fait de plus en plus forte avec l'avènement d'un nouveau mode de gestion du social basé sur les biographies et les trajectoires des individus. Les modalités de l'intervention sociale s'adressent de plus en plus à cet individu, à ce citoyen, à ce sujet de droit qu'il faut appréhender dans ses spécificités, dans sa situation de vie concrète et dans son parcours. Dès lors se pose la question de la représentation de ces citoyens, de ces individus particuliers. Comment rendre compte de la diversité des parcours des personnes, de leurs difficultés, de leur situation sans en repasser par l'explicitation du cas ne permettant pas de montée en généralité ? Les usagers des dispositifs semblent généralement perdre toute visibilité sociale. Ils sont soit le cas particulier présenté par le professionnel de terrain qui connaît son parcours et sa situation, soit ils sont consignés dans des dossiers administratifs qui n'ont plus aucun sens, qui ne renseignent en rien sur ce qu'ils sont, sur ce qu'ils vivent. La question mérite d'être posée : qui sont ces personnes handicapées accompagnées ?

Les critiques adressées par les responsables administratifs de l'AWIPH concernant le public-cible des services d'accompagnement étaient de deux ordres. Elles prenaient la forme d'une contestation des profils de certaines personnes suivies (les marginaux sociaux, les cas psychiatriques) mais aussi d'une interrogation. A qui s'adressent finalement les services d'accompagnement, à quelles populations et pour quels problèmes sociaux ? Ce mode de gestion du social individualisé et centré sur les parcours et les situations concrètes en vient à atomiser les schèmes d'interprétation (ou d'appréhension) des problèmes sociaux. Cette atomisation contribue également à déconstruire les collectifs tout autant que les catégories instituées du handicap. Il est ainsi frappant de constater que les collectifs d'usagers (conseils des usagers) sont peu présents dans les services d'accompagnement. Les services d'accompagnement rencontrent une série de cas individuels, de parcours spécifiques, de situations spécifiques et non un groupe de personnes handicapées. Cette approche individualisée de l'intervention combinée au modèle de la participation sociale est donc ambivalente. Car au nom de la reconnaissance d'une citoyenneté individuelle, il n'y aurait plus d'identités collectives (Ravaud, Stiker, 2000b). En refusant d'appréhender les personnes

en termes de statut, le risque est de se retrouver face à une poussière d'individus. L'ambiguïté du modèle de la participation sociale se révèle une nouvelle fois, mettant en tension deux pôles : l'universalisme civique d'un côté, la différenciation et le particularisme des individus de l'autre. « *La vérité de l'affirmation d'une certaine identité particulière est d'obliger l'espace commun, qui ne sera jamais l'universel incarné, de compenser sans cesse les faiblesses de certains en mettant à leur disposition ce qu'il leur faut être, comme ils sont, dans l'espace commun.* » (Ravaud, Stiker, 2000b : 13).

Cette approche par le cas singulier ne va pas sans poser problème également dans sa gestion globale. En effet, en structurant l'intervention publique au niveau individuel, autour d'une situation et d'un parcours de vie, cette approche est souvent dénoncée car ne permettant pas de développer une vision globale de l'action publique menée, rivant les acteurs de terrain à une vision locale et toujours contextuelle. Elle empêche dès lors de développer une vision d'ensemble. Nous l'avons vu sur notre terrain de recherche à travers les critiques de l'administration centrale adressées à l'inspectrice pédagogique. Une inspection se centrant sur l'analyse de cas, considérés comme spécifiques et particuliers, ne permet pas de montée en généralité, d'établir une évaluation concernant un service ou un secteur. L'évaluation reste rivée au cas concret, à la situation spécifique de la personne, à son parcours particulier. L'évaluation réalisée par les praticiens de leur propre travail peut également être dangereuse quant ils ne peuvent se départir de cette approche situationnelle pour adopter une perspective plus large. Ebersold montre, notamment dans des dispositifs d'insertion socio-professionnelle pour personnes handicapées, que cette approche situationnelle prive toute vue d'ensemble, la cohérence de l'action publique reposant uniquement sur les épaules des acteurs locaux, seuls à même d'agir et de définir cette action publique ancrée sur le local et les situations concrètes.

Astier plaide pour le développement d'un récit civil, désignant finalement le passage du récit privé du bénéficiaire du travail social classique à un récit public remanié par les différents acteurs (Astier, 1998). Pour elle, ce récit public obligerait ainsi les acteurs autour de la table à débattre sérieusement et pied-à-pied des arguments qui sous-tendent leurs jugements. La publicisation de ce récit aurait deux avantages, l'un pour les individus, l'autre pour l'efficacité de l'action publique. Pour les individus, une discussion publique par un collectif de leur situation particulière serait une garantie contre l'arbitraire et quant à l'effectivité des engagements pris. Au niveau de l'action publique, toute proposition devrait être justifiée d'autant que l'argumentation prendra une place plus importante. Dans un collectif hétérogène,

ce travail d'argumentation demanderait de la part des participants de monter en généralité, d'explicitier une cause, de donner un faisceau de raisons. En clair, il s'agirait de rattacher à un principe supérieur commun les particularités dégagées du cas individuel. Il devient nécessaire pour le collectif de s'abstraire des singularités pour fonder une action commune sur base d'un principe commun.

Le travail de magistrature sociale consiste donc en partie à envisager la personne selon ces deux niveaux, à la fois comme individualité et comme être social. Or cette montée en généralité ne peut être réalisée selon Astier quand le travailleur social se trouve seul à décider du devenir de la personne. Il est donc nécessaire qu'une projection de l'élément individuel dans une cause sociale soit réalisée. Il faut choisir dans le parcours, dans la situation vécue par la personne, les éléments singuliers permettant d'établir une cause sociale, de mettre en question les conditions de vie, d'interpeller les défaillances ou les manques de l'action publique. Si ce travail d'abstraction vers une cause sociale ne peut se faire, si le récit privé convoqué ne peut devenir récit civil, alors l'approche individuelle peut devenir particulièrement dangereuse pour l'individu. On retrouvera alors une approche ayant tendance à renvoyer la situation précaire à la responsabilité de la personne, à sa mauvaise volonté, à ses mauvais comportements. On en revient dès lors à la critique concernant la responsabilisation des personnes handicapées.

Cette lecture critique montre donc les dangers d'une approche situationnelle qui peinerait à prendre de la hauteur. La critique émise porte également sur l'approche clinique, caractéristique du travail social. *«La relation clinique est de nouveau dénoncée comme régime de confidentialité, voire de secret, entre l'assistant et l'assisté»* (Chauvière, 2004 : 115). Cette critique repose souvent sur la remise en question du colloque singulier caractéristique du travail social traditionnel (Ion, 1991), jugé comme dépassé voire même dangereux. *«Plusieurs analyses ont déjà montré la forte pression informelle que le travailleur social et son cadre institutionnel faisaient peser sur la demande du client.»* (Soulet, 1997 : 133). Le travail de l'intervenant social consiste souvent en un exercice de traduction entre une demande de l'utilisateur et une offre sociale qui varie en fonction des opportunités du service ou des moyens disponibles localement. **Cet exercice de traduction effectué par le travailleur social comporte donc certains risques et notamment, celui d'une interprétation erronée de la demande et d'une modulation des demandes en fonction des offres disponibles.** Au lieu de s'imposer aux offres institutionnellement disponibles, la demande sera façonnée de

telle manière qu'elle s'impose à la personne plus qu'elle n'oblige l'offre de services à s'adapter.

Cette remise en question n'est pas neuve et témoigne davantage de l'existence d'une tension entre une approche clinique (se caractérisant par une priorité donnée à l'examen direct par le professionnel et un travail d'interprétation des événements et des comportements en tant que symptômes) et un régime contractuel qui impose l'inscription de l'intervention sociale dans une approche plus large (Chauvière, 2004). La mise en place de modalités d'intervention fortement individualisées ravive ces anciennes critiques de l'approche clinique car l'intervenant social se retrouve une nouvelle fois seul face à la personne à aider. Le modèle de la participation sociale, en voulant élaborer des solutions spécifiques pour des situations particulières en mobilisant les ressources techniques, humaines et sociales appropriées, contribue à personnaliser davantage les modalités d'intervention que le modèle de la réadaptation. Le secteur de l'accompagnement a principalement axé son travail autour d'une approche individualisée, privilégiant la création d'une relation de confiance entre un praticien (un référent) et la personne handicapée. On constate une forte valorisation du sujet, de l'individu envisagé comme un cas unique, à prendre en considération dans sa totalité et pour ce qu'il est vraiment.

On retrouve ici une des tendances du travail social, dominée par l'idéologie du sujet mais intégré dans le social. L'usager collectif est difficile à concevoir dans cette approche du travail social, phénomène bien marqué dans le secteur de l'accompagnement où l'on privilégie le cas par cas, les activités collectives étant pendant très longtemps réprouvées et la constitution de groupes de personnes handicapées combattue. Pour rappel, il faudra attendre la fin des années 90 et surtout le début des années 2000 pour que les services d'accompagnement acceptent la mise en place d'activités collectives suite aux demandes de leurs bénéficiaires. Cette conception du travail social autour d'une individualisation de l'aide et de l'intersubjectivité rend son contrôle et son évaluation peu évidents et renvoie souvent à des quasi-monopoles d'exercice. C'est pour ces différentes raisons que cette conception du travail social a souvent été dénoncée (Chauvière, 2004).

Le modèle de la participation sociale ravive ces critiques. En plaçant la personne handicapée au centre des pratiques, à l'image de l'accompagnement, l'individu devient le principal enjeu autour duquel se construit la légitimité professionnelle des acteurs impliqués dans la prise en

charge (Ebersold, 2003b). Dans cette perspective, « *elle structure ce faisant les modalités de collaboration autour de la définition de la vision légitime du problème social et place, corrélativement, les institutions et les professionnels dans une situation de concurrence les conduisant à lutter pour détenir le pouvoir de définition de la vision légitime du problème à résoudre.* » (Ebersold, 2003b : 29) Cette analyse nous permet de mieux comprendre les tensions observées autour de la régulation concernant la définition de la demande sociale sur notre terrain de recherche. Face à un secteur ayant pour ambition de placer la personne au centre de ses pratiques, l'AWIPH se considère comme mise à l'écart dans la définition du problème social. Surtout, elle en vient à contester la légitimité de cette demande sociale, qui lui semble parfois construite par les pratiques des professionnels autant que par l'offre de services qu'ils proposent. Ces critiques peuvent être comprises comme une contestation du processus de traduction/valorisation du problème social par l'intervenant social.

Ce processus de traduction est nécessaire à toute intervention sociale, car il permet de qualifier l'intervention, mais aussi le bénéficiaire et l'intervenant social autant que leur relation. Ce travail de traduction/valorisation du travail est au fondement du travail social et s'avère d'autant plus nécessaire pour faire contrepoids à une tendance instrumentale que l'on tente de lui imposer (Chauvière, 2004). Ce processus de traduction/valorisation du travail social est de nature discursive, il repose sur l'exercice du verbe, de la parole. Il permet de donner sens aux situations, aux interventions, au travail réalisé avec la personne. C'est dès lors un travail cognitif où il s'agit souvent de coder le réel, de construire de nouveaux objets du travail social, de légitimer des causes. En s'appuyant sur les situations de vie concrètes des personnes, sur leur parcours spécifique, sur la relativité de la catégorie du handicap, ce travail cognitif de légitimation n'en devient que plus insaisissable pour l'administration centrale. D'autant que les notions de parcours, de projet de vie, ne sont pas standardisables car elles ne reposent pas sur des composantes aisément saturables ou reproductibles.

Dès lors, l'évaluation de ce travail social apparaît une nouvelle fois problématique pour l'administration (Vrancken, Macquet, 2006). Celle-ci cherche dès lors à imposer de nouvelles définitions que ce soit de la pratique d'accompagnement, des publics à suivre, de la relation d'aide à construire, etc. Pourtant, elle avoue également ses difficultés face à un secteur de l'accompagnement particulièrement bien armé dans le registre discursif. « *Maintenant, les savants du secteur démontreront que la clôture du dossier est peut-être par essence*

*impossible. Que quelqu'un qui a demandé quelque chose aura peut-être besoin de quelque chose dans les mois ou les années à venir.* » (responsable AWIPH)

Les responsables administratifs de l'AWIPH manifestent une volonté de rompre avec cette médiation faite par les professionnels de terrain avec les personnes handicapées. Ils aimeraient mettre en place un système davantage centralisé, basé sur un principe de contrôle de l'éligibilité de la demande de l'individu. C'est donc la question de l'accès aux différents services envisagés comme des acteurs-prestataires qu'ils voudraient reprendre sous leur contrôle afin de maîtriser davantage l'offre et la demande. Dans cette perspective, le paradigme de la participation sociale tel que construit au niveau des instances européennes pourrait leur apporter une solution providentielle.

#### **10.4. Droits d'accès et prestations de service**

Le paradigme de la participation sociale repose sur le principe d'une égalisation des chances des individus. Il prône une facilitation de l'accès aux diverses dimensions de la vie sociale : formation, logement, éducation, loisirs, travail, à la culture, etc. La question du handicap est abordée comme un problème de respect du principe de l'égalité entre les citoyens et non plus comme une question d'ordre socio-sanitaire (Gubbels, 2002). Dans le paradigme de la participation sociale, ce principe d'égalité des chances se décline essentiellement autour de la question du droit d'accès (Chauvière, 2004). La personne handicapée se voit attribuer les mêmes droits que tout autre citoyen de désirer travailler et de consommer, d'accéder à la culture comme à la parentalité. Ils prennent également la forme de nouvelles exigences, notamment de nature éthique à l'image du principe de respect des personnes (Genard et Donnay, 2003). Ils prennent souvent la forme de droits des usagers. Comme le souligne Chauvière (2004), il s'agit là d'objets imaginaires, dévitalisés, définis par les projections faites sur eux. Ces objets n'ont pas besoin d'être définis en substance, l'essentiel étant que la personne puisse y prétendre ou y croire<sup>2</sup>.

Le travail social dans sa globalité est particulièrement confronté à ce développement de « l'économie de l'accès ». Avec l'affirmation de ces droits d'accès des personnes, les structures et les services deviennent des interfaces avec des inputs (ressources et procédures)

---

<sup>2</sup> Le principe d'égalité des chances ne signifie donc pas une égalité de traitement, la mise en place d'allocations ou de prestations identiques pour tous. Au contraire, l'égalité des chances renvoie à un principe d'équité, palliant, compensant le déficit de chances objectives de certains afin que tous puissent prétendre aux mêmes opportunités d'accès aux différentes dimensions de la vie sociale.

et des outputs (accès, liberté de choix). Les services et les structures deviennent des prestataires, ou mieux encore, des réserves de compétences transformables en bonnes pratiques adaptées aux besoins spécifiques des usagers-clients (Chauvière, 2004). **L'usager-client est ainsi placé au cœur des préoccupations des institutions.** Il requiert une approche différenciée, structurée autour d'un projet individualisé. Le système n'est dès lors plus structuré autour des spécialisations et des professionnalités du secteur du handicap. Dans cette optique, les autorisations de création de structures comme d'interventions seront dépendantes des besoins (exprimés) de la population et ne seront plus fonction des contraintes organisationnelles et de ressources disponibles (inhérentes à la composition et la structuration des services). Cette approche est largement soutenue par les responsables administratifs de l'AWIPH (notamment à travers les formules des Pôles Géographiques de services) car elle permet une meilleure rationalisation des coûts, des durées des prises en charge, de la délégation accordée aux services prestataires, mais aussi des parcours des individus.

Il n'est donc pas étonnant qu'une telle approche du social par les droits d'accès soit soutenue par les entités détentrices et comptables des financements publics du secteur social autant que par les entités politiques en charge du secteur social. En témoigne la Déclaration de Madrid proclamée en 2002 lors du Congrès européen des personnes handicapées qui préconise « *d'abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées comme objets de charité pour en venir aux **personnes handicapées détentrices de droits** ; d'abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées vues comme de simples patients pour en venir aux personnes handicapées **comme citoyens et consommateurs autonomes** ;[...] d'abandonner l'idée préconçue d'actions économiques et sociales pour le petit nombre pour en venir à la conception d'un monde pour tous.* » (Gubbels, 2002). La référence aux droits d'accès permet finalement d'envisager la personne handicapée comme un citoyen, usager et consommateur de services et dès lors, d'envisager des prestations rétribuées telles que le proposent certains responsables administratifs de l'AWIPH.

Cette perception de la personne handicapée est fortement contestée. En effet, pour de nombreux professionnels du secteur comme pour certains chercheurs, les personnes handicapées ne peuvent être assimilées ni à des inadaptés, ni à des usagers ni à des clients d'un service (Ebersold, 2003). Car dans ces différentes perspectives, les personnes ne peuvent collaborer à la mise en œuvre du processus d'intervention (c'est ici une critique du rôle trop passif du client ou de l'usager que reprennent également les professionnels de

l'accompagnement en argumentant qu'ils ne sont pas un simple service-taxi ou un guichet de banque). Ceux-ci concluent donc à une mauvaise exploitation du paradigme de la participation sociale qui, pour rappel, requiert que la personne handicapée co-construise avec l'intervenant social le processus d'intervention. Cette approche de la personne handicapée comme usager et consommateur est également critiquée car elle positionnerait la personne en tant qu'objet d'intervention et non en tant que sujet (Ebersold, 2003) et ne prend pas suffisamment en considération les membres du réseau de la personne handicapée (famille, amis, etc.).

Dans les faits, on constate également que les professionnels de terrain refusent cette approche gestionnaire de l'intervention ou tentent d'en déborder le cadre. D'autant plus que ce mode de fonctionnement gestionnaire, remet en cause leur professionnalité et leur spécialisation mais aussi la nature de leur travail. Cette rencontre entre un besoin de l'usager et une prestation sociale *ad hoc* ne permet plus, en effet, le travail clinique voire même la poursuite d'une intention éducative de la part des professionnels du social (Chauvière, 2004). C'est que cette approche du travail social consiste finalement en une tentative d'instrumentalisation des savoir-faire et des qualifications des professionnels du secteur social (Chauvière, 2003).

Une telle approche impose également un changement de perspective pour les professionnels en mettant l'accent sur le service rendu à l'usager à travers une série de prestations. Le service rendu à l'usager ne permet plus un travail de transformation de l'usager mais simplement d'offrir des opportunités tout au long d'un itinéraire de vie (Dubreuil, 2002). Le service rendu devient dès lors une transaction (parfois financière) réalisée entre un prestataire et un usager, se traduisant par un changement effectif et objectivable pour la personne. Elle remet également en question le positionnement des professionnels du social en tant que médiateur, se situant entre les usagers et les pouvoirs publics. Dans un système de prestations sociales, ce rôle ne pourrait plus être dévolu aux praticiens de terrain mais davantage à l'administration (décentralisée). C'est elle qui opérerait l'appariement d'un besoin et d'une prestation permettant d'y répondre, en désignant le service ou la structure détenant les compétences nécessaires. Ce qui permettrait également pour l'administration décentralisée de mettre en concurrence les structures et les services subventionnés et de formuler des évaluations des différentes structures sur base d'indices tels que la rapidité d'intervention, la satisfaction de l'usager, le changement manifeste constaté auprès de l'usager, etc. Cette approche très technocratique apparaît fort réduite en regard des ambitions du travail social : « *Le travail*



*d'accompagnement se résumerait à la production d'un produit destiné à être vendu sur un marché et l'intervention sociale à une démarche exclusivement soumise aux mécanismes de l'offre et de la demande [...] » (Ebersold, 2002 cité par Chauvière, 2003b : 117). De plus, il apparaît illusoire de croire en une adéquation parfaite entre les possibilités sociales offertes aux populations et la vision qu'en ont celles-ci (Ebersold, 2002). De nombreux exemples d'accompagnement illustrent ce décalage entre les ambitions et les désirs des personnes handicapées et les réalisations possibles au vu de leurs potentialités et de leurs diverses ressources. Il est également du ressort des travailleurs sociaux d'accompagner les personnes handicapées à l'expérimentation de ce décalage afin que cette expérience concrète ne se transforme pas en un échec traumatisant pour la personne. La recherche d'une adéquation plus efficiente de l'offre et de la demande de services ne doit pas déboucher sur la création d'un usager renvoyant fortement à la figure du client. Les droits d'accès et la participation sociale sont sensés déboucher sur une citoyenneté des personnes, non sur une citoyenneté de marché. Or, la rencontre entre un service d'aide et une personne handicapée pourrait se limiter à une démarche contractuelle motivée par un intérêt financier garantissant la pleine et entière coopération des deux parties. « Ce glissement consacrerait une citoyenneté centrée sur le contrat en lieu et place d'une citoyenneté axée sur la loi. Il remettrait fondamentalement en cause certains principes qui fondent l'ambition participative ». (Ebersold, 2002 cité par Chauvière, 2003b :117).*

Le paradigme de la participation sociale, à travers ses impératifs de participation citoyenne et d'accessibilité généralisée, pourrait provoquer un bouleversement du modèle « solidariste » ayant prévalu jusqu'à présent dans le secteur du handicap. La mise en œuvre de ce modèle de la participation sociale peut aujourd'hui prendre différentes voies. Les propositions faites par l'administration centrale de l'AWIPH tendent vers la mise en place d'un système plus centralisé, plus efficient, axé sur la maîtrise de l'offre et de la demande. Ces propositions vont notamment dans le sens d'un déplacement de la nécessité d'intervention vers une solvabilisation des personnes concernées (Chauvière, 2003b). Les professionnels de terrain s'opposent à cette approche gestionnaire même s'ils défendent le principe des droits d'accès. Mais cette défense des droits d'accès se fait davantage dans la perspective d'une restauration des droits de la personne en tant que citoyen. Elle n'est pas simplement un principe édicté de rencontre des besoins subjectifs par une prestation. Elle est une réaffirmation des principes de non-discrimination et d'égalité des chances des personnes handicapées.

Dénonçant une construction de la demande par l'offre de services, l'administration centrale en vient à remettre en question la relation entre la personne handicapée et le professionnel de terrain. Elle reprend l'une des idées fondamentales de la Déclaration de Madrid sur la participation sociale, relayée par le directeur de l'inspection de l'AWIPH : « *abandonner l'idée préconçue des personnes handicapées vues comme de simples patients pour en venir aux personnes handicapées comme citoyens et consommateurs autonomes.* » (Gubbels, 2002 : 45). Cette lecture de la participation sociale nous apparaît réductrice car elle repose sur une vision d'un sujet autonome et déjà constitué (Vrancken, Macquet, 2006), qui maîtriserait les ressources et les compétences nécessaires pour se construire seul et à distance des autres, capable de mobiliser les prestations nécessaires à la rencontre de ses besoins. Un travail de socialisation est nécessaire pour construire ce sujet autonome et compétent, lui permettant d'acquérir les dispositifs cognitifs et moraux nécessaires, notamment pour entrer dans une démarche contractuelle. Ce travail est d'autant plus nécessaire quand ce sujet est une personne handicapée ou simplement en difficultés.

Il doit donc exister un travail de socialisation préalable de la personne visant à lui faire acquérir ces compétences, soit l'intervention sociale mise en place doit contribuer à ce travail de la personne lors de sa prise en charge. Cette vision d'une personne handicapée à rendre compétente se traduit dans les dispositifs d'intervention sociale par le développement d'un mode d'intervention psycho-éducatif, où il s'agit bien souvent « d'apprendre à apprendre » pour la personne. L'intervention sociale vise à favoriser l'acquisition de compétences favorables à la participation de la personne à la société. D'une certaine manière, il n'est plus question de réaliser des transformations psychiques décisives ou de guérir la personne mais de développer des aménagements entre les différentes façons d'être, de vivre ensemble et d'accepter les différences (Dubreuil, 2002). Pour les services d'accompagnement, le travail de l'intervenant consistera à aider la personne à s'activer, à entrer en relation, à mobiliser les ressources de son environnement, à construire un projet, à oser entreprendre, à exprimer ses demandes et ses aspirations, à solliciter une aide ou un soutien, mais aussi une compétence particulière. Ce travail de socialisation de la personne et d'acquisition de compétences ne pourra se faire que dans le temps, dans un travail intersubjectif reposant sur l'établissement progressif d'une relation de confiance réciproque et d'expérimentation des différentes possibilités.

Ce constat est paradoxal quand nombre de travaux annoncent la fin d'un idéal éducatif dans les pratiques sociales (Ion, 1991), celles-ci renonçant de plus en plus « à apprendre aux individus » pour se contenter de gérer les situations et de proposer des services à un individu-client. Pour notre part, nous pensons que l'ambition pédagogique de ces nouveaux dispositifs d'aide évolue et se situe désormais dans des apprentissages de savoir-faire communicationnel, relationnel et dans l'acquisition de capacités à solliciter du soutien, des services, etc. Ces apprentissages ayant pour objectif de permettre à la personne de se tenir debout par elle-même et de faire face dans un contexte d'épreuves permanentes (Martucelli, 2005). De ce point de vue, la sollicitation ultérieure du service d'accompagnement pourra être perçue comme une réussite (la personne sollicite les soutiens, les supports qui lui sont nécessaires de sa propre initiative) par les services d'accompagnement.

Dans le modèle de la participation sociale, ce ne sont plus la déficience et la nécessité d'une aide en résultant qui motivent l'intervention, mais davantage la construction d'un projet commun aux professionnels et à l'intéressé. **Les missions de ce type d'intervention ne consisteront dès lors plus à construire des parcours linéaires, le plus souvent définis par les professionnels (Ebersold, 2002).** Au contraire, il s'agira d'accompagner les personnes dans leur parcours personnel, un parcours conditionné autant par leurs besoins, leurs attentes, leurs envies que par les éléments de contexte déterminants leur participation sociale. « [...] favoriser la participation de la personne dite handicapée revient à penser le travail d'insertion comme une dynamique à générer et à entretenir et non comme un travail de prescription fondé sur un diagnostic et subordonné à l'existence d'une offre » (Ebersold, 2002 : 159). Favoriser la participation de la personne handicapée revient à plébisciter une intervention dont les fondements méthodologiques seront l'innovation ou l'incertitude. Cette observation fait largement échos au plaidoyer d'une grande partie des professionnels de l'accompagnement pour la reconnaissance d'une part d'imprévisibilité, d'innovation, de créativité et de prise de risque nécessaires à la pratique d'accompagnement. Les parcours des personnes ne sont plus stabilisés, définis a priori. Il n'existe plus de parcours idéal ni véritablement de dénouement à atteindre puisqu'à tout moment, le service peut être sollicité par la personne afin de permettre ou de sauvegarder sa participation sociale (Ebersold, 2003).

Si les praticiens de l'accompagnement utilisent les notions de projets, ils conservent toutefois une perception classique de l'intervention sociale. Cette intervention est ainsi conçue et pensée dans le long terme, car il est moins question pour eux de réaliser une transformation

rapide des conduites que d'accompagner un processus de transformation de la personnalité (confiance, estime de soi, etc.) et des systèmes relationnels de la personne. Le recours à la notion de projet par les praticiens ne signifie nullement une inscription de l'intervention dans une approche programmatique, centrée sur le court et le moyen terme comme on peut l'observer dans certains secteurs de l'action sociale (Ion, 1991). Dès lors, si l'on se place dans une gestion programmatique de l'offre et de la demande, on ne peut conclure qu'au constat d'une fidélisation des individus aux services. On en revient à la critique de l'administration centrale de l'AWIPH quant à la création d'éternels assistés, dont les accompagnements sont renouvelés et pour qui les demandes succèdent aux demandes. Les partisans de la participation sociale y verront par contre l'existence de sollicitations plus ou moins répétées, plus ou moins ponctuelles, de soutien des personnes.

**En définitive, le modèle de la participation sociale comme nouveau paradigme du handicap peut être soutenu autant par l'instance gestionnaire et subsidiaire que par les professionnels de terrain. Car ce modèle permet une application différente en fonction des lectures particulières qui en sont faites.** Le modèle de la participation sociale peut être pour l'AWIPH l'occasion de reformuler l'offre de services dans le secteur du handicap en Région wallonne. Les responsables administratifs proposent des solutions faisant échos à d'autres réformes engagées en Belgique dans les années 90 concernant la rationalisation de l'offre de services dans l'action sociale (Francq et Lemaigre, 1999). Ces réformes sont souvent entreprises « par le haut », se fondant sur un travail d'accueil, de diagnostic et d'orientation de la personne à travers une offre de services. Un suivi individualisé de la personne est ainsi engagé, sur base d'une approche contractualisée de l'aide et la mise en place d'un projet ou d'un programme spécifique. Dans un même temps, ce type de réforme repose sur la mise en place d'un système d'offres standardisées et fortement segmentées.

## **Conclusion générale**

Ce travail de recherche aura consisté en une analyse de la régulation spécifique s'élaborant entre l'AWIPH et les services d'accompagnement. Nous avons vu dans la première partie que l'AWIPH, s'est vue confiée des missions étendues par le pouvoir politique, notamment celles d'exercer un contrôle réel sur le secteur du handicap en Région wallonne et de garantir une certaine maîtrise de l'offre de services au regard de la demande. Dans la deuxième partie, nous avons constaté que cette tentative de réguler le secteur spécifique de l'accompagnement n'était pas chose évidente pour l'administration centrale de l'AWIPH. Les responsables administratifs admettent souvent que les modalités de contrôle mises en place ne sont pas réellement effectives et n'ont que peu de pertinence. Nous avons pu constater que les services d'accompagnement bénéficiaient d'une marge de manœuvre non négligeable dans l'exercice de leurs activités. Le diagnostic général dégagé concluait sur le fait que les modalités de contrôle mises en place ne conviennent plus ou sont invalidées par les pratiques professionnelles de terrain.

Autour de cette difficulté de réguler se joue l'avènement d'un nouveau mode de gestion du social. Les modalités de régulation de l'AWIPH apparaissent en effet relever de l'ancien principe de régulation de l'Etat social, à savoir l'adéquation entre règles et populations. Le schéma ternaire sur lequel reposait auparavant l'efficacité de l'Etat social ne convient plus à des pratiques d'intervention sociale fortement individualisées, prenant en considération les parcours et les situations des individus. Les professionnels de terrain contestent fortement le pouvoir de prescription des catégories juridico-administratives qu'ils considèrent inadaptées aux situations rencontrées. Face à ces catégories officielles supposées dépassées, ils proposent de nouveaux efforts de catégorisation du handicap. Ces tentatives de catégorisation font échos à l'émergence d'un nouveau paradigme du handicap, celui-ci n'étant plus référé à une déficience ou à une incapacité. Le handicap est désormais perçu comme la conséquence de barrières sociales, empêchant la participation pleine et entière de la personne à la vie de la société. De ce fait, la catégorie du handicap peut désigner des populations de plus en plus larges et de plus en plus variées. Les frontières avec d'autres champs comme celui de la santé mentale ou de l'inadaptation sociale deviennent de plus en plus floues, rendant impossible la définition précise d'un public-cible. Les professionnels de terrain comme les responsables administratifs font état de glissements de populations entre les différents champs. Le risque déjà bien établi de voir le handicap devenir une catégorie de gestion des exclus (des

désaffiliés, des vulnérables) est bien réel quand on s'attarde sur les populations suivies par les services d'accompagnement. Le secteur du handicap pourrait ainsi se transformer progressivement en un régime résiduel de protections sociales, prenant en charge ceux qui ne trouvent plus de place dans les dispositifs de protections sociales fortes.

Cette crainte est renforcée par le fait que les services d'accompagnement instaurent un véritable travail social au sein du champ du handicap. **En effet, l'approche par la participation sociale, en mettant l'accent sur l'interaction de l'individu avec son environnement renvoie de plus en plus aux définitions du travail social classique**, pour lequel l'interaction personne-environnement est omniprésente. Au vu des modalités d'intervention que mettent en place les services, le travail d'accompagnement repose de plus en plus sur les mêmes caractéristiques que les nouvelles pratiques d'intervention sociale : travail avec l'environnement, responsabilisation de l'individu, contractualisation de l'aide, etc. Et ce, sans qu'il ne soit plus fait explicitement référence à la déficience ou à une spécificité quelconque de la personne. Le handicap n'étant plus référé à une déficience mais aux conséquences de la présence de barrières sociales, la personne handicapée peut être envisagée comme relevant des populations à problème à qui s'adresse le travail social en général. Cette situation n'est pas toujours bien acceptée, que ce soit par les responsables administratifs de l'AWIPH ou par des parents de personnes handicapées. Car ils voient dans cette approche, le risque que le secteur de l'accompagnement accueille des cas sociaux, des individus ne répondant plus aux anciens profils de la personne handicapée, transformant l'accompagnement en un travail d'assistance sur le long terme.

Le paradigme de la participation sociale n'est pas pour autant rejeté par les responsables de l'administration. En effet, ce paradigme n'est pas sans intérêt pour eux car il permet de nombreuses approches, notamment autour des questions de la gestion des droits d'accès aux prestations de service. Le paradigme de la participation sociale, comme l'attestent les textes européens, permet le développement d'une économie de l'accès, pour lesquels les structures et les services deviendraient des prestataires, des interfaces avec des inputs et des outputs. Les différents services deviendraient des réserves de compétences transformables en bonnes pratiques adaptées aux besoins des clients-usagers. Nous avons vu que les responsables administratifs de l'AWIPH étaient particulièrement favorables à cette approche sous la forme de pôles géographiques de services. Cette approche de la participation sociale est particulièrement avantageuse pour les entités de financement public du secteur social comme

l'AWIPH. Cette configuration permet en effet un meilleur contrôle de l'efficacité du système d'offres, permettant une mise en concurrence des services prestataires, etc. Cette approche par l'économie de l'accès, qui se développe fortement dans le secteur social, permet également une remise en question du travail clinique de l'intervention des accompagnateurs de terrain. En effet, elle permet un repositionnement de l'acteur administratif au cœur du processus de médiation entre les professionnels du social et les usagers. Nous avons vu que ce travail d'intermédiation réalisé par les professionnels de terrain pose problème à l'administration centrale. Celle-ci conteste ce mode de fonctionnement d'autant qu'elle n'a finalement pas de contrôle sur cette dynamique. Les responsables administratifs considèrent même que cette situation en vient à construire les demandes, à transformer les individus en d'éternels assistés.

Les responsables administratifs envisagent la mise en place d'une économie de l'accès, où l'AWIPH réaliserait le rôle de médiateur entre services prestataires et des personnes handicapées considérées comme des citoyens-usagers autonomes. Cette vision, nous l'avons soulignée, est trompeuse, car elle repose sur l'idée d'un individu autonome déjà constitué, capable d'identifier et de définir ses besoins par lui-même. Le travail des professionnels du social se voit dans cette perspective amputé de toute ambition éducative, offrant simplement des supports, se contentant de gérer les situations. Or, comme nous l'avons vu, le travail d'accompagnement ne consiste pas simplement à apporter des supports aux personnes handicapées. Comme le travail social, il a également pour objectif d'aider la personne handicapée d'une part, à se construire en tant qu'individu capable de tenir sa place dans la société et d'autre part, à maîtriser certaines compétences relationnelles ou communicationnelles lui permettant de solliciter les supports nécessaires à sa participation sociale. L'ambition éducative est donc bien présente dans les pratiques et dans les discours des praticiens de l'accompagnement. Faire en sorte de responsabiliser la personne, de l'aider à entrer en relation avec les gens de son entourage, à exprimer leurs demandes, à développer un projet, etc. sont autant d'objectifs que se fixent les professionnels de terrain. Ce sont des objectifs pour lesquels il est difficile de réaliser une évaluation objective et relativement formalisée.

Mais aider la personne handicapée à se construire, à devenir cet individu autonome et capable de tenir sa place ne peut s'envisager indépendamment des obstacles sociaux, des barrières sociales que dresse la société. Il est donc essentiel que les services d'accompagnement réalisent également un travail sur l'environnement de la personne, et ce à différents niveaux.

Il peut s'agir de travailler au niveau des normes sociales (travailler sur l'acceptation de la parentalité et de la sexualité des personnes handicapées), des dispositifs législatifs (dispositifs législatifs anti-discrimination), des infrastructures publiques, des services sociaux, ou du réseau de proximité de la personne. Dans cette optique, il est particulièrement intéressant de constater que se développent aujourd'hui de nombreux nouveaux dispositifs se focalisant sur l'entourage proche de la personne handicapée : services de répit pour parents d'enfants polyhandicapés, services de soutien aux proches, etc. Les services d'accompagnement témoignent eux aussi d'un travail qui se déplace parfois vers les proches de la personne handicapée. L'objectif est finalement d'aider la famille dans son travail de soutien de la personne handicapée mais aussi souvent, de rétablir le lien social avec la personne handicapée afin que celle-ci ne soit pas placée dans des structures plus lourdes.

Le travail d'accompagnement a donc fortement évolué au cours de ces quinze dernières années, à l'image des pratiques d'intervention sociale. Les services d'accompagnement combinent aujourd'hui une approche fortement individualisée, centrée sur la personne handicapée et une approche portée sur l'environnement de la personne. Le travail intersubjectif mené dans un travail en face-à-face avec la personne handicapée reste essentiel mais se doit aujourd'hui d'être renforcé par un travail autour de cette personne. Ces différentes pratiques restent peu formalisées, peu standardisées et conceptualisées, pouvant donner l'impression d'une improvisation ou d'un bricolage du travail mené. Cet aspect est renforcé par l'important travail discursif mené par les praticiens pour construire cette personne comme apte à prendre sa place dans la société et la difficulté que rencontre tout travail social pour rendre compte de résultats clairement attribuables à l'intervention menée.