

The logo for Deloitte, featuring the word "Deloitte" in a bold, dark blue sans-serif font with a small green dot at the end.The logo for iCONSEIL, featuring a stylized red and grey 'i' icon followed by the word "CONSEIL" in a bold, grey sans-serif font. Below it, the words "INNOVATION INVESTISSEMENT CONSEIL" are written in a smaller, grey sans-serif font.The logo for tns healthcare, featuring the word "tns" in a white sans-serif font inside a magenta rounded square, followed by the word "healthcare" in a grey sans-serif font.

Secteur Public

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA.

Rapport final

Janvier 2009

The logo for CNSA, featuring a stylized green and yellow arch above the word "CNSA" in a bold, black sans-serif font. Below it, the words "Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie" are written in a smaller, black sans-serif font.

Sommaire

1. Introduction	4
2. Méthodologie.....	6
3. Principaux enseignements et recommandations	9
A. La définition des concepts, référentiels à destination des professionnels de l'évaluation.....	9
B. L'organisation interne et les relations partenariales.....	10
C. La place de l'utilisateur.....	10
D. La gestion du facteur humain dans l'évaluation.....	11
E. Les hypothèses non confirmées	12
F. Recommandations.....	13
4. Analyse détaillée de la question : Comment les acteurs répondent ils à l'exigence d'évaluation globale/multidimensionnelle ?.....	17
5. Analyse détaillée de la question : Comment s'organise la pluridisciplinarité ?.....	44
6. Analyse détaillée de la question : Quelle est la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation ? Comment les évaluations sont-elles individualisées ?	74
7. Analyse détaillée de la question : Comment s'articulent les différents acteurs de l'évaluation ?	101
8. Analyse détaillée de la question : Quelles sont les difficultés rencontrées par les évaluateurs ? Quels sont les facteurs facilitant ? Quelles sont les pistes possibles pour une amélioration des pratiques ?	140
9. Analyse détaillée de l'étude des représentations, de la fonction d'évaluation et des expériences vécues par les professionnels et les usagers.....	163
I. Objectifs de l'étude	164
II. Méthodologie	164
III. Remarque sur les cas proposés par les MDPH et les Conseils Généraux pour la réalisation des monographies.....	166
IV. Analyse de la représentation et du vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers.....	167
V. Les enseignements transversaux des monographies.....	188
VI. Intégration des 5 questions du cabinet Deloitte sous l'angle de la perception.....	198
Question 1 : La perception de l'exigence d'une évaluation globale par les professionnels et les usagers.....	198
Question 2 : la perception de la pluridisciplinarité par les professionnels et les usagers	198
Question 3 : la perception par l'utilisateur de sa place dans le processus d'évaluation.....	200

Question 4 : la perception de l'articulation par les différents acteurs de l'évaluation.....	201
Question 5 : la perception des difficultés rencontrées par les évaluateurs.....	202
VII. Synthèse globale et pistes de réflexion	206
10. Annexes.....	220
A. Présentation détaillée de l'étude qualitative des organisations	220
B. Présentation détaillée des 124 monographies de l'étude qualitative des situations d'évaluation	220
C. Présentation détaillée de l'étude quantitative de l'activité d'évaluation auprès de l'ensemble des Conseils généraux et des MDPH de France métropolitaine et d'Outre-mer : résultats des questionnaires envoyés aux Conseils généraux et aux MDPH.....	220
D. Présentation détaillée des 16 monographies de l'étude qualitative des représentations de la notion et de la fonction d'évaluation et des expériences vécues par les professionnels et les usagers.....	220
E. Synthèse de l'apport des experts mobilisés.....	221
F. Composition des groupes de travail à Bordeaux, Châlons-en-Champagne, Rennes et Lyon ainsi que de la réunion plénière du 21 novembre.	231

1. Introduction

Depuis le début des années 2000, de nouvelles orientations politiques et conceptuelles émergent et tendent à transformer les champs d'action et d'intervention du secteur médico-social. Des changements sont introduits non seulement par l'adoption de lois, la révision de textes réglementaires, la convergence progressive des dispositifs d'évaluation et de suivi destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées mais aussi par la volonté de réduire les inégalités de traitement des personnes en perte d'autonomie, de placer la personne au centre du processus d'accompagnement social ou médico-social, d'apporter des réponses adaptées à ses besoins et à ses projets.

Par ailleurs, certains textes réglementaires¹ participent à la structuration et à l'organisation des équipes de professionnels susceptibles de mener des actions d'évaluation des besoins des personnes handicapées principalement. Ils stipulent, par exemple, que ces équipes doivent être pluridisciplinaires, composées de professionnels ayant des compétences diversifiées et d'un coordonnateur de l'organisation et du fonctionnement de ces équipes. Cependant et si ces textes posent les prémices d'une normalisation, les pratiques d'évaluation restent aujourd'hui empreintes de fortes disparités.

Ainsi, le secteur médico-social semble marqué par la mise en place de nouvelles mesures politiques et le développement de concepts, ce qui n'est pas sans produire des conséquences sur la représentation de la logique d'évaluation et les pratiques professionnelles.

La CNSA a, entre autres, comme objectifs de suivre ces évolutions et d'accompagner les professionnels vers le changement pour répondre au mieux aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Elle a donc chargé le groupement des cabinets Deloitte Conseil, 2i Conseil et TNS HealthCare d'analyser (sur la période de novembre 2007 à décembre 2008) les pratiques et la fonction d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie de tout âge, des équipes qui interviennent dans des secteurs différents :

- équipes pluridisciplinaires dans les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH),
- équipes médico-sociales départementales évaluant les besoins des personnes âgées,
- équipes qui exercent en établissement ou dans les services accueillant des personnes âgées et/ou des personnes handicapées.

L'étude visait à répondre au souci de la CNSA d'aller plus loin dans la connaissance des pratiques d'évaluation des différents acteurs mais aussi dans l'identification des expertises dont sont en attente les professionnels pour améliorer et harmoniser

¹ Les articles R 146-27 et 146-28 du Code de l'Action sociale et des familles, révisé suite à la loi du 11 février 2005, précisent la composition des équipes de professionnels chargés du suivi et de l'élaboration d'un plan d'aide et de l'évaluation des besoins de la personne handicapée/âgée.

leurs pratiques, dans la recherche de l'équité et du bien être des bénéficiaires. En effet, la fonction d'évaluation des besoins de la personne dépendante (qu'elle soit âgée et/ou handicapée) est encore assez mal appréhendée. Quel est le périmètre précis de cette fonction, quels sont les acteurs qui participent à sa réalisation, quelles sont les compétences aujourd'hui disponibles et mobilisées, qui sont les partenaires intervenants, quelle est la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation sont autant de zones d'ombre que l'étude tend à éclairer.

Dans le cadre de notre intervention, nous nous sommes attachés à analyser la diversité des pratiques, des méthodes et des perceptions de la fonction d'évaluation dans la perspective de :

- Connaître les modes de réalisation et les éléments déterminants des pratiques d'évaluation des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie ;
- Mettre en évidence les schémas d'organisation, les méthodes de travail, les modes d'action, les relations partenariales existantes, ... ;
- Analyser les différentes pratiques sous l'angle des représentations de la fonction d'évaluation et des expériences vécues par les professionnels ;
- Enfin et sur la base des difficultés relevées par les évaluateurs, apporter un regard critique et constructif tourné vers l'amélioration du processus d'évaluation.

L'analyse de ces pratiques a été faite sous le prisme des évolutions législatives de ces dernières années. Il s'agissait de faire un état des lieux de l'existant au regard des normes en vigueur qu'elles soient récentes ou plus anciennes. **Pour atteindre ces objectifs, nous avons articulé notre réflexion autour de cinq questions majeures :**

- Comment les acteurs répondent-ils à l'exigence d'évaluation globale/multidimensionnelle ?
- Comment s'organise la pluridisciplinarité ?
- Quelle est la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation ? Comment les évaluations sont-elles individualisées ?
- Comment s'articulent les différents acteurs de l'évaluation ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les évaluateurs ?

Ainsi, les résultats de notre étude apportent des éléments de compréhension et de description des pratiques d'évaluation sous l'angle de ce que nous avons pu observer sur le terrain d'une part, et des informations recueillies grâce aux questionnaires à destination des MDPH et des Conseils généraux d'autre part. Notre démarche (qui s'est appuyée sur une méthodologie décrite ci-dessous) se situe à la convergence de :

- L'identification et la description des pratiques d'évaluation qui sont notamment fonction : du type de demande, du territoire géographique de réalisation de l'évaluation ; de la structure/équipe qui réalise l'évaluation ; de la pathologie que présente la personne ; de l'âge du demandeur... .
- La mise en regard de ces pratiques avec les critères réglementaires : quel respect de ces critères, quelle organisation mise en place par le Conseils généraux et les MDPH pour garantir leur respect... .

2. Méthodologie

Pour répondre à ces questions clés, la méthodologie adoptée se décline en 4 volets complémentaires :

- **Une étude qualitative des organisations dans 11 départements²** : entretiens avec des décideurs (directeurs de MDPH/Conseils généraux et coordinateurs d'équipes) pour recueillir des éléments relatifs à l'organisation des structures ;
- **Une étude qualitative des situations d'évaluation dans 11 départements¹**: réalisation de 124 monographies³ sur la base d'entretiens avec des professionnels de terrain de deux types (environ 5 à 7 acteurs pour chacune des 124 monographies) :
 - Évaluateurs de Conseils généraux/MDPH ayant participé à l'évaluation des besoins de la personne ;
 - Évaluateurs des structures de suivi, d'établissements et services de soins et médico-sociaux, associations, chargés de l'identification des besoins, de l'orientation ou du suivi des personnes ;
 - **Le choix des cas n'a pas vocation à être représentatif, mais illustratif.** Il a été fait de manière à couvrir une large variété de situations :
 - Représentation à peu près équivalente des 3 types de populations concernées (personnes âgées, adultes et enfants) ;
 - Présence de tous les types de handicap (mental, moteur, psychique, sensoriel, polyhandicap, plurihandicap, troubles du langage).
- **Une étude qualitative des représentations dans 11 départements¹** : réalisation de 16 monographies⁴ basées sur des observations articulées autour d'un lieu d'évaluation sur la base d'entretiens avec des évaluateurs de terrain et des usagers. **Le choix des monographies n'a pas vocation à être représentatif mais illustratif.** Ce volet a pour objectif d'analyser les représentations que se faisaient les différents acteurs de la notion et de la fonction d'évaluation et les expériences vécues par les professionnels et les usagers :
 - Du point de vue des comportements : rechercher les difficultés rencontrées lors des évaluations et détecter les leviers susceptibles d'aider les différents acteurs à améliorer leur pratique ;
 - Du point de vue des perceptions et des représentations : détecter quels sont les éventuels blocages et réticences, comprendre ce qui les fonde et faire émerger des réponses.

² Alpes Maritimes, Ille-et-Vilaine, Indre et Loire, Marne, Sarthe, Vienne, Essonne, Gers, Ardennes, Yvelines, Seine et Marne.

³ Les 124 monographies sont présentées en annexe.

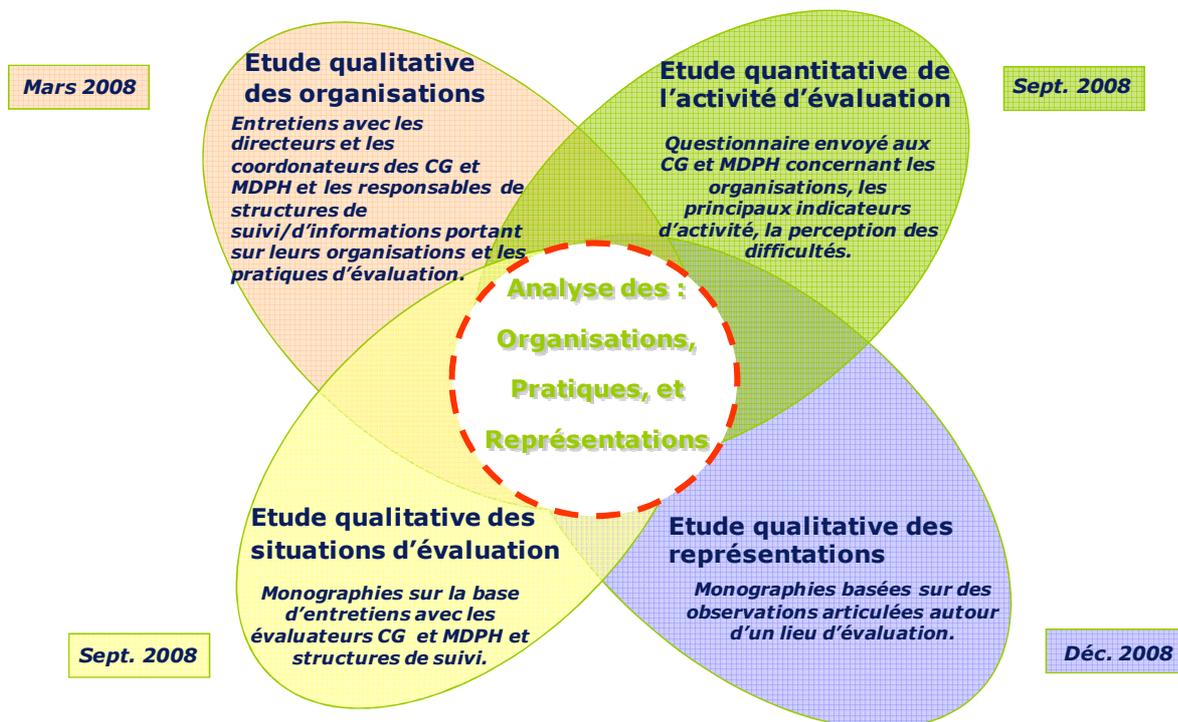
⁴ Les 16 monographies sont présentées en annexe.

- **Une étude quantitative de l'activité d'évaluation** auprès de l'ensemble des Conseil Généraux et des MDPH de France métropolitaine et d'outre-mer. 77 Conseils Généraux et 75 MDPH ont répondu aux questionnaires⁵. Son objectif était :
 - D'établir une typologie des modalités d'organisation des pratiques d'évaluation sur la base d'un échantillon représentatif (Cible : retour espéré d'au moins 60%) ;
 - De recueillir des données en termes d'activité permettant d'éclairer les choix organisationnels effectués et les difficultés rencontrées ;
 - D'obtenir une base d'analyse homogène des difficultés et des leviers de changement identifiés comme prioritaires par les acteurs de terrain.

L'accent a été mis sur :

- la façon dont l'évaluation se caractérise et est conduite, c'est-à-dire l'analyse des pratiques, fonctions et compétences mobilisées, processus, mode d'appropriation de l'évaluation, outils utilisés pour conduire et restituer l'évaluation ;
- et la façon dont elle s'organise, c'est-à-dire l'analyse des modes de travail (pluridisciplinaire, interdisciplinaire,...) et de l'organisation externe/interne des institutions/services/équipes.

Le schéma ci-dessous reprend de manière synthétique les 4 volets de l'étude :



Outre ces quatre volets d'étude, 4 réunions de travail ont été organisées à Lyon, Bordeaux, Rennes et Chalon en octobre (8 à 12 participants à chacune des réunions)⁶. Ces groupes de

⁵ Le document complet de présentation des deux questionnaires ainsi que la liste des CG et MDPH ayant répondu sont donnés en annexe.

travail ont réuni des directeurs de MDPH/Conseils généraux, des coordinateurs d'équipes médico-sociales, des évaluateurs de terrain Conseils généraux/MDPH, des évaluateurs des structures de suivi et d'établissements de soins et médico-sociaux et des associations et des experts (voir ci-dessous).

L'objectif de ces réunions était triple :

- Dégager des pratiques intéressantes, des facteurs facilitants, des difficultés et écueils à éviter ou encore des leviers de changement ;
- Créer un espace de « test » des résultats présentés ;
- Permettre une ré-interrogation des pratiques d'évaluation grâce à la mobilisation d'histoires (de cas des personnes évaluées).

Un atelier de travail complémentaire, organisé dans les locaux de Deloitte à Neuilly le 21 novembre, a regroupé l'ensemble des participants des quatre groupes de travail ci-dessus. L'objectif de cet atelier était d'identifier les difficultés rencontrées par les évaluateurs et de dégager les leviers d'amélioration.

Dès que l'ensemble des 124 monographies (étude qualitative des situations d'évaluation) ont été réalisées et que les premières analyses ont pu être élaborées, plusieurs experts ⁷ ont été sollicités. Leur rôle a été d'enrichir l'analyse en :

- Portant un regard critique sur les résultats de l'analyse ;
- Apportant un éclairage et de nouveaux arguments pour permettre une ré-interrogation des pratiques d'évaluation ;
- Apportant un regard scientifique aux résultats de l'étude.

Les experts mobilisés ont ainsi travaillé avec les consultants de Deloitte Conseil et 2i Conseil et ont participé aux réunions de travail en région ainsi qu'à la réunion plénière du 21 novembre.

⁶ La composition des groupes de travail est présentée en annexe.

⁷ La liste des experts sollicités est présentée en annexe.

3. Principaux enseignements et recommandations

De manière transversale, il ressort des résultats de l'étude que **les pratiques d'évaluation des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées divergent profondément**. Cette divergence se traduit en termes :

- **D'organisation** : visites à domicile systématiques versus pratique courante de l'évaluation sur dossier, réalisation de la quasi-totalité des évaluations en interne versus pratique du conventionnement de partenaires pour la réalisation d'évaluation, traitement différencié par type de demande versus traitement uniforme de la totalité des demandes sont autant d'aspects distinguant les évaluations des besoins des personnes âgées de celles des personnes handicapées.
- **De compétences mobilisées** : les compositions d'équipes d'évaluation sont très différentes, beaucoup plus riches dans le champ du handicap que dans celui des personnes âgées.
- **D'aides proposées** : le périmètre couvert en pratique par les aides est très différent, ce qui a un impact sur la pratique de l'évaluation.
- **De vécu de l'évaluation** : les personnes âgées et les personnes handicapées ne vivent pas un même niveau de perte d'autonomie de manière équivalente. De ce fait, la situation d'évaluation des besoins n'est pas abordée sous le même angle. Là où elle correspond à une compensation pour la personne handicapée, elle est associée à une démarche de soutien / d'accompagnement pour la personne âgée.

Malgré ces divergences, un certain nombre de **grands enseignements** transversaux peuvent être dégagés, structurés autour de **cinq problématiques**.

A. La définition des concepts, référentiels à destination des professionnels de l'évaluation

L'étude nous a permis de dégager un certain nombre de constats relatifs à la définition de concepts et de référentiels.

- **L'incertitude sur l'interprétation de la loi - notamment sur le domaine du handicap et de la compensation - demeure.**

Les professionnels de l'évaluation ne partagent pas une lecture claire des principes posés par le législateur. Ceci favorise l'émergence de positions et de cultures départementales voire même individuelles qui se construisent en creux. A titre d'illustration, les notions de compensation et d'évaluation globale ne sont pas entendues par les évaluateurs de la même façon : quel périmètre ? quelles limites ? quelles réponses ? quelle mise en œuvre ?... sont autant de questions qui ne sont aujourd'hui pas tranchées.

Cette situation engendre d'une part des interrogations voire des frustrations de la part des évaluateurs face à certaines situations ; d'autre part, cela conduit à une hétérogénéité des pratiques d'un département à l'autre mais aussi au sein d'une même équipe d'évaluateurs. Une hétérogénéité qui est contestée au regard de la nécessaire équité de traitement entre les différents départements.

- **L'insuffisante culture commune nationale et l'hétérogénéité des pratiques d'évaluation présentent un risque juridique pour les tutelles.**

Lié notamment à l'hétérogénéité des pratiques abordée plus haut, il existe aujourd'hui un risque de contentieux quant à la réalisation de l'évaluation et aux modalités de réponse. Encore peu évoqué et rencontré sur le terrain par les évaluateurs, il reste néanmoins présent.

- **Une attente forte est exprimée par les acteurs de l'évaluation quant à la définition d'un corpus et d'un langage commun de la part de la CSNA.**

Cette attente porte en particulier sur :

- Un éclaircissement de certains points de la loi
- Une confrontation des pratiques pour faire émerger les plus efficaces en termes de modalités de réalisation des évaluations
- Une définition de la « fiche de poste » de l'évaluateur : compétences requises, objectifs...
- Une mise en place de formations continues communes pour diffuser et harmoniser le langage et les pratiques...

Ceci devra passer par une visibilité plus forte des actions et des missions tant de la CNSA que de la MDPH, qui restent aujourd'hui faiblement connues par certains professionnels participant à l'évaluation.

B. L'organisation interne et les relations partenariales

L'étude a mis en lumière la nécessité d'assurer un meilleur transfert de l'information ainsi qu'une bonne articulation entre les différents acteurs de l'évaluation.

- **Les évaluateurs ne disposent et ne partagent pas aujourd'hui une information complète, structurée et précise.**

L'étude montre qu'il n'y a pas aujourd'hui de transmission d'information optimale : l'information est disponible mais on observe une déperdition de l'information compte tenu notamment du défaut d'harmonisation des transmissions (absence de cadre de compte-rendu commun aux différents partenaires par exemple) ainsi que de l'absence de clés de lecture partagées entre intervenants.

Pour que chaque acteur ait une lisibilité de la situation globale du demandeur (situation médicale, environnement social et affectif, historique de la prise en charge...), il est important de définir des modalités de transmission respectueuses des usagers et qui permettent à chaque acteur d'obtenir les informations qui lui sont nécessaires (chaque acteur ne devant pas nécessairement disposer du même degré d'information).

- **Une recherche de la mobilisation optimale des moyens est nécessaire**

Les éléments chiffrés produits par les Conseils généraux et les MDPH (nombre d'agents, nombre de demandes traitées, délai de réponse...) semblent encore peu mobilisés dans une optique de contrôle de gestion en vue d'optimisation et/ou de recherche de la performance.

Des améliorations sont à rechercher pour éviter les répétitions et les redondances qui peuvent être mal vécues par les demandeurs.

- **Les relations entre les différents partenaires nécessitent d'être mieux articulées**

Les professionnels de l'évaluation relèvent aujourd'hui :

- Un manque de repères quant à la définition du rôle de chacun des acteurs ;
- Un manque de relais au niveau déconcentré : les MDPH et les Conseils généraux ne s'appuient pas suffisamment sur les acteurs locaux pour être des relais de leurs actions et assurer un rôle de « guichet d'informations » permettant notamment de pallier l'insuffisance de connaissance de l'offre par les usagers.

C. La place de l'utilisateur

Trois constats peuvent être dégagés :

- **Les usagers n'ont pas la maîtrise suffisante de l'environnement institutionnel et de l'offre disponible**

Parallèlement à l'incertitude relative à l'interprétation de la loi ressentie par les professionnels, les usagers ne sont pas suffisamment informés de la multiplicité des aides disponibles et de l'évolution des prestations mobilisables. Les usagers sont notamment confrontés :

- A la difficile compréhension des textes de loi et des dispositions réglementaires ;
- Au manque de lisibilité des aides et des prestations possibles (critères d'éligibilité, parcours administratif à suivre...) ;
- A l'absence de relais d'information (en général, ce sont les associations qui jouent ce rôle de présentation des aides possibles, d'information et d'aide à la décision) – ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui sont moins fréquemment accompagnées par des associations que les personnes handicapées. L'encadrement/le suivi par une association a un impact notable sur le degré d'information du demandeur r.

- **Les besoins du demandeur ne sont pas évalués dans le cadre d'une « trajectoire des besoins » mais à l'instant « t »**

Deux pratiques s'opposent en termes d'anticipation des besoins : certains évaluateurs évaluent les besoins du demandeur dans le cadre d'une trajectoire, c'est à dire en prenant en compte non seulement les besoins à l'instant « t » mais également en anticipant sur les besoins futurs (notamment dans le cas de pathologies évolutives). D'autres évaluateurs restent dans une posture statique d'évaluation des besoins de l'utilisateur uniquement à l'instant 't'. Cette absence d'homogénéité des pratiques crée des distorsions importantes qui peuvent être source d'iniquité de traitement

- **Les demandeurs expriment le besoin d'avoir un interlocuteur unique, bien identifié au sein de la MDPH ou du Conseil général.**

Le suivi du dossier de demande n'est pas systématiquement assuré par un référent dossier (correspondant de la personne au sein de l'institution) et/ou un référent projet de vie, garant de la qualité du processus d'évaluation, de l'avancée du dossier et de sa cohérence (transmission de l'information, qualification du dossier en fonction de sa complexité, mobilisation des compétences nécessaires...).

D. La gestion du facteur humain dans l'évaluation

Les constats ci-dessous sont issus du volet de l'étude relatif à l'étude qualitative des représentations de la notion et de la fonction d'évaluation et des expériences vécues par les professionnels et par les usagers.

- **Le ressenti de la perte d'autonomie influence la perception de l'évaluation**

La perception de l'évaluation par l'utilisateur est fonction du vécu de sa perte d'autonomie.

Les personnes handicapées n'ont pas le même degré d'acceptabilité de leur perte d'autonomie (à titre d'exemple, l'acceptabilité est souvent moindre dans le cas de handicaps acquis). Dès lors, elles peuvent être plus réticentes à être évaluées et à « jouer le jeu » de l'évaluation – considérant que l'ensemble de leurs besoins et de leurs attentes ne sera pas forcément pris en compte.

Les personnes handicapées suivent un cheminement intra-personnel, un processus d'acceptation rythmé par différentes étapes : les usagers peuvent d'abord passer par une phase de déni puis par une phase de colère et/ou d'inacceptation du plan d'aide. Les usagers

peuvent également être dans une phase où ils vont demander des aides de toutes natures qui pourront être perçues par les évaluateurs comme « une liste de courses ».

A contrario chez certaines personnes âgées, le processus de vieillissement semble plus facilement accepté car « il est dans l'ordre des choses ». L'évolution de leur perte d'autonomie est intégrée. Les personnes âgées sont donc moins revendicatrices.

L'étude met donc en évidence un véritable curseur qui permet d'identifier les étapes d'acceptation de la perte d'autonomie. La connaissance de ces critères permet de mieux comprendre les attentes d'un individu et d'anticiper la lecture qu'il donnera à la situation d'évaluation.

- **L'empathie des évaluateurs a un impact sur leur pratique**

Les évaluateurs ressentent parfois un excès d'empathie qui peut avoir un impact sur la façon de mener l'évaluation et de répondre aux besoins des demandeurs. L'étude des représentations et perceptions a ainsi permis d'observer les situations suivantes :

- Dans le cas d'enfants handicapés, l'évaluateur souhaitait respecter le projet de vie de l'enfant. Il pouvait se projeter sur l'avenir de l'enfant.
- Lors d'une rencontre avec une personne âgée qui disposait de l'ensemble de ses capacités, l'évaluateur pouvait être d'autant plus empathique qu'il se projetait sur son propre avenir. Il s'identifiait au même âge dans une situation comparable.
- Dans tous les autres cas (personne handicapée adulte, personne âgée très dépendantes et/ou présentant une déficience psychique), l'empathie semblait moindre car les évaluateurs semblaient mettre plus de distance.

- **Les évaluateurs rencontrés se sentent impliqués dans leurs missions**

L'étude des représentations a montré que les évaluateurs souhaitent réaliser l'évaluation la plus globale possible en prenant en compte le volet médical et social. La volonté de mener une démarche qualitative est ancrée dans les esprits. Certains d'évaluateurs vont au-delà de la simple évaluation et accompagnent le demandeur dans les recherches d'informations, dans l'écriture du projet de vie ou encore dans la présentation des aides disponibles. De même dans le cas où le dossier de demande d'aide est bloqué (facteur administratif), ils peuvent prendre en main le dossier et se positionner comme le responsable du dossier au sein de la structure. Cependant même si cette implication est très appréciée par les usagers, cela induit une confusion des rôles et des missions de l'évaluateur.

E. Les hypothèses non confirmées

Les résultats des deux études des représentations et des pratiques d'évaluation nous ont permis de dégager trois hypothèses posées en début d'étude qui n'ont pas été confirmées.

- **La pratique d'évaluation est fonction du type de demande et non du type de handicap.**

La typologie des organisations des MDPH montre que la clé d'entrée pour le traitement des dossiers est le type de demande ainsi que son degré de complexité. Ceci conditionne à la fois la mobilisation des compétences mais aussi le circuit de traitement d'une demande (pôles spécialisés, équipes pluridisciplinaires dédiées...).

- **L'évaluation « pure » (dans le sens de désancrée de toute contingence ou facteur contextuel) n'existe pas : les évaluateurs s'accordent sur le fait qu'ils réalisent l'évaluation des besoins d'une personne âgée ou handicapée en fonction des aides disponibles.**

Malgré la volonté de réaliser une évaluation la plus objective possible, l'évaluation « pure » n'existe pas. Les évaluateurs tiennent compte de l'offre territoriale et des aides qui pourront effectivement être mises en place. Il s'agit donc d'un critère qu'ils intègrent au moment de la proposition de plan d'aide. Ainsi, afin d'éviter un sentiment de frustration chez les usagers, les évaluateurs écartent du champ de l'évaluation certains aspects des besoins qui ne pourraient de toute façon pas être couverts compte-tenu des offres existantes sur le territoire. Il en résulte que le décalage entre les aides allouées et les besoins réels peut être une source de frustration pour les évaluateurs. Ils peuvent avoir le sentiment de ne pas mener leur mission jusqu'au bout dans les règles de l'art.

- **La notion d'évaluation des besoins en établissement, pour les personnes âgées, est perçue comme étant 'diffuse' dans le temps**

L'étude montre que le moment de l'évaluation peut être difficilement perceptible tant par les usagers que par les évaluateurs :

- Les personnes âgées vivant en établissement n'ont pas conscience du « moment de l'évaluation » de leurs besoins : les usagers reçoivent les visites de médecins, d'infirmières ou d'aides soignantes qui viennent leur poser des questions diverses sur leur état de santé et leurs besoins quotidiens. Ces visites quotidiennes ne sont pas toujours perçues comme des visites d'évaluation.
- Les professionnels/évaluateurs appréhendent également de façon diffuse ce moment de l'évaluation. L'évaluation se fait au travers d'un questionnement direct au quotidien du personnel de l'établissement à l'usager. Le seul moment qui pourrait être interprété comme un « moment d'évaluation » est le moment du calcul du girage pour l'attribution du budget annuel.

F. Recommandations

Suite aux résultats et aux différents enseignements tirés des deux études des représentations et des pratiques d'évaluation, les cabinets en charge de l'étude ont formulé un certain nombre de recommandations liées à des objectifs précis.

- **Recommandation 1 : Outiller les évaluateurs et harmoniser les pratiques**

Pour répondre aux incertitudes relatives à l'interprétation de la loi et à l'absence de langage commun entre évaluateurs, il apparaît nécessaire :

I. D'expliciter et de décliner de manière opérationnelle les principes directeurs de l'évaluation tels que prévus dans les textes (l'esprit de la loi).

Des éléments de réponse devraient notamment être fournis sur :

- La posture de l'évaluateur
- Le périmètre de l'évaluation (prise en compte de l'aidant ou non, anticipation ou évaluation statique des besoins à un instant « t »...)
- La pluridisciplinarité (quelles compétences doit-on mobiliser et pour quelle situation ?)
- L'évaluation globale (quelles sont les limites de l'évaluation globale ?)
- La définition de la fiche de poste de l'évaluateur (formation initiale, continue, compétence, savoir faire, savoir être, réflexe professionnel....)

ii. Une fois ces principes définis, de les diffuser et de les décliner pour faire en sorte que l'information collectée devienne une information collective.

Cette diffusion pourra se faire via :

- L'organisation de formations diverses sur l'ensemble des sujets
- Le partage des pratiques entre évaluateurs via des communautés d'échange de pratiques rassemblant des professionnels de profils différents (communautés épistémiques)
- Pour les gestionnaires, une diffusion des repères en termes d'organisation par pôles de compétences, d'organisation territoriale, de modalités de tri et d'orientation des dossiers entre procédure simplifiée et procédure complexe, de mobilisation des compétences par type de demande... .

iii. Outiller les évaluateurs

Il convient de procurer aux évaluateurs des outils en termes d'évaluation, d'aide à l'évaluation mais également d'aide à la décision.

Les outils d'évaluation

- Faire en sorte que les outils permettent de distinguer les différentes phases de l'évaluation de l'élaboration du plan d'aide et soient le support d'une évaluation globale.
 - Pour les personnes âgées, il est nécessaire de définir un outil d'évaluation globale
 - Pour les personnes handicapées, l'accompagnement dans la phase d'appropriation de l'outil GEVA semble indispensable.

Les outils d'aide à l'évaluation

Deux pistes ont pu être dégagées :

- La formation / sensibilisation sur la notion d'acceptation de la perte d'autonomie
- La formation sur les handicaps considérés comme 'rares ou complexes' (IMC, handicap psychique...)

Les outils d'aide à la préconisation pour les évaluateurs

- Référentiels pour la préconisation d'aide technique : rédaction d'un guide repère sur l'attribution des aides techniques (matériel recommandé par type de situation, prix indicatif...)

NB : Pour éviter d'entraver la personnalisation de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'aide, l'utilisation de ce guide devra être accompagnée⁸

Les outils qui pourront être mis à disposition des gestionnaires

- Mettre en place un contrôle de gestion permettant d'optimiser l'activité des Conseils généraux et MDPH : comparaison des indicateurs d'activité et déduction des axes d'amélioration.

- **Recommandation 2 : Favoriser le partage de l'information pour éviter les répétitions et les redondances et optimiser les moyens**

⁸ En précisant qu'il s'agit bien d'un guide repère, permettant un calibrage qualitatif et quantitatif des aides proposées suite à l'évaluation des besoins. Ce guide aurait vocation à répondre à la question « Qu'est ce qui peut être pris en charge ? » de façon plus opérationnelle que les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Pour atteindre cet objectif et compte-tenu des résultats de nos études, nous préconisons :

- i. D'élaborer un cadre pour les écrits professionnels ;
- ii. De définir les attendus, le contenu des rapports (compte rendus, pièces de dossier) communiqués par les différents professionnels et se mettre d'accord sur un langage commun ;
- iii. De structurer les informations relatives à un usager et définir les modalités de partage (ex. : mise en place d'une plateforme de partage d'informations entre le secteur hospitalier et le secteur social Rhône- Alpes; élaboration d'une fiche de suivi transmise à l'ensemble des partenaires dans les Alpes Maritimes...) ;
- iv. De favoriser la reconnaissance mutuelle des évaluations entre partenaires (ex : mise en œuvre de conventions de reconnaissance mutuelle entre les caisses de retraite et les Conseils généraux).

- **Recommandation 3 : Clarifier les rôles respectifs des partenaires et, dans le champ du handicap, asseoir le rôle de la MDPH en tant que pilote de l'évaluation**

Afin de rendre l'articulation des relations partenariales plus pertinente, nous estimons qu'il pourrait être intéressant :

- De lister les centres d'expertise et les labelliser avec un cahier des charges précis (ces centres d'expertise, établissements ou services disposant d'une expérience reconnue sur certains types de handicap, existent aujourd'hui, mais ne sont pas forcément identifiés comme tels, ni sollicités pour la réalisation d'évaluation par les MDPH⁹) ;
- D'identifier ce qui peut être externalisé et ce qui doit rester du domaine de compétence de la MDPH ou du Conseil Général (en termes de compétences et de prise de décision) ;
- De définir les modalités de pilotage du réseau partenarial ;
- De renforcer les modalités d'accompagnement des usagers en amont de l'évaluation (via des relais de proximité : médecin traitant, CCAS, association....).

- **Recommandation 4 : Accompagner l'utilisateur (ainsi que son aidant/tiers) tout au long de son parcours d'évaluation**

L'objectif poursuivi consiste notamment à appréhender l'évaluation en termes de parcours.

Ceci implique :

i. Au niveau organisationnel :

- De promouvoir l'émergence à minima d'un référent dossier et idéalement d'un référent dossier- projet de vie – permettant d'assurer un suivi du dossier et de mettre en face de chaque usager un interlocuteur unique ;
- De professionnaliser la fonction d'accueil, premier niveau de contact avec l'utilisateur au sein des MDPH et des Conseils généraux ;
- De sensibiliser les personnels et dispenser des formations sur les aides disponibles et les différents handicaps ;
- De communiquer sur l'offre disponible, en la rendant lisible pour les usagers ;
- De « vulgariser » les dispositions réglementaires et leurs évolutions.

ii. Au niveau de l'intégration du vécu subjectif de l'utilisateur :

⁹ Les MDPH ont mis en place des politiques de conventionnement plus ou moins développées. Un travail plus systématique d'identification des compétences et de mise en place de partenariats (encadrés par des cahiers des charges précis) pourrait avoir un grand intérêt.

- D'identifier le degré d'acceptation de la personne vis-à-vis de sa perte d'autonomie ;
- D'adapter le discours et les investigations en tenant compte de la personnalité de l'utilisateur ;
- D'explorer l'historique de l'utilisateur, son vécu vis-à-vis des démarches antérieures menées par les évaluateurs des MDPH et Conseils généraux.

- **Recommandation 5 : Aider l'évaluateur à gérer le facteur humain dans sa pratique quotidienne**

Afin de favoriser la conduite d'évaluations les plus justes possibles, nous proposons :

- De mettre en place des modules de formation aux évaluateurs pour les aider à gérer les situations où l'empathie interfère dans l'évaluation ;
- De proposer des échanges pluridisciplinaires entre évaluateurs, en dehors des moments d'évaluation, pour échanger sur le vécu, et partager autour des situations impliquantes émotionnellement.

- **Recommandation 6 : Prendre position sur des questions aujourd'hui en suspens**

En marge des recommandations faites ci-dessus et sur la base des résultats de l'étude, il semble que la CNSA doive se positionner pour fournir aux acteurs de terrain des réponses sur les deux sujets suivants :

- Le périmètre de l'évaluation globale : doit-on promouvoir une évaluation globale pour toutes les demandes au risque de faire émerger des besoins non formulés et/ou non finançables dans le cadre de l'aide allouée ?
- L'évaluation des personnes âgées en établissement : en l'absence de pratiques clairement identifiées d'évaluation individuelle des besoins dans les établissements des personnes âgées, est-il pertinent de mettre en place un « moment » d'évaluation des besoins (dans le cadre d'un protocole préétabli) ?

4. Analyse détaillée de la question : Comment les acteurs répondent ils à l'exigence d'évaluation globale/multidimensionnelle ?

I. Objectifs et portée de l'évaluation globale

- A. L'évaluation globale : un objectif de prise en compte de la personne dans sa totalité (ses besoins de toutes natures, son environnement, ...)
- B. L'impact des choix organisationnels et des pratiques professionnelles sur la portée de l'évaluation

II. Moyens mis en œuvre

- A. Evaluation avec rencontre de la personne vs. évaluation sur dossier
- B. Evaluation sur du déclaratif vs. observation / mise en situation
- C. Les regards mobilisés : pluridisciplinarité et recherche d'informations supplémentaires
- D. Les outils d'évaluation : moteur ou frein à l'évaluation globale ?

Les évolutions législatives et réglementaires de ces dernières années invitent à s'interroger sur la question de l'évaluation globale. Le GEVA est devenu l'outil officiel permettant aux équipes pluridisciplinaires des MDPH d'évaluer les besoins des personnes handicapées par la parution du décret et de l'arrêté du 6 février 2008. Un des objectifs de ce nouvel outil est de favoriser « l'interdisciplinarité dans une observation globale et partagée de la situation de la personne handicapée, dépassant la simple juxtaposition des expertises »¹⁰. Composé de huit volets, s'intéressant à différents aspects de la situation de la personne et de son environnement, le guide invite à une évaluation multidimensionnelle de la personne.

Du côté des personnes âgées, il n'existe pas d'obligation légale en termes d'évaluation « globale » mais une mention fréquente de cette pratique par les évaluateurs, que cela relève de l'intention ou de la réelle mise en œuvre et une évaluation avec rencontre de la personne imposée par la loi.

C'est donc une "ligne de fracture" entre l'évaluation des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées qui justifie une analyse qui présente ces deux aspects séparément.

Si l'évaluation « globale » est bien l'objectif à atteindre en terme de pratique d'évaluation, en quoi consiste-t-elle et comment s'organise-t-elle ?

Issue notamment des travaux de l'OMS sur la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)¹¹, la **notion d'approche multidimensionnelle** de la personne est au cœur de la notion d'évaluation globale. Nous verrons quelles sont les dimensions incluses dans cette approche globale, et quelle est la traduction de cette approche pour les personnes handicapées et les personnes âgées.

Dans la pratique, l'évaluation globale est souvent perçue par les évaluateurs comme un dépassement de la demande formulée par l'utilisateur pour traiter la situation dans son ensemble, sans se limiter à la simple évaluation d'une demande formulée soit par la personne elle-même soit par son entourage. Nous verrons dans quel cas et par quel type de structure elle est mise en œuvre.

Les objectifs et la portée de l'évaluation globale étant décrits, nous chercherons, dans un deuxième temps, à **caractériser les démarches d'évaluation actuellement mises en œuvre** par les Conseils Généraux, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et les différentes institutions de suivi des personnes en perte d'autonomie **pour mettre en place une évaluation globale**. Pour ce faire, nous analyserons les principaux éléments permettant de qualifier ces approches au regard de l'objectif de « globalité » :

- La réalisation d'évaluations impliquant une rencontre avec la personne (en particulier à son domicile), par opposition à celles réalisées uniquement sur dossier.
- La réalisation d'évaluations fondées sur des éléments déclaratifs ou, au contraire, nourries par l'observation, la mise en situation des personnes.
- La pluralité des compétences mobilisées pour l'évaluation : pluridisciplinarité mise en œuvre dans l'évaluation des différentes situations, comme condition nécessaire (ou non ?) de l'approche multidimensionnelle, éventuellement articulée avec une recherche

¹⁰ Manuel d'accompagnement du GEVA, CNSA, Mai 2008

¹¹ Classification publiée en 2001 par l'OMS à l'issue d'un processus de révision de la classification internationale des handicaps (CIH).

d'informations pour enrichir l'évaluation (par une meilleure maîtrise des différents aspects de la situation évaluée).

- Les outils utilisés pour réaliser ces évaluations : nous étudierons les différents outils utilisés et plus particulièrement les conditions de recours à des outils multidimensionnels. En effet, l'approche adoptée par l'évaluateur pouvant être fortement structurée par les outils qu'il utilise, ceux-ci peuvent influencer significativement la globalité de la démarche.

Les objectifs de l'analyse seront donc d'étudier si l'évaluation globale est à géométrie variable selon les publics concernés (personnes âgées / personnes handicapées), s'il existe la même exigence de globalité selon l'évaluateur (Conseils Généraux, MDPH, structures de suivi), si toutes les institutions évaluatrices sont en mesure de mettre en place une évaluation globale (par exemple si la globalité de l'évaluation exige un certain horizon temporel), etc.

I. Objectifs et portée de l'évaluation globale

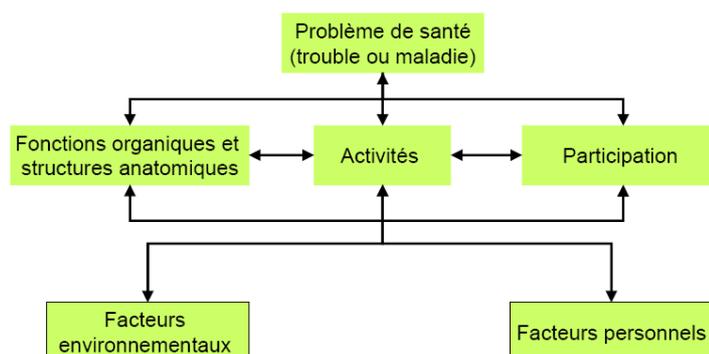
A. L'évaluation globale : un objectif de prise en compte de la personne dans sa totalité (ses besoins de toutes natures, son environnement, ...)

▪ Evaluer la personne : un exercice multidimensionnel ?

Au-delà de la simple appréciation de l'éligibilité aux aides proposées par les institutions, l'évaluation implique d'appréhender les besoins de la personne dans leur globalité pour pouvoir apporter une réponse/ une compensation à sa perte d'autonomie.

Cette conception a été développée au niveau international dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) publiée en 2001, à l'issue d'un processus de révision de la classification internationale des handicaps (CIH). Les différentes dimensions du CIF portent sur :

- les structures et fonctions du corps (dont les altérations correspondent à des déficiences),
- les activités (dont les limitations évoquent la notion d'incapacités) et la participation sociale (dont la restriction est considérée comme le handicap vécu par la personne dans sa vie quotidienne),
- les facteurs environnementaux,
- les facteurs personnels.



Les dimensions proposées pour apprécier le « désavantage » incluent la dépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante mais aussi d'autres dimensions telles que la mobilité, les occupations (activités élaborées), l'intégration sociale, l'indépendance économique, l'orientation dans le temps et dans l'espace, les choix de vie de la personne et son environnement.

La nécessité de prendre en compte ces dimensions, en plus des maladies et des déficiences, et de tenir compte des conditions environnementales, a conduit à la notion d'évaluation multidimensionnelle de la personne, qui semble maintenant intégrée dans les « bonnes pratiques » aussi bien en gérontologie que dans le domaine du handicap.

▪ **Pour les personnes handicapées : une exigence législative traduite dans le GEVA**

L'évaluation de la situation de la personne handicapée et de ses besoins est fondée sur la définition du handicap donnée par la loi de 2005, qui prend en compte l'approche multidimensionnelle développée dans la CIF :

«Art L.114 - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable et définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».

L'approche multidimensionnelle sert également de référence dans le guide GEVA et dans plusieurs référentiels pris en application de la loi du 11 février 2005.

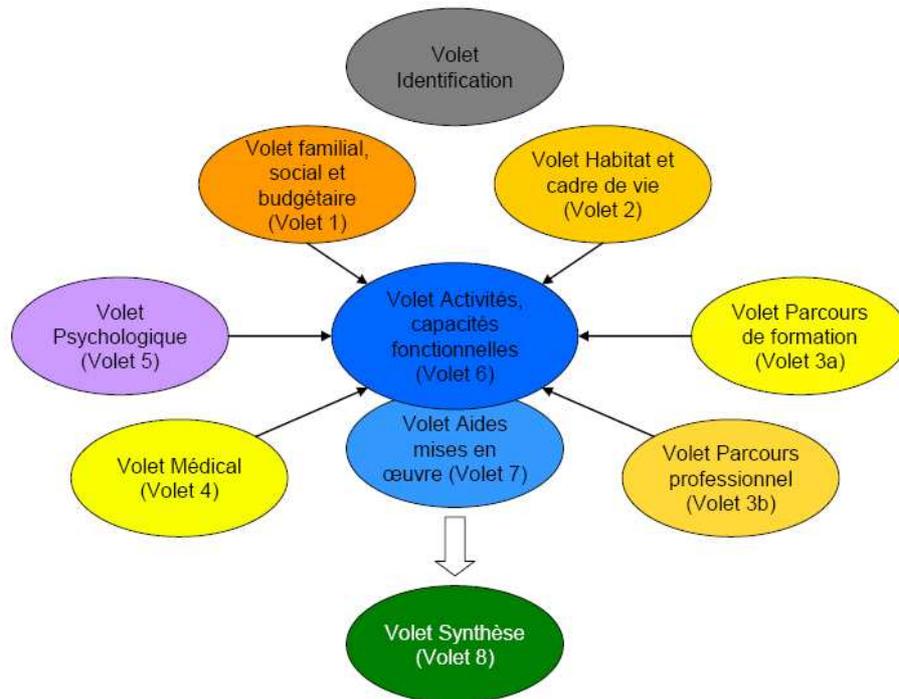
En effet, telle qu'elle est définie par la loi, la compensation « consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, (...) des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, (...) ».

Elle porte donc sur les différents aspects relatifs à la situation de la personne handicapée : aides personnelles de divers types, logement, transport, scolarité, insertion professionnelle, ressources... Ces aspects doivent être appréhendés dans le cadre d'une évaluation ne se limitant pas au recueil d'éléments strictement nécessaires pour se prononcer sur l'éligibilité à une prestation mais conduite de façon globale. L'évaluation se doit donc d'aborder différentes dimensions de la situation de la personne handicapée et de ses besoins.

D'où l'objectif du guide GEVA devenu obligatoire par décret, de « permettre aux équipes pluridisciplinaires des MDPH de recueillir les éléments d'évaluation permettant de définir et décrire les besoins de compensation des personnes handicapées de façon appropriée, équitable, avec un langage commun et en interdisciplinarité »¹².

Pour cela 8 volets sont prévus, couvrant différents domaines de l'évaluation.

¹² Manuel d'accompagnement du GEVA, CNSA, Mai 2008



- Il s'agit d'apprécier l'environnement et le parcours de la personne, ses caractéristiques dans leurs aspects médico-psychologiques (analyse des déficiences et des contraintes liées à la mise en œuvre des traitements, soins et autres moyens de compensation de ces déficiences...) et selon la situation de la personne les aspects concernant la scolarisation, la formation initiale et la vie professionnelle. En outre, les besoins et aspirations de la personne handicapée sont pris en considération dans la partie projet de vie.
- **Pour les personnes âgées : une pratique citée comme un objectif et une exigence croissante.**

Distinguée de facto par la loi de celle des personnes handicapées¹³, l'évaluation des personnes âgées s'inscrit également dans une approche globale.

L'évaluation globale multidimensionnelle des personnes âgées peut être définie comme « une procédure utilisée pour décrire de façon systématisée les capacités fonctionnelles, les conditions d'environnement et les besoins non couverts d'une personne âgée afin d'établir les meilleures procédures pour mobiliser ses capacités fonctionnelles et couvrir ses besoins ». « En général elle est mise en œuvre dans le cadre d'une visite au domicile »¹⁴.

Un certain nombre d'éléments de cette définition se retrouvent dans les exigences de la loi vis à vis des évaluations menées dans le cadre de demandes d'APA. Il est en effet prévu que « l'évaluation du degré de dépendance du demandeur donne lieu à une visite à domicile d'au moins un des membres de l'équipe médico-sociale. [...] Le degré de perte d'autonomie est évalué par le médecin ou le travailleur social de l'équipe médico-sociale sur la base de la grille

¹³ L'évaluation en vue de l'attribution d'une prestation ou d'une orientation relève de la loi du 20 juillet 2001 (créant l'APA) pour les personnes âgées et de la loi du 11 février 2005 pour les personnes handicapées.

¹⁴ d'après Kane RA, in : Maddox GL (ed) *L'Encyclopédie du vieillissement* Paris, SERDI and Springer, 1997, pp 319-322.

nationale AGGIR. Les conditions de vie de la personne âgée sont également étudiées en vue d'élaborer un plan d'aide. Divers éléments de l'environnement matériel, social et familial du demandeur sont pris en compte »¹⁵. Doivent ainsi être étudiés par l'évaluateur l'entourage, l'habitat, les aides techniques, la situation géographique, l'existence de réseaux médicaux, la présence de services d'aides à domicile ou de portage des repas, etc.

Au-delà de l'évaluation dans le cadre de demandes d'APA, d'autres textes mentionnent l'exigence d'évaluation globale des personnes âgées. La circulaire DHOS du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées »¹⁶ précise ainsi qu'une de leurs missions est d'établir « un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire. Assurer un diagnostic complet ». « Il s'agit d'un diagnostic psycho-médico-social qui concerne : les pathologies, la dépendance, le contexte économique, relationnel et psychologique, l'habitat (agencement du logement, accessibilité. »

L'exigence d'évaluation globale est intégrée par les évaluateurs rencontrés. Lors de l'évaluation, une réelle mobilisation de la part des évaluateurs a été observée pour tenter de mieux saisir les relations des demandeurs avec leur entourage et pouvoir répondre à leurs besoins de façon pertinente. Les informations recueillies à la fois sur les volets social, médical et environnemental permettent à l'évaluateur d'avoir une connaissance fine de la situation de l'usager.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Sabine, infirmière évaluatrice de personnes âgées utilise la grille AGGIR associée à un document construit en interne (arbre relationnel). Il comporte plusieurs volets qui renseignent l'évaluateur sur l'entourage, le logement, les aides techniques existantes, les intervenants à domicile (aide à domicile, kinésithérapeute) du demandeur. Un volet « histoire de vie » est également présent dans le document. Cet outil a été mis en place à la suite d'un travail collectif au sein du Conseil général des Yvelines pour considérer la situation de la personne de façon globale et prendre en compte l'ensemble des informations recueillies. De plus, il permet à chaque évaluateur d'y consigner ses observations et ainsi d'être un outil de partage d'information.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Yvelines

On voit donc bien qu'entre exigences législatives et volonté des acteurs de l'évaluation, l'évaluation globale des personnes âgées est un objectif réel, mais qu'en est-il de la réalité observée sur le terrain ?

¹⁵ <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/allocation-personnalisee-autonomie-apa/apa-comment.html>

¹⁶ Réseaux s'adressant prioritairement à « des personnes de soixante-quinze ans et plus, vivant et souhaitant rester ou retourner à leur domicile et répondant aux situations suivantes :

- Des patients gériatriques « se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique (...),
- Des personnes se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire nécessitant le recours à des aides venant à la fois du champ sanitaire et social (...)
- Des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée(...) »

B. L'impact des choix organisationnels et des pratiques professionnelles sur la portée de l'évaluation

▪ L'impact des choix organisationnels

Face à cet objectif partagé d'évaluation globale, les modalités d'organisation de l'évaluation sur le terrain sont plus ou moins favorables à la réalisation d'évaluations réellement globales.

- **Une nature de la demande déterminante pour les personnes handicapées**

L'enquête de terrain a permis de constater que l'organisation interne de la plupart des MDPH est caractéristique d'une démarche davantage tournée vers le traitement des demandes que vers l'évaluation des besoins de la personne (services/pôles structurés par types de demande).

Dans la Vienne, Les procédures d'évaluation sont différenciées par type d'aide demandé : l'instruction préalable par l'équipe d'instructeurs consiste en l'analyse de la demande et la détermination de l'une des deux procédures suivantes, selon le type d'aide demandée : procédure simplifiée (carte d'invalidité, renouvellement AAH, RQTH) ou procédure complète (orientation scolaire, orientation médico-sociale, orientation professionnelle, PCH,...)

Etude des organisations – MDPH 86

De ce fait, le processus d'évaluation est fortement conditionné, voire dans certains cas limité, par le type de demande formulée. Il s'agit notamment des demandes considérées comme les plus simples (cartes d'invalidité, de stationnement, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, AAH), dont l'analyse fait généralement l'objet d'une procédure simplifiée permettant une réponse rapide mais qui va très rarement au-delà du périmètre de la demande initiale.

Dans la Sarthe, les demandes nécessitant une reconnaissance de taux d'invalidité (allocations et cartes d'invalidité) font l'objet d'une procédure simplifiée : analyse sur dossier à partir de divers documents médicaux.

Etude des organisations – MDPH 72

A l'inverse, les demandes appelant une approche plus globale de la situation (notamment la PCH), et susceptibles de ce fait de faire apparaître des besoins complémentaires (notamment à l'occasion de la visite à domicile), peuvent donner lieu à une évaluation et des préconisations dépassant le simple cadre de la demande.

Adulte présentant un handicap mental pris en charge par un ESAT

L'évaluation réalisée par la MDPH est allée au-delà de la demande originale, puisqu'une rencontre a été organisée avec la personne afin de lui faire prendre conscience de la nécessité de mettre en place une aide humaine pour mener à bien le projet de vie envisagé.

Cas N°77 - Département des Alpes Maritimes.

Adulte polyhandicapé vivant à domicile et ayant formulé une demande de PCH

Lors du processus d'évaluation, les évaluatrices ne se focalisent pas uniquement sur la demande faite mais sont susceptibles de faire des propositions annexes si elles estiment que la situation du demandeur le réclame. Dans ce cas précis, les évaluatrices, au vu de la dégradation de la situation du demandeur ont préconisé le passage de la curatelle à la curatelle renforcée.

La démarche d'évaluation mise en œuvre serait ainsi fortement influencée par le type de demande formulée : certaines demandes impliquant une approche plus globale (PCH) que d'autres (cartes d'invalidité, de stationnement, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, AAH). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette situation :

- Le dispositif d'aide aux personnes handicapées continue d'imposer une entrée dans le processus d'évaluation par la demande. Cela est naturellement lié à la multiplicité des aides disponibles pour les personnes handicapées. La personne pour bénéficier d'une aide doit remplir un dossier faisant apparaître une ou plusieurs demandes. L'organisation des MDPH et la démarche d'évaluation elle-même restent donc fortement structurées autour de la demande formulée.

*Selon le médecin coordonnateur de la **MDPH d'Ille et Vilaine** : « Actuellement l'entrée dans le processus d'évaluation se fait via les demandes :*

- *la personne s'est faite sa propre évaluation ;*
- *les demandes sont le fruit de cette auto-évaluation qui n'est pas toujours juste ;*
- *le formulaire est construit de façon à présenter des demandes claires.*

Ce sont donc les demandes qui sont d'emblée traitées et évaluées, plus que les besoins. Or, dans l'idéal, la personne devrait décrire son état, les difficultés qu'elle a et l'évaluation devrait être globale et non limitée par la nature des demandes (dans l'esprit de la loi). Mais cela est très utopique par rapport aux moyens que cela nécessite.

Dans les faits, le réflexe est de traiter la demande et pas forcément de rencontrer la personne, notamment pour les demandes de cartes, AAH et RQTH. »

Etude des organisations – MDPH 35

- Une des principales critiques adressées aux COTOREP ou CDES en leur temps concernait les délais de réponse particulièrement longs. Au moment de leur mise en place les MDPH se sont donc appliquées à réduire les temps d'analyse pour répondre à une demande forte des usagers, au détriment parfois d'une évaluation d'ensemble de chaque situation. Elles ont ainsi axé principalement leurs efforts de pluridisciplinarité et de globalité vers la PCH, symbole de la nouvelle démarche introduite par la loi du 11 février 2005 et relayée sur le terrain par les associations.
- L'insuffisance des ressources disponibles par rapport au volume des demandes reçues est citée par certaines MDPH comme le principal facteur limitant la mise en œuvre systématique d'une démarche d'évaluation multidimensionnelle. Cette démarche est en effet jugée très coûteuse en termes de ressources.

***Dans l'Essonne**, pour le directeur de la MDPH le volume des demandes à traiter rend très difficile la mise en œuvre systématique d'une démarche d'évaluation globale et pluridisciplinaire. Le travail réalisé se limite généralement à l'analyse de la demande formulée, les équipes ne disposant pas du temps suffisant pour étudier la cohérence de la demande par rapport à la situation de la personne et formuler des propositions complémentaires.*

Etude des organisations – MDPH 91

- **La territorialisation : levier de l'évaluation globale ?**

Si l'entrée par type de demande pour les personnes handicapées semble être la norme, il est cependant intéressant de noter que certaines MDPH essaient de ne pas la 'subir' et la refléter dans leur mode d'organisation, afin que le type de demande seul ne détermine pas le parcours d'évaluation de la personne. Un projet de réorganisation est en cours à ce sujet à la MDPH d'Indre et Loire.

*L'équipe pluridisciplinaire de la **MDPH d'Indre et Loire** a été structurée, au moment de sa création, en fonction du type de demande, autour de quatre médecins spécialisés par type d'aide. Mais un projet d'évolution de cette organisation, présenté par la directrice, était en cours début 2008. Dans la nouvelle configuration, les médecins seraient désormais responsables d'un secteur géographique, toute prestation confondue (secteur adulte + PCH enfant), pour répondre à trois objectifs :*

- *Développer la polyvalence,*
- *Développer une approche d'évaluation globale de la personne centrée sur le projet de vie, plutôt que par type de prestations,*
- *Développer le partage des pratiques d'évaluation et leur formalisation.*

Une phase de transition par étapes était prévue, compte tenu notamment du temps de formation nécessaire aux médecins pour acquérir les domaines qu'ils maîtrisent moins.

Etude des organisations –MDPH 37

Côté personnes âgées, les dispositifs territorialisés regroupant missions d'information, de prévention et d'évaluation semblent particulièrement favorables à la mise en place d'évaluations globales. Le traitement ne se limite alors pas à la demande formulée mais tend à prendre plus en compte l'individu dans sa globalité. Cela semble très lié au fait que les évaluateurs ne se sentent pas limités par ce qui peut être financé ou non par l'APA (leur mission dépassant le cadre restrictif de cette allocation)

***Dans les Yvelines,** l'évaluation est confiée à des coordinations gérontologiques responsables à la fois de la mission CLIC et de la mission évaluation APA pour un territoire gérontologique. La coordination est l'interlocuteur unique pour les personnes âgées, les informant sur l'ensemble des aides disponibles et menant les évaluations. Cette organisation a un impact sur la construction du plan d'aide, qui même dans le cadre d'une évaluation APA ne se limite pas à ce qui pourra être financé dans le cadre de l'allocation.*

Etude des organisations – CG 78

- **L'impact des pratiques professionnelles**

En dehors des schémas organisationnels retenus par les institutions, certaines pratiques professionnelles constatées au cours de l'enquête de terrain tendent à indiquer que les professionnels ne se limitent pas dans leur évaluation au simple traitement de la demande, mais cherchent à mener une évaluation globale. Il ne s'agit pas alors d'un type d'évaluation imposé par l'organisation en fonction de la situation mais de l'influence de la pratique professionnelle de l'évaluateur sur sa façon de mener l'évaluation.

- **Impact de la compétence de l'évaluateur**

La compétence de l'évaluateur, entendue comme le produit de sa formation et de son expérience, a un impact décisif sur sa façon d'évaluer, et donc sur sa pratique ou non d'une évaluation globale. Cet élément a été évoqué à de nombreuses reprises lors de l'étude et

notamment lors de l'étude terrains et des groupes de travail. L'affirmation n'est pas nouvelle, elle vient confirmer des constats faits par des études précédentes :

- « La profession elle-même (médecin, infirmière, assistante sociale, contrôleur) influence l'art de mener l'enquête et détermine en partie l'étendue des marges d'investigation et de contrôle de l'enquêteur »¹⁷.
 - « Les enquêteurs peuvent développer un certain nombre de façon de faire adaptées à chaque situation. Ils peuvent utiliser tout un éventail de procédés pour questionner, observer, vérifier, recouper l'information. Les infirmières et les médecins ont, en plus, légitimité à accomplir des actes médicaux ou paramédicaux (demander de s'allonger pour une brève auscultation, prendre la tension, par exemple) »¹⁸.
- **Champ pris en compte par l'évaluateur**

Cet impact de la compétence se traduit très concrètement dans l'approche de la personne évaluée et de son environnement. Le champ pris en compte peut être plus ou moins large. La connaissance du handicap et de son retentissement peut pousser l'évaluateur à élargir le périmètre de l'évaluation et à y inclure notamment :

- la **prise en compte des besoins des aidants** :

Personne âgée vivant à domicile, présentant un plurihandicap, non suivie à domicile

Le plan d'aide établi a tenu compte de la nécessité d'accompagner la conjointe du demandeur dans la prise en charge de son mari. A ce titre, une part importante de l'intervention de l'évaluatrice a consisté à lui faire accepter l'aide nécessaire.

Une révision du plan d'aide a ensuite été effectuée pour tenir compte de l'état de fatigue croissant de l'aidante.

Cas N°105 - Département des Yvelines.

- **l'anticipation de l'évolution des besoins de la personne** :

Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap de type moteur, dont l'accompagnement est réalisé par un SAAD

L'identification d'une pathologie pouvant entraîner une aggravation rapide de la situation de la personne évaluée semble avoir eu une influence importante sur les préconisations formulées par l'évaluatrice : le plan d'aide proposé tient compte des besoins croissants du demandeur du fait de la dégradation très probable de son état de santé à court terme.

Cas N°1 - Département d'Indre et Loire.

▪ **Complexité des situations et évaluation globale**

Au croisement de l'impact de l'organisation et de celui des pratiques professionnelles, la notion de complexité est apparue, au cours de l'étude de terrain, comme un déterminant majeur de la pratique d'évaluation. Autrement dit un cas « complexe » se verra très souvent appliqué un traitement spécifique en termes d'évaluation. Mais qu'est ce qu'un cas complexe ?

¹⁷ Ecole des mines de Paris – ARMINES, *Aide méthodologique à l'analyse et à l'amélioration de l'outil AGGIR – Rapport final*, 15 janvier 2006.

¹⁸ Idem.

L'étude de terrain ne nous permet pas d'aboutir à une définition partagée par l'ensemble des acteurs mais trace les contours d'une notion **mélangeant éléments objectifs de définition et éléments subjectifs**, relevant plus de la perception des différents acteurs. Ce qui fait la complexité est en effet un mélange d'éléments objectifs tels que le type de demande à traiter ou le moment de la demande et d'éléments plus subjectifs liés à la situation de la personne (situation sociale, type de handicap, de pathologie...).

- Le **type de demande** est un premier facteur discriminant de la complexité. Sont généralement considérées comme complexes les demandes de PCH et comme simples les demandes de cartes d'invalidité. Entre ces extrêmes la frontière n'est pas nette, avec une perception différente selon les MDPH de ce qui est simple et de ce qui est complexe.
- Le **moment de la demande** rentre également souvent en compte dans la définition de la complexité. Les renouvellements sont un type de demande considéré comme simple, car le demandeur est déjà connu des services du CG et de la MDPH et les évaluateurs ont une idée de la situation de la personne. A l'inverse, les premières demandes sont plus souvent considérées comme complexes et donnent lieu à une étude plus approfondie.
- La **situation de la personne** peut également être facteur de complexité, en particulier sur les aspects suivants :
 - Situation sociale : personne particulièrement isolée, aidant familial épuisé, risque de mise en danger, etc. Pour les personnes handicapées, la complexité ne vient d'ailleurs pas forcément de l'isolement mais peut être liée au contraire à des rapports difficiles avec le tuteur, les services qui interviennent.
 - Accompagnement du demandeur : le nombre d'intervenants, les désaccords entre intervenants qui ne communiquent pas peuvent être facteur de complexité pour les évaluateurs du Conseil Général ou de la MDPH.
 - Prise de conscience de ses besoins par la personne et communication.
- Enfin le **type de handicap**, s'il n'est pas le premier facteur cité, peut également être source de complexité, notamment lorsque la MDPH ou le Conseil Général ne peuvent s'appuyer sur des partenaires possédant l'expertise nécessaire (par exemple dans certains cas de handicaps psychiques ou de handicaps rares).

En outre, on peut distinguer deux types de complexité : une complexité anticipée (qui crée des filières de traitement différenciées) **et une complexité vécue, constatée**, qui entraîne au cas pas cas une mobilisation de compétences, de partenaires spécifiques pour faire face à une situation particulière. C'est alors « au contact » du cas que se révèle la complexité qui va entraîner un processus d'évaluation adapté : mobilisation de compétences et/ou de partenaires différents.

La complexité d'un cas peut donc être repérée à plusieurs moments lors desquels sera décidée la mise en œuvre ou non d'une évaluation globale :

- lors du tri administratif (si le type de demande est un critère de complexité par exemple) ;

- lors d'une cellule d'orientation ou d'une pré-évaluation en équipe réduite comprenant un évaluateur en capacité de qualifier le dossier au regard de critères de complexité tels que le type de handicap, la situation sociale, le type d'accompagnement, etc... ;
- au moment de l'évaluation à proprement parler (qu'elle s'effectue sur dossier ou lors d'une rencontre).

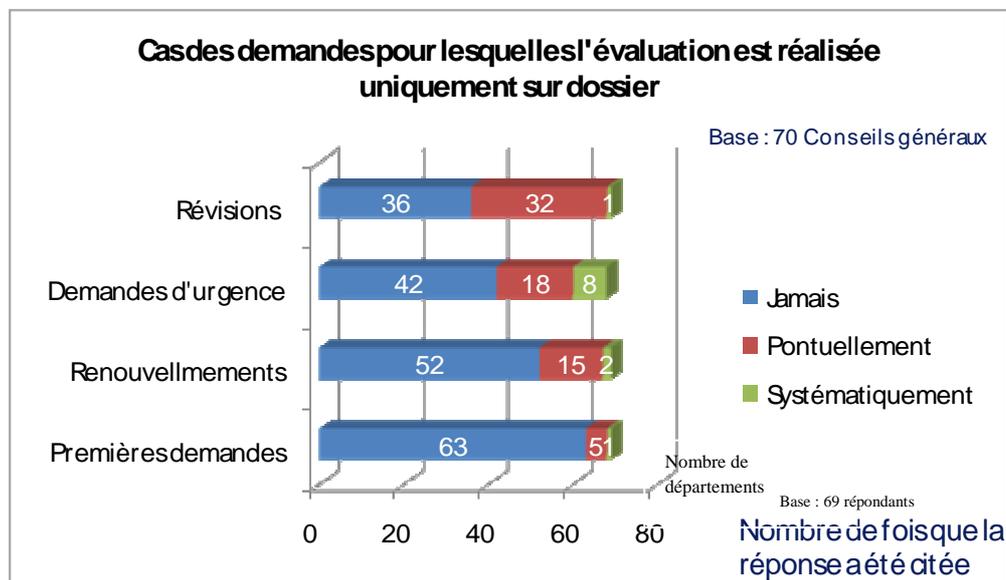
II. Moyens mis en œuvre

Comment l'évaluation globale est-elle mise en œuvre ? Comment la volonté d'aborder la personne dans sa globalité se traduit-elle concrètement dans les modalités d'organisation de l'évaluation ?

A. Evaluation avec rencontre de la personne vs. évaluation sur dossier

La rencontre de la personne semble déterminante dans le processus d'évaluation globale, car elle permet a priori aux professionnels de mieux appréhender les différents aspects de la situation de la personne, notamment l'interaction avec son environnement quotidien dans le cadre de visites au domicile. Il s'agira donc d'étudier les conditions de mise en œuvre de cette disposition au sein des Conseils Généraux et des MDPH et de voir quels sont les moyens mis en œuvre pour enrichir l'évaluation en cas d'absence de rencontre de la personne.

- **Pour les personnes âgées : des évaluations du Conseil Général réalisées, sauf exception, au domicile**



Conformément aux dispositions législatives, les Conseils Généraux ont majoritairement fait le choix d'évaluer les demandes d'APA lors de visites au domicile. 77% des départements répondants¹⁹ effectuent une visite à domicile afin de réaliser l'évaluation des besoins. Seuls 12 départements (sur 77 répondants) déclarent réaliser des évaluations exclusivement sur dossier de manière systématique. Les autres le font ponctuellement, sur des critères précis :

¹⁹ Source : Questionnaire quantitatif Conseils Généraux.

- Pour les demandes de révision du plan d'aide (32 Conseils Généraux) l'évaluation sur dossier a généralement lieu pour des situations ne nécessitant que des modifications marginales de l'accompagnement (téléalarme, changement d'intervenant à domicile,...) sans modification du GIR.
- Pour les renouvellements (15 Conseils Généraux), la demande est étudiée sur dossier si l'évaluateur a eu connaissance soit directement, soit le plus souvent par le service en place, du fait que la situation de la personne n'a pas connu d'évolution significative.
- Pour les demandes en urgence (18 Conseils Généraux) : il s'agit généralement d'une procédure temporaire permettant de mettre en place un accompagnement rapide mais qui est quasi-systématiquement suivie d'une visite au domicile.
- Pour les premières demandes (5 Conseils Généraux), il s'agit des situations extrêmes : hors champ de compétence du Conseil Général à la lecture du pré-GIRage effectué par le médecin traitant (GIR 5 et 6) ou, à l'inverse, situations où la très grande dépendance est mise en évidence par le certificat médical : pathologie cancéreuse très évoluée, soins palliatifs, maladies dégénératives avancées,...

Les choix des Conseils Généraux concernant les modalités de réalisation des évaluations sont donc homogènes :

- Conformément aux impératifs réglementaires introduits par la loi du 20 Juillet 2001, l'évaluation au domicile de la personne reste la règle ;
- L'évaluation sur pièces reste une pratique ponctuelle qui n'est généralement mise en œuvre que pour les situations les mieux maîtrisées par les évaluateurs et ne présentant donc aucune difficulté (contacts réguliers avec la personne directement ou via une structure de suivi fiable et certitude d'une évolution marginale de la situation).

Sur cet aspect, la pratique généralement constatée au sein des Conseils Généraux contribue donc à la démarche globale d'évaluation en mettant l'évaluateur en situation d'apprécier de manière objective et exhaustive l'autonomie de la personne et les besoins induits, dans son environnement.

▪ **Pour les personnes handicapées : des rencontres moins systématiques**

Les MDPH ayant répondu au questionnaire réalisent la majorité des évaluations des besoins (tous types d'évaluation et population confondues) sur la base du dossier de demande d'aide, sans rencontrer les personnes évaluées. 60% du total de MDPH ayant répondu à la question (45 MDPH) réalisent moins de 40% de leurs évaluations sur la base d'une rencontre des personnes. Dans les MDPH répondantes la réalisation des évaluations sur la base d'une rencontre de la personne est fortement déterminée par le type de demande formulée :

- Sont majoritairement évaluées sur la base d'une rencontre de la personne
 - ▶ Les PCH aides humaines (dans la quasi-totalité des cas)
 - ▶ Les PCH aides techniques
 - ▶ Les demandes d'orientation professionnelle
 - ▶ Les demandes d'AAH
 - ▶ Les demandes de RQTH
- Sont majoritairement évaluées sur dossier

- ▶ Les demandes de PCH adaptation du logement/du véhicule (dans une large majorité des cas)²⁰
- ▶ Les demandes de cartes d'invalidité et de cartes de stationnement
- ▶ Les demandes d'AEEH

Sur l'ensemble de l'échantillon étudié dans le cadre de l'enquête de terrain, une minorité des cas a donné lieu à au moins une rencontre avec la personne :

Les cas « adultes » évalués avec rencontre concernent majoritairement des demandes incluant une PCH, pour laquelle la plupart des MDPH a mis en place des modalités spécifiques, prévoyant une rencontre quasi-systématique avec la personne.

Pour les autres types de demandes, les rencontres ne sont généralement pas prévues de manière institutionnelle dans la démarche d'évaluation. Selon le schéma classique, une 1^{ère} analyse des éléments du dossier permet à un nombre restreint d'évaluateurs de se faire une opinion sur le degré de « complexité » de la situation. Plusieurs cas sont alors envisageables :

- La situation présente une « complexité » intrinsèque (d'ordre médical, social, relationnel,...) : une rencontre avec la personne est généralement envisagée et suivie d'une analyse en équipe pluridisciplinaire des éléments collectés lors de la visite.
- La situation ne présente pas de « complexité » intrinsèque mais induit par certaines caractéristiques la nécessité d'une attention particulière (1^{ère} demande, révision, recours, moment charnière de la vie de la personne : 1^{ère} scolarisation, sortie du dispositif enfant,...) : le cas donne généralement lieu à une analyse collective en équipe pluridisciplinaire, qui peut éventuellement être complétée d'une rencontre avec la personne.
- La situation est considérée comme « simple » : les préconisations sont décidées dès la première analyse qui ne fait généralement intervenir qu'un petit nombre d'évaluateurs, parmi lesquels on retrouve systématiquement un médecin, souvent accompagné d'un professionnel non-médical dont le profil varie selon l'organisation mise en place par la MDPH.

Seule une minorité des situations « enfants » ont été évaluées avec rencontre. Ces situations sont regroupées sur 3 départements : la Marne, l'Essonne et la Vienne, et correspondent à des cas jugés « complexes » par les équipes d'évaluation. Ainsi, dans la Marne, si les évaluations de situations « standard » ne sont réalisées que sur dossier par l'équipe pluridisciplinaire, les évaluations des cas considérés comme complexes (difficulté à évaluer et/ou difficulté à définir les préconisations adéquates) sont l'objet d'une pratique d'évaluation multi partenariale, où plusieurs acteurs sont convoqués et la personne et son aidant sont rencontrés.

²⁰ Les évaluations sont souvent faites sur dossier par la MDPH, sur la base d'éléments transmis par des établissements et services suivant la personne handicapée.

Femme de 19 ans, habitant avec sa famille et présentant une demande d'orientation en foyer de vie. Le dossier a été transmis à l'équipe pluridisciplinaire « Enfance » qui, dans le cadre d'une première réunion et compte-tenu de la complexité du dossier (absence du type d'orientation requise dans le département) a décidé de présenter le dossier dans le cadre de la Commission d'Evaluation Locale de l'Enfant (CELE).

Cette commission se réunit de manière trimestrielle et regroupe environ 10 personnes, représentantes des principales instances chargées du suivi des enfants handicapés dans le département (Directeurs d'établissements et d'associations, Inspecteur de l'éducation nationale, CHU, ...). Seuls les dossiers difficiles à évaluer ou dont la formalisation des préconisations est complexe et demande la coordination des différents acteurs sont présentés.

La Commission a analysé la situation de la personne au travers des différentes pièces constitutives du dossier et de la présentation de la situation effectuée par la personne elle-même et son aidant, qui ont été convoqués.

Cas n°11 – Département de la Marne

- Ce constat appelle plusieurs remarques :
 - o La grande majorité des enfants handicapés bénéficie d'un accompagnement relativement précoce : pour les enfants scolarisés, a minima celui mis en place par l'éducation nationale (équipes de suivi de scolarisation, Enseignants Référents Handicap). Les évaluateurs de la MDPH estiment donc généralement disposer, directement (la participation des enseignants référents aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire est fréquente) ou indirectement (bilan de situation joint à la demande), d'informations suffisamment détaillées pour se prononcer sur ces situations sans qu'une rencontre soit nécessaire.
 - o Sur l'échantillon des MDPH rencontrées, les choix institutionnels portant sur les modalités de réalisation des évaluations sont plus tranchés pour les enfants que pour les adultes : ainsi, alors que le fonctionnement des secteurs adultes impose rarement un type d'évaluation (rencontre ou dossier) exclusif (cf. ci-dessus), certaines MDPH ont déclaré n'avoir recours qu'à l'analyse sur pièces pour l'ensemble des demandes concernant les enfants

En Indre et Loire, la MDPH a décidé de mettre en place une évaluation sur dossier exclusive de l'ensemble des demandes concernant les enfants. L'évaluation est collégiale avec un quadruple regard : social, psychologique, éducatif/scolaire et médical.

Etude des organisations – MDPH 37

Il est donc possible que les caractéristiques propres de la situation influencent moins la décision de rencontre pour les enfants que pour les adultes.

- o Les professionnels rencontrés nous ont signalé le risque d'une évolution du secteur enfant, vers le même modèle que le secteur Adultes. Avec la mise en place de la PCH enfant, les évaluations avec rencontres pourraient se focaliser sur les cas pour lesquels une demande de PCH a été formulée, au détriment, à moyens constants, des autres situations.

L'organisation des MDPH et les démarches d'évaluation mises en œuvre restent donc généralement marquées par la distinction historique entre adultes et enfants et sont structurées principalement autour du type de demande.

La démarche institutionnelle d'évaluation globale, dans sa composante « rencontre avec la personne », semble donc présenter un biais important en faveur des situations pour lesquelles une PCH a été demandée. C'est en effet le seul type de demande pour lequel une évaluation avec rencontre est systématiquement mise en place.

Il convient néanmoins de souligner que si le fait de rencontrer la personne (notamment dans le cadre d'une visite à domicile) favorise l'appréhension globale des différents aspects de la perte d'autonomie, **l'évaluation sur dossier n'est pas nécessairement incompatible avec une approche globale des besoins**. La pluridisciplinarité mise en œuvre dans l'évaluation sur dossier et la richesse des informations contenues dans le dossier peuvent permettre d'appréhender une situation de façon multidimensionnelle et en dépassant la simple demande de l'utilisateur. (Voir ci-dessous la partie sur la pluralité des regards mobilisés).

Adulte présentant un handicap sensoriel et pris en charge en ESAT

Le dossier est étudié en équipe pluridisciplinaire. Après analyse des pièces du dossier et confrontation des impressions en vue d'adopter une position commune, il est apparu nécessaire, pour respecter la volonté du demandeur de réduire sa prise en charge en ESAT, qu'une demande de PCH devait être faite. Les évaluateurs sont donc allés au-delà de la demande pour pouvoir proposer un plan d'aide en adéquation avec les besoins et le projet de vie de la personne, bien que l'évaluation ait été réalisée sur dossier.

Cas N°77 - Département des Alpes Maritimes

Ce point a bien été exprimé dans les groupes de travail : « Qu'est ce qu'apporte le fait de voir si toutes les informations sont disponibles, si les évaluateurs sur dossier ont toutes les réponses ? » ; « Le dossier peut être global ; inversement, rencontrer la personne peut ne pas être une évaluation globale ».

B. Evaluation sur du déclaratif vs. observation / mise en situation

- **Une évaluation des besoins des personnes âgées fondée sur une observation effective des capacités de la personne**

L'enquête terrain permet de constater que pour la grande majorité des situations concernant des personnes âgées, les évaluateurs ont fondé leur analyse sur des observations effectives du niveau d'autonomie de la personne dans son activité quotidienne (mise en situation pour certains actes de la vie quotidienne et observation du domicile pendant la visite).

Cependant dans un certain nombre de cas ils se sont contentés des déclarations de la personne et/ou de son entourage. Il s'agit principalement de personnes présentant des déficiences mentales ou psychiques, pour lesquelles les évaluateurs se sont essentiellement appuyés sur les déclarations des aidants. Deux raisons principales à cela :

- d'une part la difficulté de communication avec la personne induite par son handicap, et donc l'impossibilité de l'amener à effectuer des actes particuliers ;

Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, non suivie à domicile

Dans le cadre de ses évaluations l'assistante sociale s'adresse prioritairement à la personne évaluée. Dans ce cas précis, le demandeur n'ayant pas la capacité de répondre, du fait de son handicap, c'est sa compagne qui a répondu aux interrogations de l'évaluatrice.

Cas N°104 - Département des Yvelines.

Personne âgée vivant en foyer logement et présentant une déficience psychique

Le médecin gériatre estime que l'évaluation des besoins est plus complexe dans le cas de handicap psychique car la personne n'est pas toujours apte à livrer des informations sur ce qu'elle sait/peut faire. Dans ces cas là, la présence d'un tiers est particulièrement importante.

Cas N°69 - Département du Gers.

- et d'autre part le caractère évolutif et non permanent de la perte d'autonomie, qui implique que la situation de la personne au moment de la visite peut ne pas être représentative de ses difficultés générales. Les informations obtenues auprès des aidants peuvent alors permettre une meilleure appréhension des besoins que l'observation de la personne à un moment donné.

Personne âgée présentant un handicap psychique et prise en charge à domicile

Les évaluatrices reconnaissent que les demandeurs qui présentent une pathologie psychique sont difficiles à évaluer car il convient de faire la part entre ce qui relève des troubles du comportement du fait de la pathologie et ce qui relève de l'état « normal » du demandeur.

Cas N°108 - Département de Seine et Marne.

- **Une évaluation des personnes handicapées semblant reposer plus sur du déclaratif**

Dans les cas de personnes handicapées étudiés, la tendance est beaucoup moins nette en faveur de l'évaluation avec observation quand il y a rencontre de la personne. La nature de l'évaluation (sur cet aspect) semble dépendre plus de la pratique professionnelle des évaluateurs que du type de handicap ou de tout autre critère. L'étude terrain n'a en effet pas permis de distinguer des situations types dans lesquelles il y avait observation/ mise en situation ou au contraire évaluation basée sur du déclaratif

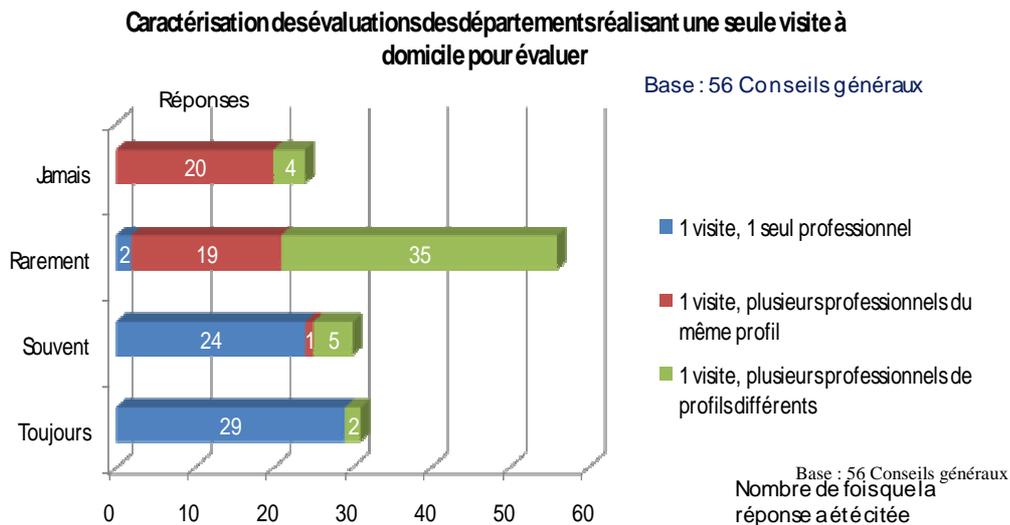
C. Les regards mobilisés : pluridisciplinarité et recherche d'informations supplémentaires

L'évaluation multidimensionnelle se doit-elle d'être pluridisciplinaire ? Si elle n'est pas une condition indispensable à l'évaluation globale, la pluridisciplinarité semble cependant favoriser la bonne appréhension des différentes composantes de la situation de la personne. Il est donc intéressant de voir comment elle est mise en œuvre, au service de la globalité de l'évaluation.

- **Pour les personnes âgées : une évaluation généralement réalisée lors d'une visite unique par un seul professionnel, mais discutée en équipe médico-sociale et fréquemment enrichie de recherches d'informations complémentaires**

L'étude de l'organisation de la pluridisciplinarité au sein des Conseils Généraux a permis d'établir que celle-ci se traduisait rarement au moment de la visite mais plutôt au moment d'une rencontre ultérieure de l'équipe médico-sociale.

Lorsque le demandeur est rencontré par l'équipe médico-sociale suite à une demande d'APA, cela se fait le plus souvent lors d'une **visite d'évaluation unique réalisée par un seul professionnel**, très souvent un travailleur social.



Des choix différents ont néanmoins été constatés dans certains départements :

En Ile-et-Vilaine, l'évaluation menée par le Conseil Général se déroule souvent en deux temps : le médecin se rend au domicile pour une 1^{ère} visite. La 2^{ème} évaluation est réalisée par un travailleur social et se concentre sur le volet social (habitat, famille, entourage...).

Etude des organisations – CG 35

On peut penser que ce mode de fonctionnement, où les contacts directs avec la personne sont limités à un seul type de professionnel, a plutôt tendance à réduire la portée de la démarche multidimensionnelle. En effet, la situation peut ne pas être appréhendée de manière globale, mais par le prisme du domaine de compétence particulier de l'évaluateur concerné.

Mais ce risque est généralement atténué par deux éléments : l'analyse croisée en interne des situations avec au moins un autre professionnel de profil différent (généralement un médecin) et les contacts fréquents établis avec les structures/personnes en relation avec le demandeur.

Suite à la visite d'évaluation réalisée par un seul professionnel, la pratique observée dans la plupart des départements est une **réunion de l'équipe médico-sociale**, permettant de confronter les regards sur une même situation appréhendée sous des angles différents.

En Indre et Loire, c'est systématiquement un travailleur social de l'équipe médico-sociale qui se rend à domicile pour réaliser une évaluation avec rencontre de la personne. Suite à ces visites une réunion est organisée entre le travailleur social et un des médecins de l'équipe médico-sociale pour confronter les éléments recueillis par l'évaluateur ayant rencontré la personne et les éléments médicaux contenus dans le certificat médical, analysés par le médecin.

*Dans la **Vienne**, après l'évaluation faite à domicile, un entretien a lieu entre l'évaluateur (infirmier, assistante sociale ou administratif) et le médecin de l'équipe médico-sociale. La discussion porte sur le GIR (pas sur le plan d'aide) et l'objectif est de « valider » le GIR. Le dossier d'évaluation est comparé avec le certificat médical (avec l'historique médical pour les demandes de renouvellement). Cet entretien permet d'apporter le recul du médecin qui n'a pas vu le demandeur et d'harmoniser au sein de l'équipe d'évaluation les pratiques de la grille AGGIR.*

De plus l'ensemble des Conseils Généraux déclare rechercher, au moins ponctuellement, des **informations complémentaires auprès de structures ou de professionnels en relation directe avec la personne évaluée** :

- les **parents** sont contactés systématiquement dans 30 départements (sur 70 répondants), soit en tant qu'intervenants directs dans la prise en charge de la personne (aidants familiaux), soit pour fournir des informations complémentaires dans les situations où la personne présente des difficultés d'expression de ses besoins ou quand ceux-ci ne sont pas stabilisés dans le temps (troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer notamment).
- 28 départements déclarent contacter de manière systématique les **structures d'aides à domicile** intervenant auprès de la personne, généralement pour obtenir des précisions sur le suivi en place et étudier les ajustements à effectuer dans le cadre du nouveau plan d'aide.
- Les **médecins traitants** ne sont contactés systématiquement que par 22 Conseils Généraux (alors qu'ils auraient pu apparaître a priori parmi les interlocuteurs les plus naturels). Il s'agit principalement pour l'évaluateur d'obtenir des précisions sur les conséquences en termes de perte d'autonomie de situations médicales complexes (pathologie évolutives, sortie d'hospitalisation, ...) ou de signaler l'opportunité d'une aide nécessitant une prescription médicale (lit médicalisé, mise en place d'un SSIAD,...) ou encore d'informer qu'une pathologie non diagnostiquée au moment de l'évaluation a été identifiée.

La recherche d'informations complémentaires apparaît donc comme une pratique répandue parmi les évaluateurs, notamment auprès de la famille et des structures intervenant auprès de la personne au moment de la demande²¹. Ce travail de proximité avec les accompagnants favorise l'appréhension exhaustive des différents aspects de la perte d'autonomie des demandeurs, notamment en introduisant une certaine temporalité ou durée dans une évaluation à la base très ponctuelle.

En effet, alors que l'évaluateur qui se rend à domicile pour évaluer une personne se doit d'appréhender une situation de façon globale en un laps de temps réduit, le fait de consulter les accompagnants permet de bénéficier d'un certain recul, d'une expérience. Les acteurs du suivi de la personne ont pu l'observer et l'entendre pendant de longues périodes ou à des moments espacés, et ainsi appréhender l'évolution de sa situation,

²¹ Pour une analyse plus approfondie des relations partenariales et des échanges d'informations entre institutions évaluatrices, voir Question 4.

les aspects cycliques de sa dépendance. Ainsi consulter ces acteurs redonne du temps à une évaluation qui en manque parfois pour atteindre sa dimension globale.

***En Indre et Loire**, les évaluateurs rencontrés ont souligné l'importance des informations recueillies en amont auprès des associations : des réunions de coordination ont lieu toutes les 6 semaines réunissant sur un secteur donné : les responsables de SSIAD, des responsables de services d'aide à domicile, des infirmières du secteur, des médecins traitant, des médecins du conseil général et des assistantes sociales du conseil général. Les situations suivies et de nouvelles situations y sont abordées. C'est un lieu d'échange et d'information sur des situations précises.*

Etude des organisations – MDPH 37

Cependant, l'enquête terrain, si elle confirme la réalité de cette pratique (dans la grande majorité des cas où la personne bénéficiait d'un suivi au moment de la demande, il y a eu échange d'informations avec l'évaluateur du Conseil Général), met également en évidence le caractère souvent informel et donc non pérenne de ces relations.

▪ **Pour les personnes handicapées : une évaluation mobilisant une diversité variable de profils, nourrie de contacts fréquents avec les structures de suivi**

La pluridisciplinarité mise en œuvre par les MDPH, de la même manière que pour les Conseils Généraux, ne se traduit généralement pas au niveau de la rencontre avec la personne mais plutôt dans l'analyse croisée en interne de la situation par des professionnels de profils différents.

Les résultats du questionnaire MDPH montrent que lorsqu'elles ont lieu, les évaluations à domicile se déroulent dans 85% des cas dans le cadre d'une seule visite réalisée par un seul évaluateur. Cet évaluateur est presque toujours :

- Un ergothérapeute (31% des réponses)
- Un travailleur social (30% des réponses)
- Une infirmière (28% des réponses)

Le degré de pluridisciplinarité mis en œuvre semble être directement fonction de deux éléments :

- Le niveau de « complexité » de la situation tel que le perçoive les évaluateurs (Cf. partie 1 de cette question)
- Le type de demande formulée qui, compte tenu des choix organisationnels de la plupart des MDPH, appelle des modalités d'évaluation et donc des équipes d'évaluateurs de taille et de composition différentes. Les deux situations extrêmes fréquemment citées étant :
 - o les demandes de cartes, généralement traitées par un médecin seul.
 - o les demandes de PCH, faisant régulièrement intervenir une diversité relativement importante de profils.

La mobilisation de ces compétences par les MDPH pour procéder à l'évaluation des besoins dans le cadre de demandes de PCH s'explique notamment par l'impératif de pluridisciplinarité dans l'analyse des demandes de PCH inscrit dans la loi du 11 février 2005 : « *L'instruction de la demande de prestation de compensation comporte l'évaluation des besoins de compensation du demandeur et l'établissement d'un plan personnalisé de compensation réalisés par l'équipe pluridisciplinaire* ».

Dans le département des Ardennes, pour les situations présentant une « complexité » (PCH, 1ère demande, complexité médicale, recours,...) : l'évaluateur référent présente le dossier lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire (EP) afin de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour l'évaluation :

- Visite à domicile par un membre de l'EP ;
- Mobilisation d'un partenaire conventionné ;
- Analyse en « EP territorialisée »

A l'inverse les situations « simples » (notamment les demandes de renouvellement d'orientation, les demandes de cartes,...) sont généralement évaluées exclusivement sur dossier par l'évaluateur référent et un médecin et ne sont pas étudiées en EP.

Etude des organisations – MDPH 08

De la même manière que pour les Conseils Généraux, on peut supposer que le fait que seul un nombre réduit d'évaluateurs soit en contact direct avec la personne constitue un frein à l'appréciation objective et exhaustive de l'ensemble des aspects de la perte d'autonomie. Cependant, **trois éléments permettent de limiter le risque de biais potentiel** dans la démarche, au moins pour certains types de demande (PCH notamment) :

- Le **nombre généralement important de profils différents mobilisés en interne** pour les évaluations sur pièces²².
- Le **recours régulier à des expertises extérieures** qui permet aux MDPH de bénéficier de l'expérience de ces partenaires sur certaines problématiques spécifiques, notamment en termes de conséquences sur la perte d'autonomie. (cf. question 4 sur l'articulation des partenaires et en particulier la constitution d'équipes pluridisciplinaires élargies à des partenaires extérieurs pour traiter certains types de demande).

Dans le département de la Sarthe, la MDPH a conclu un partenariat avec l'ADGESTI (Association d'aide à la personne handicapée psychique) prévoyant la participation aux évaluations de personnes présentant un handicap psychique.

Etude des organisations – MDPH 72

- les **contacts fréquents avec les structures responsables de la prise en charge des personnes au quotidien** : les évaluateurs de la MDPH peuvent ainsi s'appuyer dans leur analyse sur les observations établies par des équipes familiales de la situation et disposant généralement de compétences diversifiées.

²² L'enquête de terrain permet d'établir qu'une majorité des cas étudiés ont requis la participation de 4 à 5 évaluateurs de compétences différentes au sein des MDPH

Enfant de 6 ans, polyhandicapé, pour lequel a été formulée une demande de renouvellement d'AAEH. La demande a été étudiée par la MDPH sur dossier en équipe pluridisciplinaire. Celle-ci était composée d'un administratif, d'un médecin, d'un travailleur social et d'un psychologue. Le dossier comprenait des éléments transmis par le centre hospitalier dans lequel l'enfant est suivi : bilan médical, social et éducatif ainsi qu'un certificat médical reprenant l'ensemble des éléments relatifs à l'autonomie produite. Ces documents ont été produits par l'équipe de suivi composée d'un éducateur, d'une responsable éducative, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale, d'un pédiatre, d'un médecin, d'un psychologue et du chef de service. Toutes ces compétences sont donc venues s'ajouter à celles mobilisées dans l'équipe pluridisciplinaire pour enrichir l'évaluation et ce d'autant plus qu'elles suivent l'enfant au quotidien.

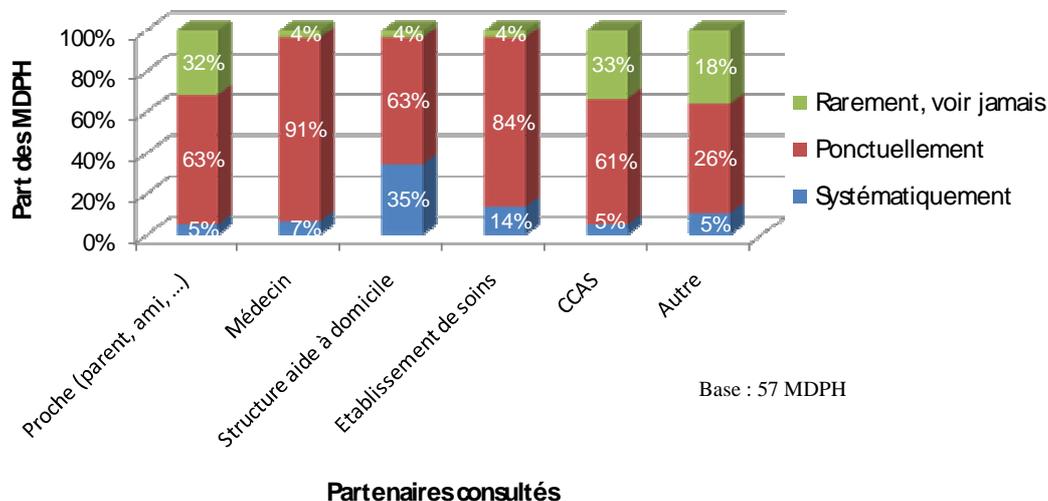
Cas n°12 - Département de la Marne

En Indre et Loire, l'équipe pluridisciplinaire est aidée par tous les professionnels dans le champ du handicap. Ceci est particulièrement vrai dans le secteur enfance-jeunesse, où il est nécessaire de récolter tous les éléments des professionnels au plus près de la situation de l'enfant. Tous les professionnels accompagnant l'enfant envoient des comptes-rendus évaluant la progression. De même pour les orientations professionnelles, l'équipe reçoit des comptes-rendus des établissements ou lieux de stage.

Etude des organisations – MDPH 37

Les résultats du questionnaire MDPH montrent que la recherche d'informations complémentaires tout au long du processus d'évaluation par les évaluateurs des MDPH a lieu de manière ponctuelle (70% du total des réponses à cette question).

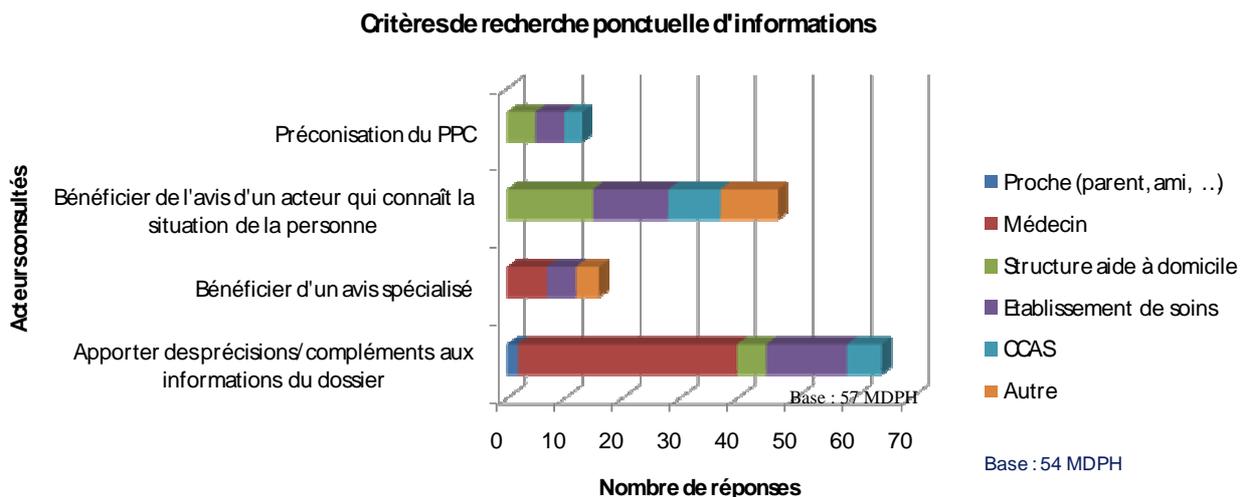
Fréquence des sollicitations des MDPH auprès de leurs partenaires pour avoir des informations complémentaires lors de l'examen d'un dossier



- On note cependant que la consultation systématique des structures d'aide à domicile est plutôt fréquente (35% du total des réponses pour cette catégorie d'acteur).
- D'une manière générale les acteurs les moins sollicités sont les proches des personnes évaluées et les CCAS (respectivement 18 et 19 réponses « rarement » sur un total de 57 réponses données pour chacune de ces catégories d'acteurs).

Les MDPH répondantes recherchent des informations complémentaires principalement dans l'objectif :

- **D'apporter des compléments/ des précisions aux informations consignées dans les dossiers de demande d'aide** (46% du total des réponses) : Ce type de recherche a été réalisé particulièrement auprès des médecins traitants et des établissements médico-sociaux et de soins.
 - On note que la recherche de compléments auprès des médecins traitants est particulièrement importante (58% du total des raisons de prise de contact auprès du médecin traitant). 70% des réponses concernant la consultation de ce type d'acteur a fait référence au besoin de compléter les certificats médicaux joints aux dossiers de demande d'aide car les informations renseignées y sont imprécises ou insuffisantes.
- **De bénéficier de l'avis d'un acteur qui connaît la situation de la personne**: C'est notamment la principale raison de consultation des structures d'aide à domicile et des établissements.



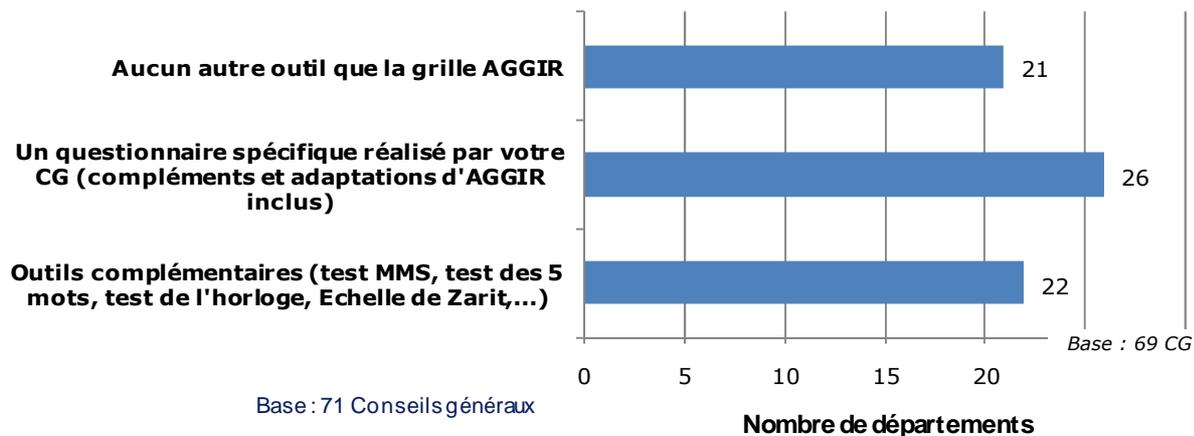
D. Les outils d'évaluation : moteur ou frein à l'évaluation globale ?

- **Pour les personnes âgées : un outil partagé d'évaluation, ne permettant pas à lui seul une évaluation globale**

Les résultats du questionnaire CG montrent que l'utilisation d'outils d'évaluation complémentaires à AGGIR est plutôt fréquente : seul un tiers des départements répondants a affirmé se limiter à la grille AGGIR pour évaluer.

Le recours à des « outils maison » (grilles reprenant et complétant AGGIR) est aussi fréquent (environ un tiers des départements répondants).

Outils utilisés par les évaluateurs des CG



Les outils semblent un élément déterminant de l'évaluation globale, en étant le support d'une interrogation multidimensionnelle de l'évaluateur. Le rapport Colvez constatait en 2003 que « la seule application de l'outil AGGIR ne [pouvait] constituer une évaluation complète », précisant que « l'outil AGGIR, à lui seul, n'est apte à décrire ni tous les problèmes quotidiens du domicile, ni la complexité des dimensions psychiques. Il ne permet pas d'apprécier les habitudes de vie, les compensations ou non apportées par l'environnement social qu'il est nécessaire d'apprécier pour établir un plan d'aide ».²³

Le propos n'est pas ici de faire la critique de l'outil AGGIR mais de bien voir en quoi les outils utilisés par les évaluateurs peuvent avoir un impact sur la nature « globale » ou non de l'évaluation. Il est intéressant à ce sujet de constater que dans les départements étudiés lors de la phase terrain, un certain nombre d'outils « maison » étaient utilisés par les évaluateurs des équipes médico-sociales. Les champs couverts par ces outils permettent bien d'élargir l'évaluation à un certain nombre de domaines, lui conférant ainsi un caractère multidimensionnel.

Ces outils sont soit conçus et diffusés par le Conseil Général (c'est le cas en Ille-et-Vilaine par exemple), soit conçus au niveau individuel par les évaluateurs.

Leur utilisation est variable (du guide d'entretien mobilisé lors de la visite à la trame servant de support à la synthèse à l'issue de l'entretien) mais l'objectif est toujours de rassembler des renseignements « au-delà » de ce qui est requis pour remplir la grille AGGIR.

En **Ille-et-Vilaine**, les évaluateurs utilisent deux outils d'évaluations :

- La fiche médicale est remplie par le médecin de l'équipe médico-sociale suite à sa visite à domicile du demandeur. Outre la grille AGGIR, elle contient une description de la prise en charge médicalisée régulière, des pathologies, des déficiences, des incapacités, du résultat de l'examen clinique et du traitement.
- La fiche d'évaluation des besoins est remplie par le travailleur qui se rend au domicile. Elle contient également la grille AGGIR, à laquelle s'ajoutent une description des conditions de vie, des aides techniques, de l'aide humaine existante et des intervenants (famille, voisin, aide à domicile, SSIAD, libéraux), une identification des intervenants et services existants.

Etude des organisations- CG 35

De plus la plupart des Conseils Généraux sont conscients de la faiblesse de la grille AGGIR en tant qu'outil d'évaluation :

- 48 d'entre eux (sur 70 répondants) déclarent ne pas être d'accord avec la proposition selon laquelle « *la grille AGGIR, utilisée seule, est un outil satisfaisant pour réaliser l'évaluation globale des besoins de la personne* ».
- « *L'inadaptation des outils d'évaluation utilisés* » est citée comme une des principales difficultés rencontrées dans la réalisation des évaluations par 31 départements.

Ils ne sont cependant que 22 Conseils Généraux à avoir institué l'utilisation d'outils complémentaires à la grille AGGIR, permettant de structurer une approche multidimensionnelle de l'évaluation des personnes âgées. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette situation :

- La mise en place de l'APA ayant imposé l'utilisation de la grille AGGIR, la priorité des Conseils Généraux a d'abord été la formation de leurs équipes à la bonne utilisation de cet outil. S'agissant d'une réforme relativement récente et ayant engendré un volume de demande important et en constante progression, de nombreux départements n'ont pour l'instant pas eu la possibilité d'engager une réflexion, et encore moins de mettre en œuvre l'utilisation d'outils complémentaires.
- La généralisation de l'utilisation de la grille AGGIR est essentiellement due à sa promotion en tant qu'outil réglementaire d'éligibilité à la prestation APA, lui conférant à la fois un caractère obligatoire et une légitimité auprès des institutions concernées. Le recours aux nombreux outils complémentaires développés étant pour l'instant laissé à la discrétion des évaluateurs, il n'est pas surprenant de constater que leur utilisation reste occasionnelle. La communication « *d'informations relatives aux outils d'évaluation existants ou en phase de test* » constitue d'ailleurs l'attente la plus fréquemment exprimée dans le questionnaire par les Conseils Généraux (47 départements sur 70 répondants), témoignant ainsi d'une volonté d'évolution vers une démarche plus globale de l'évaluation des besoins.

En Indre et Loire, les évaluateurs rencontrés considèrent que « *la grille AGGIR rend mal compte de certaines situations. Les troubles des fonctions supérieures sont ainsi mal pris en compte. La grille AGGIR prévoit peu d'aide pour les troubles du comportement alors que ce sont des gens qui ont besoin de beaucoup de surveillance. Mais l'avantage de la Grille AGGIR est que tous les professionnels savent ce qu'est un GIR.* »

▪ **Pour les personnes handicapées : un outil réglementaire, support de l'évaluation globale, mais non encore maîtrisé par l'ensemble des évaluateurs**

Les entretiens réalisés ont permis de constater que l'utilisation d'outils d'évaluation formalisés est surtout fonction d'éléments structurants de l'organisation interne des MDPH tels que la distinction enfants/adultes, ou le type de demandes formulées. Des variables telles que le type de handicap ou le moment de la demande ne semblent par contre pas avoir un impact significatif.

Nous remarquons ainsi que dans la quasi-totalité des situations « adultes » étudiées les évaluateurs se sont appuyés sur des outils formalisés. Il s'agit majoritairement d'outils développés en interne par les MDPH, reprenant généralement tout ou partie du GEVA. Le GEVA dans sa version originale n'a été utilisé que dans relativement peu de cas. Pour les enfants, seule une minorité des situations concernées ont donné lieu à l'utilisation d'outils pluridimensionnels (GEVA ou outils internes s'en inspirant).

Nous constatons également que l'utilisation de ces outils est quasi-systématique pour l'évaluation des situations pour lesquelles une demande de PCH a été formulée. Pour les cas associés à d'autres types de demandes (orientations en établissements médico-sociaux, orientations professionnelles, demandes d'AEEH) le recours aux outils est beaucoup moins régulier.

Nous observons ainsi une différence significative entre l'évaluation des situations pour lesquelles une demande de PCH a été formulée, qui recourent très fréquemment au GEVA ou à des outils s'en inspirant fortement, et les autres types de demandes, où l'utilisation d'outils pluridimensionnels est beaucoup plus aléatoire. Or, l'utilisation de ces outils tend à favoriser une observation globale et partagée de la situation de la personne handicapée, dépassant la simple juxtaposition des expertises, et tenant compte des prises en charge et accompagnements dont elle bénéficie déjà. Elle constitue ainsi un élément structurant de la démarche d'évaluation globale des besoins.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer le recours relativement limité à ces instruments pour l'instant :

- Le GEVA est un outil récent (1^{ère} version diffusée en 2005) dont l'utilisation ne s'impose aux MDPH que depuis quelques mois (arrêté paru au Journal Officiel du 6 mai 2008). Il matérialise d'autre part la rupture méthodologique et conceptuelle introduite par la loi du 11 février 2005 : évaluation des besoins de compensation contre fixation d'un taux d'incapacité (via le guide barème) ouvrant droit à des prestations. Il n'est donc pas surprenant que son utilisation nécessite un temps d'appropriation aussi bien par les professionnels, qui le jugent souvent trop complexe et ne l'utilisent que rarement dans son intégralité, que par les personnes handicapées pour qui l'élaboration du projet de vie, pierre angulaire du GEVA, n'est pas un exercice aisé²⁴.

En Ille et Vilaine, le médecin coordonnateur considère que la rupture avec le principe de fixation des taux d'incapacité, s'apparentant davantage à un système de sanctions par rapport à un guide repère qu'à une évaluation proprement dite, n'est pas encore entrée dans les mœurs de tous les professionnels.

Ainsi, suite à la publication du décret officialisant le GEVA un travail important est à prévoir avec les équipes pour qu'ils s'approprient les outils. Pour l'instant le GEVA est très peu utilisé car « trop volumineux ». Les outils utilisés reprennent uniquement certaines parties du GEVA.

Etude des organisations – MDPH 35

²⁴ Un comité de suivi de l'appropriation du GEVA a d'ailleurs été institué le 29 avril 2008. Il a pour objectif de piloter le travail d'accompagnement de la CNSA. Il réunit, autour du délégué interministériel aux Personnes handicapées et de la directrice de la compensation de la CNSA, des représentants des associations de personnes handicapées et des professionnels qui utilisent cet outil. Ce comité sera notamment chargé de participer au bilan de l'utilisation du GEVA, "un an après", conformément à ce que le décret du 6 février demande à la CNSA.

- « L'héritage culturel » des anciennes COTOREP reste présent au sein des MDPH. Or, plusieurs rapports²⁵ ont par le passé pointé l'existence de pratiques divergentes et souvent peu formalisées dans la prise de décision au sein de ces structures. La démarche structurée et collective que propose le GEVA constitue donc une évolution majeure des pratiques pour certains professionnels et nécessite une période d'assimilation.

Dans deux départements, les directeurs de la MDPH ont déclaré être confrontés à des difficultés d'évolution d'un certain nombre de professionnels expérimentés qui n'ont pas intégré les nouvelles pratiques instaurées par la loi du 11 février 2005.

On notera cependant que les évaluateurs ne sont pas affectés de manière identique par ces difficultés. Ainsi, les ergothérapeutes paraissent généralement les plus à l'aise avec les volets les concernant.

Comment les acteurs répondent-ils à l'exigence d'évaluation globale ? Selon des modalités pratiques diverses car tous les acteurs n'ont pas la même conception de ce qui doit être mis en œuvre pour garantir une évaluation globale : rencontre de la personne ou non, pluridisciplinarité ou non, etc... De plus la pratique de l'évaluation globale se heurte à une contrainte et une réserve.

La contrainte est celle des moyens : les acteurs ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour mettre en œuvre une évaluation globale. D'où la question que se pose un certain nombre de gestionnaires « Jusqu'où on doit aller dans cette exigence de qualité, notamment quand on a des contraintes de moyens ? ». Cette question en entraînant une autre : « Comment faire le tri entre les dossiers nécessitant une évaluation globale et les autres ? ».

La réserve porte sur le caractère systématique de l'évaluation globale. « Plus qu'une exigence, l'évaluation globale devrait être une possibilité. Ce qui revient au système, c'est d'offrir la possibilité de prendre en compte toutes les dimensions » disait l'un des participants au groupe de travail. L'approche peut en effet sembler intrusive, surtout pour les adultes. D'où l'idée d'une articulation nécessaire avec le projet de vie de la personne, qui donnerait le cadre de l'évaluation globale.

L'étude des représentations et de la fonction d'évaluation montre que les usagers perçoivent bien cette évaluation globale. Ils apprécient que l'évaluateur tente d'appréhender leurs besoins dans leur globalité. C'est pour eux le signe d'un accompagnement sérieux par les institutions.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Le mari de Yolande relate que l'évaluatrice a passé 1h30 avec sa femme et lui. Elle a posé de nombreuses questions. Elle a pris des notes, elle a visité l'appartement. Elle s'est renseignée sur leurs relations sociales, leurs occupations, leur quotidien. Elle a également pris en compte leur état psychologique au travers de questions indirectes. Il a le sentiment qu'elle a cherché à bien comprendre leur situation.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Yvelines

²⁵ Rapport d'enquête de l'IGAS et de l'IGF sur l'AAH (1998), Rapport sur l'AAH : mission d'audit de modernisation (2006)

5. Analyse détaillée de la question : Comment s'organise la pluridisciplinarité ?

I. La mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans la pratique d'évaluation

- A. La composition des équipes pluridisciplinaires
- B. Les modalités d'organisation de la pluridisciplinarité

II. Les facteurs impactant le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation et ses modalités d'organisation

- A. Les caractéristiques personnelles du demandeur
- B. Les caractéristiques de la demande

Institutionnalisée par la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie et la loi 2005-102 du 11 février 2005 (pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), la pluridisciplinarité constitue un objectif majeur des activités d'évaluation des besoins et de suivi des personnes en perte d'autonomie telles que conçues par les lois.

Malgré l'existence d'un certain nombre de mécanismes permettant de rendre opérationnelle cette notion au sein des différents dispositifs institutionnels (notamment l'obligation de constituer des équipes d'évaluation pluridisciplinaires dans les MDPH), les modalités d'organisation de la pluridisciplinarité sont diverses dans les différents départements.

Nous analyserons, dans une première partie, les modalités d'organisation générale de la pluridisciplinarité au sein des Conseils Généraux et des MDPH au travers des éléments suivants :

- Les différentes compétences mobilisées : l'analyse portera sur le nombre et le type de profils employés par les institutions et structures de suivi au sein de leurs équipes internes
- L'articulation entre les différents professionnels : il s'agira d'analyser l'organisation séquentielle ou simultanée des interventions des évaluateurs (auprès des personnes et au sein de groupes d'analyse interne aux institutions) puis d'exposer les différentes modalités d'échanges d'informations entre professionnels participant à l'évaluation.

Sur la base de ces principes généraux, nous étudierons dans un second temps les facteurs impactant le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation et ses modalités d'organisation. Ceux-ci ont été classés en deux catégories qui seront successivement analysés :

- les facteurs ayant trait aux caractéristiques personnelles du demandeur
- ceux afférant aux caractéristiques de la demande.

La mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans la pratique d'évaluation

Le volet de l'étude consacrée aux représentations et au vécu de la fonction d'évaluation met en avant que les évaluateurs estiment la pluridisciplinarité comme étant un facteur essentiel pour mener à bien leur mission. Cette pluridisciplinarité permet d'apporter un regard croisé et d'affiner l'évaluation des besoins par la mobilisation de professionnels de sensibilité et de compétences différentes.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Paula, aide soignante au sein d'une maison de retraite, nous explique que les évaluations individuelles des résidents se font en équipe. Elle y participe activement puisque c'est elle qui aide quotidiennement les personnes âgées mais que seule, ce serait compliqué pour elle. Il est très important pour elle que l'évaluation se passe de cette manière, car ils peuvent échanger et donc essayer d'évaluer le plus justement possible les besoins de la personne « l'infirmier est présente, et c'est avec l'équipe entière que nous faisons de l'évaluation ».

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général de la Marne

Pour étudier comment la pluridisciplinarité est mise en œuvre nous verrons dans un premier temps quelles sont les compétences dont disposent les Conseils Généraux, les MDPH et les structures de suivi. Nous verrons ensuite de quelle manière ils les mobilisent en interne et le cas échéant en partenariat avec des acteurs externes.

A. La composition des équipes pluridisciplinaires

1. La composition des équipes médico-sociales des Conseils Généraux

Le questionnaire adressé aux Conseils Généraux permet de mettre en évidence des organisations articulées autour de trois types de compétences internes : médicales (médecin généraliste ou gériatre), sociales (travailleurs sociaux) et, à un degré moindre, soignantes (infirmière). Des personnels administratifs sont également souvent intégrés aux Equipes Médico-Sociales mais leur présence n'apparaît pas comme un élément discriminant de l'organisation interne des Conseils Généraux.

Trois grandes modalités organisationnelles sont mises en œuvre au sein des Conseils Généraux :

- 35 Conseils Généraux (sur 77 répondants) regroupent au sein de leur équipe médico-sociale les 3 types de compétences : médecin, infirmière et travailleur social. (Equipe de type 1)
- 23 Conseils Généraux mobilisent au sein de leurs équipes les compétences médicales et sociales (Equipe de type 2)
- Les choix opérés par les 19 autres Conseils Généraux (Equipe de type 3) sont plus hétérogènes :

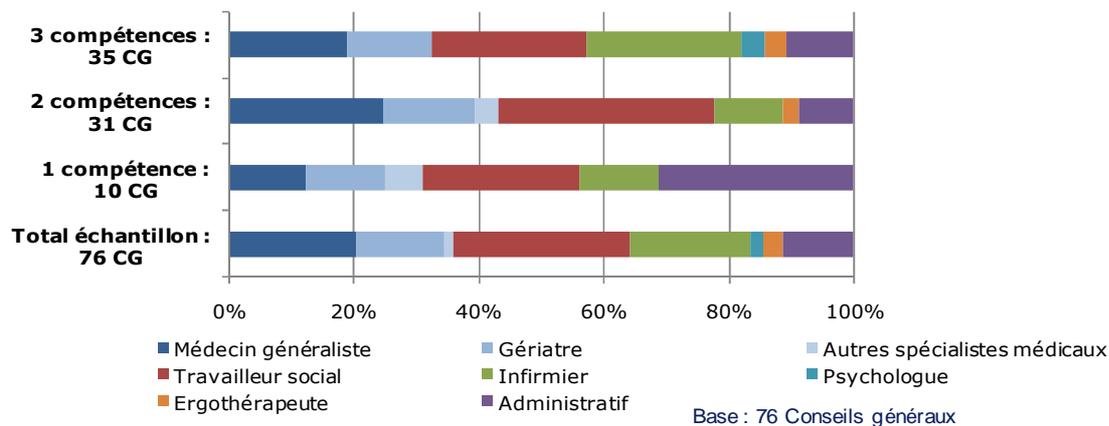
- 9 départements emploient 2 des 3 types de compétences : médecins et infirmières (3 Conseils Généraux), travailleurs sociaux et infirmières (6 Conseils Généraux) ;
- 10 départements ne mobilisent qu'une seule des 3 compétences : 4 équipes composées de travailleurs sociaux, 3 équipes composées par de médecins, 2 équipes composées d'infirmières et 1 équipe composée par du personnel administratif²⁶.

Ces compétences « de base » sont associées, le cas échéant, à des profils complémentaires :

- 7 départements emploient un ergothérapeute ;
- 5 départements ont recours à un psychologue ;
- 4 départements mobilisent des médecins spécialistes autres que les gériatres.

On notera que seuls 3 départements (l'Isère, le Doubs et le Cher) associent en interne à la fois les 3 compétences « de base » et les 2 principaux profils complémentaires (ergothérapeutes et psychologues).

Distribution de compétences au sein des équipes médico-sociales



La composition des Equipes Médico-Sociales est donc relativement homogène et s'articule généralement autour d'un socle de trois compétences « de base ».

Concernant les départements ayant recours à un nombre moins important de compétences en interne, différentes hypothèses peuvent être formulées :

- difficultés de recrutement (postes non pourvus par manque de candidats ou budget insuffisant), notamment pour les médecins²⁷. Face à ce problème, certains départements ont d'ailleurs adapté leur organisation, recourant notamment à des partenariats avec les médecins libéraux pour le volet médical de l'évaluation. Ce

²⁶ Il s'agit du département des Yvelines qui a entièrement externalisé la fonction d'évaluation (cf. Question 4)

²⁷ Sur les 13 CG déclarant de pas employer de médecin, 9 disposent d'une densité de professionnels libéraux inférieurs à la moyenne métropolitaine (Source : STATISS 2006)

partenariat va au-delà de la simple préoccupation des évaluateurs d'associer le médecin à la prise en charge des personnes âgées de l'évaluation au suivi.

Dans l'Ain, une convention a été signée avec les syndicats de médecins généralistes pour l'évaluation médicale. C'est le médecin traitant du demandeur (1^{ère} demande ou révision) qui procède à l'évaluation médicale. Si GIR 1 à 4 demande de passage de l'assistante sociale pour une évaluation sociale. Si "GIR médical" différent du "GIR social", c'est le médecin départemental qui arbitre et détermine le niveau de dépendance.

Questionnaire CG

Dans la Marne, l'équipe d'évaluation APA domicile est constituée de six évaluatrices. Trois d'entre elles sont des assistantes sociales, trois sont des infirmières. L'équipe ne dispose pas d'un médecin coordonateur, le poste est vacant depuis 18 mois, le Conseil Général ne réussit pas à en recruter un. Ce manque nous a été présenté comme une difficulté réelle pour le travail de l'équipe d'évaluation. Pour le pallier, le Conseil Général exige des personnes âgées d'obtenir un GIRAGE de la part de leur médecin traitant en amont (pièce constitutive du dossier de demande de l'APA). Les évaluatrices disposent alors d'un premier GIRAGE lorsqu'elles vont sur le terrain, que par la suite elles comparent à leur propre évaluation.

Etude des organisations – CG 51

- interprétation stricte de la loi, qui prévoit que les équipes médico-sociales doivent comprendre a minima un médecin et un travailleur social²⁸. Le recours à des profils complémentaires, notamment dans le champ sanitaire (infirmiers, ergothérapeutes) peut ainsi ne pas apparaître comme une nécessité pour certains Conseils Généraux.

A l'inverse la mobilisation de compétences complémentaires, qui reste relativement peu répandue, traduit une démarche institutionnelle volontariste par rapport à l'objectif de pluridisciplinarité de l'évaluation. En effet, contrairement au champ des personnes handicapées où l'impératif de pluridisciplinarité, ainsi qu'une liste de compétences à mobiliser, ont été définis par la loi du 11 février 2005 et ses textes d'application, pour le secteur des personnes âgées la loi du 20 Juillet 2001 ne fait référence qu'à la notion plus réductrice « d'équipe médico-sociale ».

2. La composition des équipes pluridisciplinaires des MDPH

Les réponses au questionnaire indiquent que les équipes pluridisciplinaires des MDPH s'articulent principalement autour de trois types de compétences : médecin généraliste, travailleur social et ergothérapeute, qui sont présents au sein de 52 des 56 MDPH ayant répondu à la question.

En complément de ces profils « de base » les MDPH ont souvent recours à des profils complémentaires, puisqu'elles sont 47 à déclarer disposer d'au moins 5 compétences différentes.

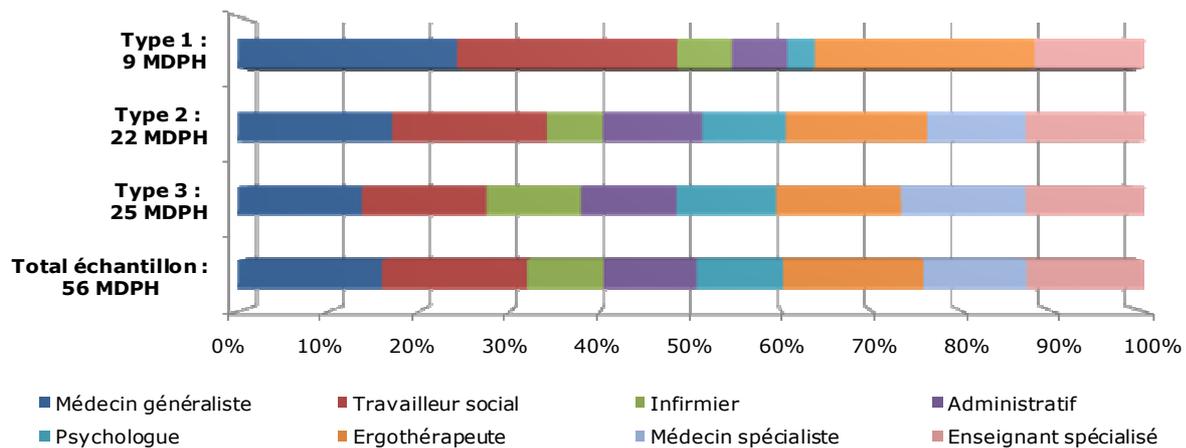
²⁸ Art. L232-2 du Code de l'action sociale et des familles

A ce titre, les professionnels les plus fréquemment représentés au sein des équipes pluridisciplinaires sont les enseignants et les médecins spécialisés.

Sur la base de ces éléments, et en dépit de la forte hétérogénéité dans la composition des équipes entre les différents départements, trois grands types d'organisation ont été identifiés :

- 9 MDPH (sur 56 ayant répondu à la question) disposent de une à quatre compétences différentes : en général les trois compétences principales et un enseignant spécialisé (Equipe de type 1)
- 22 MDPH mobilisent de cinq à six compétences différentes : en général l'équipe de type 1 et un médecin spécialisé et/ou un psychologue (Equipe de type 2)
- 25 MDPH emploient de sept à huit compétences différentes : en général l'équipe de type 2 et une infirmière et un personnels administratif (Equipe de type 3)

Composition des Equipes Pluridisciplinaires



Base : 56 MDPH répondantes

Nous constatons que si la base de compétences mobilisées systématiquement est similaire à celle des personnes âgées (médicale et sociale), le recours à des profils complémentaires paraît beaucoup plus fréquent et plus diversifié. Ainsi, 30 MDPH (sur 56 ayant répondu à la question) déclarent compter dans leur équipe un référent insertion professionnelle et 48 un référent insertion scolaire.

Par ailleurs, le volet de l'étude sur les représentations montre que le degré de pluridisciplinarité est lié au degré de complexité du handicap tel que les perçoivent les évaluateurs. En effet, il semble que plus le handicap est perçu comme « complexe » plus le réseau mobilisé autour de l'utilisateur est dense. Cette multi compétence est source de richesse et de soutien pour chaque évaluateur. Les évaluateurs peuvent ainsi confronter leur point de vue sur la situation en fonction de leur expertise et de leur domaine de compétence.

Illustration : Personne âgée vivant en établissement

Les différents évaluateurs au sein de la maison de retraite où vit Maryse, relatent leurs difficultés quant à l'utilisation de la grille AGGIR. Dans l'exemple choisi, le psychologue, en charge de mener l'évaluation dans le cadre d'une entrée en maison de retraite regrette que la grille AGGIR ne prenne compte que des besoins liés à l'autonomie physique. Le médecin exprime également que la grille AGGIR rend compte de la dépendance physique des personnes. Le responsable de l'animation (fête, anniversaires, ...) déplore que la grille AGGIR ne permette pas, par la suite, d'accorder des heures qui pourraient favoriser le maintien du relationnel de l'usager.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Alpes Maritimes

3. La composition des équipes d'évaluation au sein des structures de suivi

La composition des équipes d'évaluation au sein des structures de suivi n'a pas fait l'objet d'une étude aussi précise que celle menée sur les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les équipes médico-sociales des Conseils Généraux. En l'absence de données exhaustives, un certain nombre de remarques peuvent cependant être faites sur la base des observations de l'étude terrain :

- Les structures de suivi présentent des profils d'équipes d'évaluation très hétérogènes, et dont l'activité d'évaluation n'est pas l'activité principale (contrairement aux équipes des Conseils Généraux et des MDPH), mais constitue un « temps », souvent difficile à dissocier, au sein du processus général de prise en charge de la personne.
- Les compétences mobilisées au sein de ces structures présentent une plus grande diversité que celles que l'on retrouve généralement parmi les équipes des Conseils Généraux et des MDPH. Cette variété de profils est directement liée à l'activité d'accompagnement quotidien des personnes.
- Dans les établissements ou services de suivi à domicile des enfants handicapés, on retrouve fréquemment les profils suivants, plus rares, voire totalement absents des équipes MDPH : médecin pédiatre, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, orthoptiste, éducateur. Ils viennent compléter un ensemble de compétences plus fréquemment présentes au sein des MDPH : ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, enseignant spécialisé, etc. Cette même diversité se retrouve, à des degrés différents, et avec des spécialités différentes, en fonction du type de public pris en charge, dans les structures de suivi des personnes handicapées adultes.
- Concernant les structures de suivi des personnes âgées, la distinction est plus nette entre services de suivi à domicile et établissements : si les établissements présentent des équipes de suivi aux compétences variées (gériatre, psychologue, infirmière, kinésithérapeute, aide soignante,...), les structures de suivi à domicile rassemblent souvent moins de compétences différentes au sein de leurs équipes.

Au-delà de la composition de ces équipes, qui, de part leur fonction première d'accompagnement, est nécessairement plus diversifiée, nous analyserons :

- l'articulation de ces compétences en interne par rapport aux choix organisationnels des Conseils Généraux et MDPH ;
- leur contribution directe ou indirecte à l'évaluation réalisée par les Conseils Généraux et les MDPH.

B. Les modalités d'organisation de la pluridisciplinarité

Les compétences mobilisées ayant été décrites, il s'agit à présent d'étudier les différentes modalités de mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans le processus d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie.

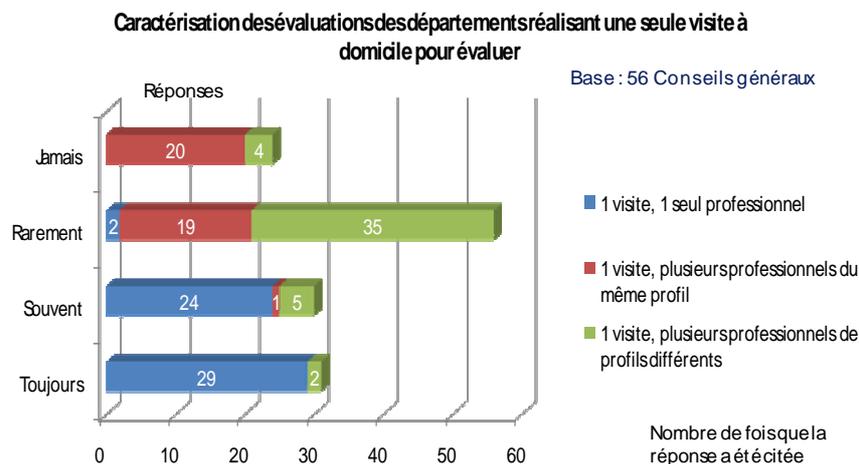
1. Les démarches d'évaluation mises en œuvre au sein des différentes institutions évaluatrices

La pluridisciplinarité au sein des Conseils Généraux

Selon les résultats de l'enquête de terrain, la majorité des demandes d'APA étudiées²⁹ ont mobilisé au total (évaluation à domicile et/ou sur dossier) 2 à 3 professionnels de profils différents. Il s'agit, conformément aux compositions moyennes des équipes médico-sociales évoquées précédemment, majoritairement de travailleurs sociaux, de médecins puis, à un degré moindre d'infirmiers.

Ces professionnels interviennent soit concomitamment soit successivement, suivant l'un des deux modèles suivants :

- **La règle générale : une visite à domicile réalisée par un seul professionnel suivie d'une réunion d'équipe permettant d'assurer l'interdisciplinarité de l'évaluation**



Source : Questionnaire Conseil Généraux

Le questionnaire met en évidence que pour la plupart des Conseils Généraux (52 départements sur 75 ayant répondu à la question), les visites à domicile sont généralement le fait d'un seul professionnel. Seuls 7 départements déclarent mobiliser régulièrement plusieurs profils différents au domicile.

²⁹ Les demandes étudiées concernent des demandes d'APA à domicile. Par défaut, dans la suite du document, le terme d'APA désignera l'APA à domicile, sauf mention contraire.

Les profils les plus fréquemment mobilisés pour ces visites sont respectivement : les travailleurs sociaux (61 Conseils Généraux sur 75 déclarent recourir à cette compétence), les médecins (45 Conseils Généraux), et les infirmières (41 Conseils Généraux). L'enquête de terrain confirme ces résultats : dans la majorité des cas étudiés, la visite à domicile a été réalisée par un seul professionnel, le plus souvent travailleur social.

Ces modalités de mobilisation des professionnels traduisent le choix de la plupart des Conseils Généraux de mettre en œuvre une organisation à deux niveaux : les visites à domicile sont généralement réalisées par un seul évaluateur lors d'une seule visite (généralement un travailleur social ou un infirmier) qui confronte ensuite ces observations avec au moins un second professionnel (généralement un médecin, éventuellement accompagné d'un personnel administratif) ayant réalisé une analyse sur pièces du dossier.

D'autre part, le volet de l'étude sur les représentations montre que la confrontation et l'échange avec un autre professionnel est d'autant plus importante que chaque évaluateur a sa façon de mener l'évaluation, entre autre du fait de sa formation initiale. En effet, les différents professionnels s'accordent pour dire que la formation initiale influence la façon de remplir la grille AGGIR, moment clé de l'évaluation. Une discussion entre professionnels permet de contrer le risque d'iniquité de traitement qui découle des inégalités de pratiques de l'évaluation des besoins. Des évaluateurs suivent des formations afin d'harmoniser leurs pratiques.

Illustration : Personne âgée vivant en établissement

Les différents évaluateurs au sein de la maison de retraite où vit Maryse, relatent leurs difficultés quant à l'utilisation de la grille AGGIR. Dans l'exemple choisi, le psychologue, en charge de mener l'évaluation dans le cadre d'une entrée en maison de retraite regrette que la grille AGGIR ne prenne compte que des besoins liés à l'autonomie physique. Le médecin exprime également que la grille AGGIR rend compte de la dépendance physique des personnes. Le responsable de l'animation (fête, anniversaires, ...) déplore que la grille AGGIR ne permette pas, par la suite, d'accorder des heures qui pourraient favoriser le maintien du relationnel de l'utilisateur.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Alpes Maritimes

Ces échanges peuvent avoir lieu dans le cadre régulier « d'équipes techniques » au sein de l'Equipe Médico-Sociale, ou alors se dérouler de manière informelle entre les professionnels concernés. 52 Conseils Généraux (sur 75 ayant répondu à la question) déclarent ainsi organiser régulièrement des réunions internes de concertation entre évaluateurs portant sur l'étude de dossiers individuels. Elles peuvent concerner l'ensemble des dossiers ou uniquement ceux qualifiés de « complexes »³⁰.

En Indre et Loire, l'équipe médico-sociale (médecins et travailleurs sociaux) revoient obligatoirement l'ensemble des situations afin d'élaborer les plans d'aide correspondants.

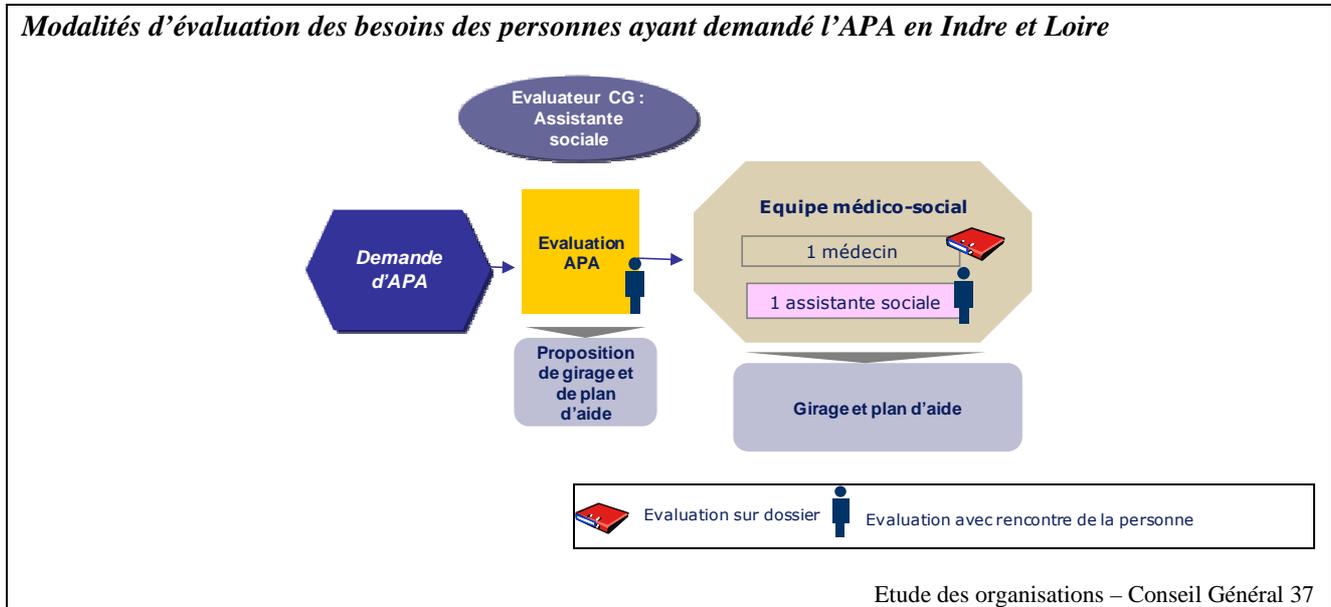
Etude des organisations - CG 37

A l'inverse, **dans la Sarthe**, l'instance technique créée en 2007 pour favoriser les échanges entre professionnels, ne concernent que les situations « complexes » et les demandes d'aides techniques.

Etude des organisations - CG 72

1.

La complexité « perçue » du dossier peut également entraîner la mobilisation de deux professionnels par dérogation au processus d'évaluation normal.
Le département d'Indre et Loire illustre bien cette modalité d'évaluation.



- L'exception : une pluridisciplinarité systématique dans la rencontre à domicile, généralement en 2 visites séparées, suivies d'une concertation pluridisciplinaire entre évaluateurs pour confronter les points de vue.

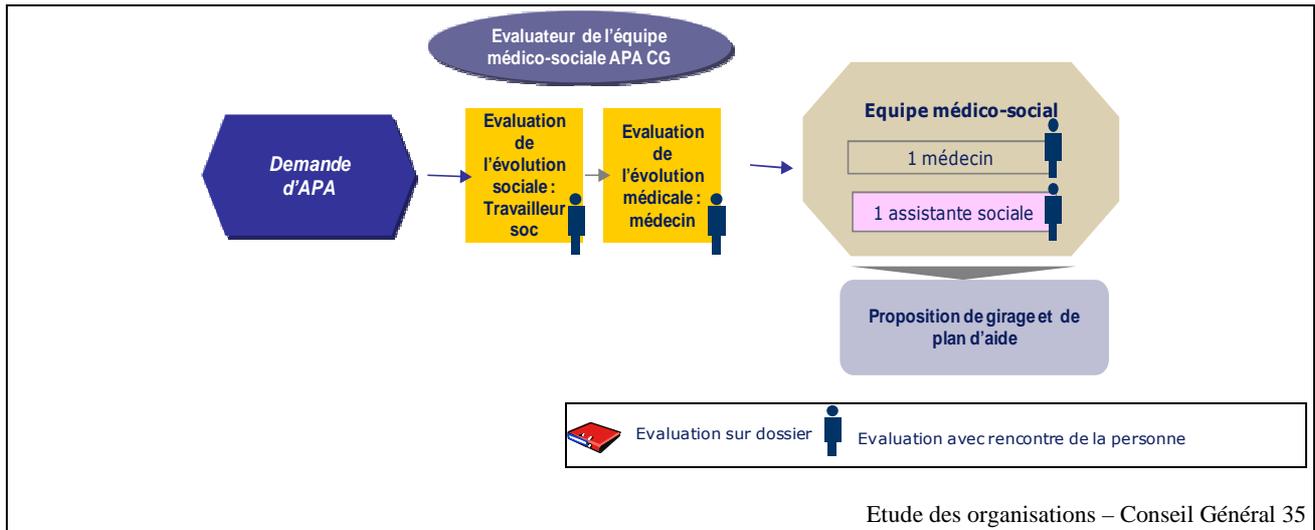
Cette double évaluation mobilisant, en deux temps, deux compétences différentes, pour des visites à domicile distinctes, a été observée au cours de l'étude terrain en Ile-et-Vilaine et dans le Gers.

En Ile-et-Vilaine, l'évaluation menée par le Conseil Général se déroule souvent en deux temps : le médecin se rend au domicile pour une 1^{ère} visite. La 2^{ème} évaluation est réalisée par un travailleur social et se concentre sur le volet social (habitat, famille, entourage...).

Etude des organisations – CG 35

Dans le Gers, l'évaluation donne lieu à deux rencontres : la 1^{ère} avec le médecin et la 2^{ème} avec un travailleur social. Le plan d'aide est défini par les deux évaluateurs : le médecin présentant la synthèse de l'évaluation et le GIRage et le travailleur social le plan d'aide à l'équipe technique.

Etude des organisations – CG 32



Il apparaît donc que, sauf exception, la pluridisciplinarité mise en œuvre par les Conseils Généraux ne se traduit généralement pas au niveau de la rencontre avec la personne mais davantage au moment de l'analyse croisée en interne des différents éléments recueillis par des évaluateurs de profils différents.

La pluridisciplinarité au sein des MDPH

- Les professionnels mobilisés

L'analyse des cas de personnes handicapées étudiés dans le cadre de l'enquête de terrain permet d'établir les constats suivants :

- La majorité des situations a requis la participation de 4 à 5 évaluateurs de profils différents :
 - o Conformément aux résultats du questionnaire, les médecins et les travailleurs sociaux, qui constituent la « base » des équipes pluridisciplinaires des MDPH, sont intervenus sur la quasi-totalité des cas étudiés
 - o Les personnels administratifs et les psychologues ont été mobilisés sur plus de la moitié des situations
 - o Les ergothérapeutes, les infirmiers et les enseignants spécialisés sont intervenus de manière plus ponctuelle
- Parmi les cas ayant donné lieu à au moins **une rencontre** avec la personne, la majorité de ces visites n'ont été réalisées que par un ou deux professionnels, essentiellement des travailleurs sociaux et/ou des ergothérapeutes. Les réponses au questionnaire confirment ce résultat :
 - o Les évaluations des besoins effectuées au domicile des personnes sont généralement le fait d'un seul professionnel (pour 31 des 54 MDPH ayant répondu à la question) ;
 - o les profils les plus souvent mobilisés au domicile sont les ergothérapeutes (pour 59 des 66 MDPH répondantes) et les travailleurs sociaux (pour 58 des 66 MDPH ayant répondu à la question).

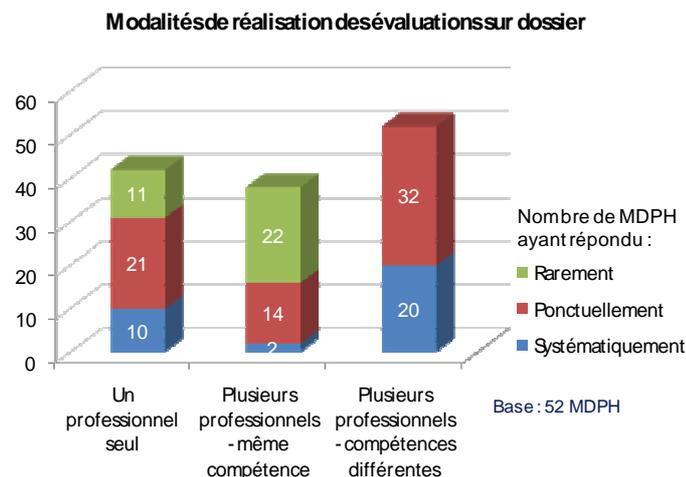
Par ailleurs, l'étude des représentations a mis en avant que les usagers (et surtout les personnes handicapées) perçoivent positivement la mise en place de la pluridisciplinarité. Ils identifient bien les différentes compétences et perçoivent l'intérêt de leur mobilisation.

Illustration : Personne Handicapée vivant en foyer d'hébergement

Nadia, 22 ans, a été accompagnée dans sa demande d'orientation en foyer d'hébergement et en ESAT par différents partenaires. Le foyer d'hébergement est en relation avec le tuteur, le référent éducatif de l'Action Sociale, la famille, l'ESAT, l'hôpital de jour, la Mairie, ... Didier, assistant social de la MDPH a orienté Nadia vers un milieu professionnel protégé en intégrant l'avis du référent éducatif. Au départ, il souhaite que Nadia intègre un milieu de travail normal. Cet échange a donc bénéficié à Nadia qui travaille actuellement en ESAT, et en est entièrement satisfaite.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers – Monographie MDPH du Val d'Oise

- Les situations évaluées exclusivement **sur dossier** ont majoritairement mobilisées un nombre important de compétences: 4 évaluateurs ou plus. Il s'agit principalement de médecins, de travailleurs sociaux, de psychologues et de personnels administratifs. Ce constat est renforcé par les résultats du questionnaire, qui indiquent que la plupart des MDPH mobilisent (ponctuellement ou systématiquement) plusieurs professionnels de profils différents pour la réalisation des évaluations sur dossier :



Il apparaît donc que si l'évaluation des personnes handicapées mobilise généralement un nombre relativement important de compétences différentes (de 2 à 5), seuls certains évaluateurs sont en contact direct avec la personne :

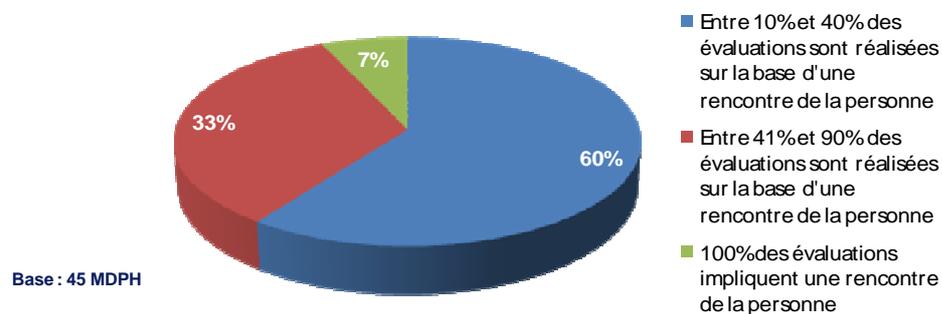
- Les rencontres sont de préférence confiées aux travailleurs sociaux et aux ergothérapeutes ;

- Les médecins, s'ils participent régulièrement à l'analyse du dossier réalisée en interne, ne rencontrent que rarement les personnes.

Les réponses au questionnaire confirment cette analyse :

- seules 3 des 45 MDPH ayant répondu à la question effectuent une rencontre systématique des personnes pour la réalisation des évaluations des besoins ;
- 27 des 45 MDPH ayant répondu à la question réalisent moins de 40% de leurs évaluations sur la base d'une rencontre de la personne :

Répartition des MDPH répondantes en fonction du pourcentage d'évaluations impliquant une rencontre de la personne (tous types de demandes et des populations confondus)



Les MDPH ont ainsi fait le choix d'organiser la pluridisciplinarité dans le cadre des réunions réalisées en interne plutôt qu'au contact direct de la personne. Ce constat appelle les commentaires suivants :

- La plupart des demandes reçues bénéficient d'une analyse croisée, bien que celle-ci ne repose, dans la majorité des cas, que sur des éléments du dossier
- Ce mode de fonctionnement influe directement sur l'organisation des visites :
 - o les rencontres, plus 'chronophages', sont confiées en priorité aux personnels les plus nombreux (travailleurs sociaux) ;
 - o les compétences quantitativement les moins disponibles (médecins) ne sont que rarement mobilisées au domicile, car prioritairement affectées à l'analyse sur dossiers, qui concernent la plupart des demandes.

- **L'articulation des compétences**

Pour répondre à l'impératif de pluridisciplinarité de l'évaluation, les MDPH rencontrées ont généralement mis en place deux grands temps d'échange formel entre professionnels pour l'analyse des situations :

- Les « séances de travail » en groupe restreint (un médecin de manière quasi-systématique et généralement quelques professionnels non médicaux selon l'organisation de la MDPH) ont pour objectif de porter un premier regard sur la situation au vu des éléments contenus dans le dossier. Ces réunions permettent soit d'établir directement les préconisations pour les dossiers qualifiés de « simples », soit de décider

des moyens à mobiliser pour approfondir l'analyse (rencontre de la personne, compétences mobilisées en interne et/ou en externe, contact avec la famille ou les structures réalisant l'accompagnement le cas échéant,...).

- Les réunions de l'équipe pluridisciplinaire : tel que le prévoit la loi du 11 février 2005, il s'agit de temps de rencontre réguliers entre l'ensemble des membres d'une équipe pluridisciplinaire (une MDPH pouvant avoir mis en place plusieurs formats d'équipe pluridisciplinaire) destinés à analyser les situations identifiées comme « complexes » au cours des « séances de travail ». La participation à ces réunions peut être étendue à des partenaires extérieurs, notamment dans le cadre d'une organisation décentralisée : (cf. Ardennes et Yvelines).

*Dans le **département des Ardennes**, la MDPH a mis en place des « équipes pluridisciplinaires territorialisées », qui se réunissent mensuellement sur chacun des territoires du département pour étudier certains types de demandes (orientations enfants et formation et insertion professionnelle) nécessitant une vision élargie. A l'occasion de ces réunions, différents professionnels du secteur du handicap sont mobilisés : médecin scolaire, psychologue scolaire, enseignant spécialisé, représentants des établissements spécialisés, représentants Cap Emploi, médecin du travail, représentant des structures d'insertion professionnelle,....*

Etude des organisations – MDPH 08

Sur la base de cette organisation générale, nous pouvons identifier les différentes étapes de la démarche d'évaluation mise en œuvre au sein des MDPH :

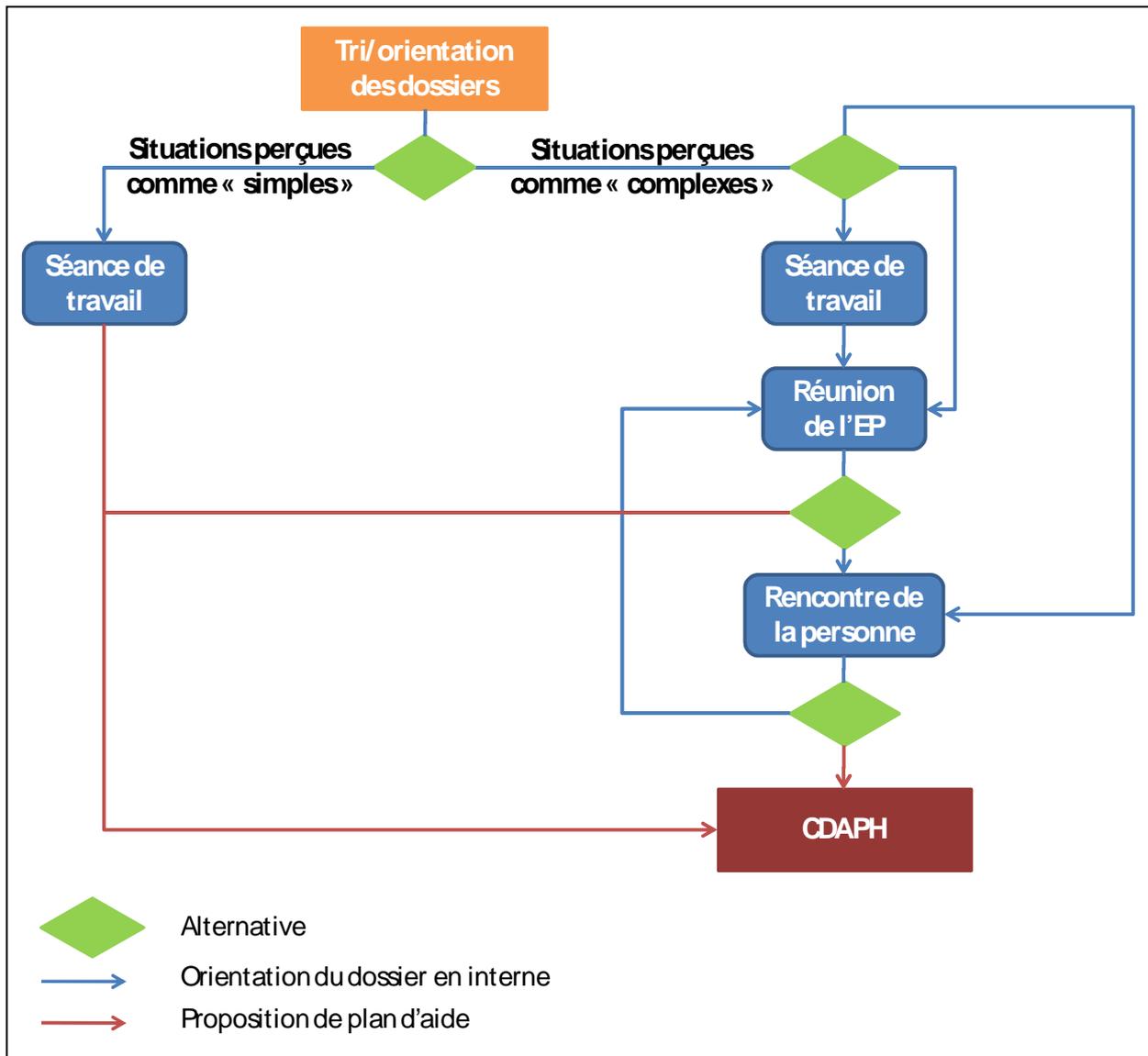
- « Remise du dossier et complétude » : le processus commence avec la remise du dossier par la personne demandeuse à la MDPH. Des agents administratifs sont alors chargés de vérifier l'exhaustivité des pièces fournies et de relancer, le cas échéant, le demandeur jusqu'à ce que le dossier soit déclaré complet. Il s'agit ici d'une procédure exclusivement administrative.
- « Tri/orientation des dossiers » : le dossier est ensuite transmis à une « cellule de tri », qui se compose d'un nombre réduit de membres de l'équipe pluridisciplinaire, parmi lesquels on retrouve quasi-systématiquement un médecin. Ces professionnels procèdent à une première analyse du dossier ayant pour but de déterminer son orientation au sein des différentes filières d'évaluation de la MDPH. Plusieurs alternatives sont alors possibles :
- « Situations repérées comme simple » (demande de cartes, renouvellement d'AAH,...) : elles sont généralement analysées en « séance de travail ». L'évaluation est réalisée uniquement sur pièces (ce qui n'exclut pas des contacts complémentaires avec des structures/professionnels en lien direct avec la personne) par un groupe réduit de professionnels, voir un médecin seul. Les préconisations sont établies au cours de la réunion puis proposées à la CDAPH sans analyse préalable en équipe pluridisciplinaire.

***En Seine et Marne**, une mission de traitement particulier a été mise en place, dite « mission de traitement direct », pour l'évaluation des demandes les plus simples qui ne nécessitent que l'expertise médicale.*

- « Situations repérées comme complexes » : il peut s'agir d'une « complexité » constatée (type de handicap, situation sociale,...) ou anticipée (1^{ère} demande, révision, période charnière de la vie de la personne,...). Deux modalités d'évaluation sont généralement mise en œuvre par les MDPH, et peuvent être combinées entre elles selon l'organisation propre de chaque structure:
 - o Réunion de l'équipe pluridisciplinaire ayant pour but soit :
 - De formuler les préconisations directement à partir des éléments du dossier, ou, le cas échéant, en s'appuyant sur les propositions préalables établies en « séances de travail »
 - D'identifier les compétences à mobiliser pour les cas où une rencontre avec la personne s'avèrerait nécessaire
 - o Visite(s) à domicile d'un ou plusieurs évaluateurs dont le profil peut être identifié soit :
 - Dès la phase de « Tri/Orientation » des dossiers
 - Après l'analyse en « séance de travail »
 - Au cours de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire

Pour les situations identifiées comme « complexes » par les évaluateurs, les propositions d'aides sont discutées et validées dans le cadre de réunions de l'équipe pluridisciplinaire avant d'être transmises à la CDAPH.

Le schéma ci-dessous illustre le processus d'analyse précédemment décrit :



Ce schéma caractéristique du processus d'évaluation général mis en œuvre par les MDPH, appelle deux remarques importantes :

- Seule une part relativement réduite des dossiers reçus fait l'objet d'une analyse en équipe pluridisciplinaire complétée d'une rencontre : la très grande majorité des situations sont évaluées dans le cadre des « séances de travail ».

Nombre de personne rencontrées et part dans le total des demandeurs :

- **Sarthe** : 934 personnes soit 13% des demandeurs (2006)
- **Ardennes** : 1 499 personnes soit 25% des demandeurs (2007)

Etude des organisations – MDPH 72 et MDPH 08

- Quel que soit le mode de traitement appliqué, le poids du regard médical dans l'analyse reste souvent prépondérant, au détriment des autres dimensions de la perte d'autonomie :

Adolescent présentant un handicap psychique, vivant à domicile.

Le département a effectué le choix organisationnel de traiter l'ensemble des demandes concernant les enfants sur dossier. Dans ce cas, le point de vue médical prédomine malgré la présence de plusieurs profils au moment de l'analyse : la source d'information privilégiée est le certificat médical et l'objectif de l'évaluation semble être le calcul du taux de handicap de la personne.

Cas N°10 - Département de la Marne.

Enfant polyhandicapé, ayant formulé une demande de renouvellement d'AEEH

L'évaluation est majoritairement basée sur l'observation et l'analyse du dossier par le médecin. C'est lui qui a l'expertise nécessaire et l'expérience pour apprécier les besoins du demandeur en fonction de son état ainsi que les besoins de la famille.

Cas N°30 - Département d'Indre et Loire Ardennes

En Ille et Vilaine, l'évaluation suit un « *Modèle médical linéaire* » : l'étude pluridisciplinaire n'est pas encore entrée dans les mœurs. Aujourd'hui n'est pas forcément entré dans les mœurs le fait de faire l'étude des dossiers avec des contributeurs non médicaux. Auparavant, il s'agissait de fixer des taux d'incapacités, les barèmes donnant ensuite droit à des prestations. Il ne s'agissait donc pas d'évaluation mais de sanction par rapport à un guide repère.

Etude des organisations – MDPH 35

De manière générale, **il apparaît donc que la pluridisciplinarité mise en œuvre par les MDPH, de la même manière que pour les Conseils Généraux, ne se traduit pas lors d'une rencontre avec la personne mais plutôt dans l'analyse croisée en interne de la situation par des professionnels de profils différents.** Le degré de pluridisciplinarité mis en œuvre au domicile ou en interne semble être directement fonction du niveau de « complexité » de la situation tel que le perçoivent les évaluateurs (cf. *Question 1 – Comment les acteurs répondent-ils à l'exigence d'évaluation globale / multidimensionnelle ?*).

La pluridisciplinarité au sein des structures de suivi

Au sein des structures de suivi les équipes travaillent selon un processus itératif continu d'évaluation-ajustement de la prise en charge mise en œuvre. De ce fait, les « temps » consacrés à l'évaluation sont plus difficilement dissociables (de la phase d'accompagnement) que dans le cas des équipes d'évaluateurs des Conseils Généraux et des MDPH, dont la fonction principale est l'évaluation.

Cependant, sur la base des observations réalisées sur le terrain, le processus d'évaluation a pu être décomposé selon les étapes suivantes :

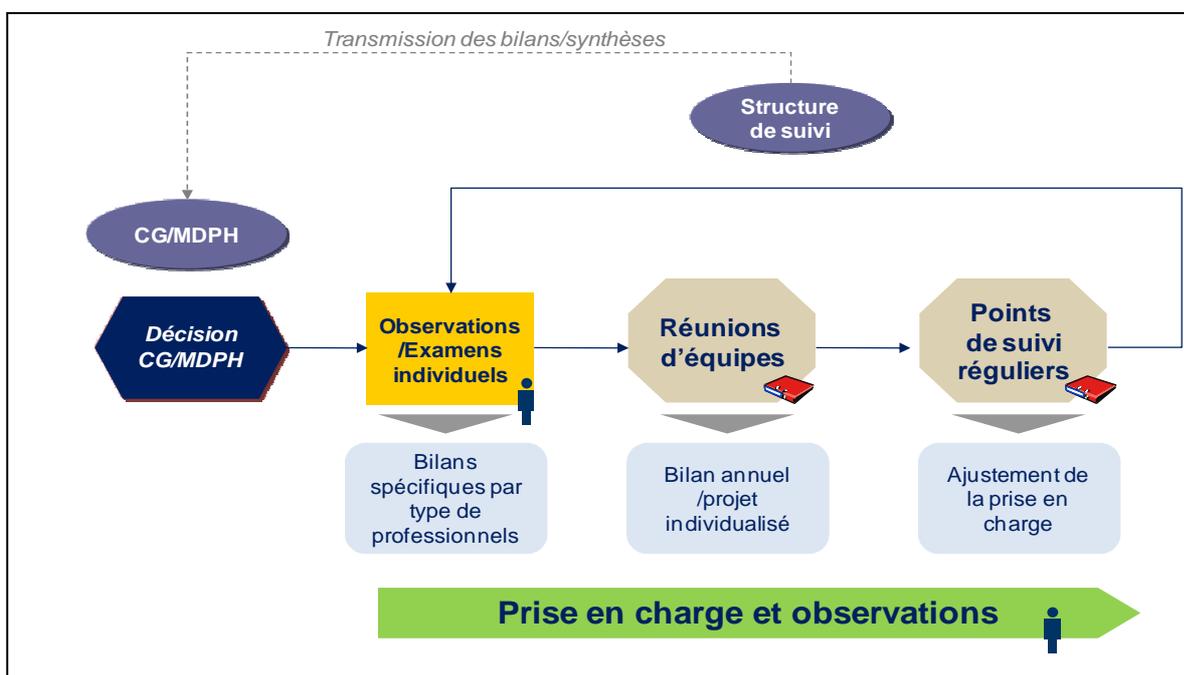
- L'évaluation réalisée au début de la prise en charge : elle a pour but de permettre aux professionnels en charge de l'accompagnement de décliner de manière opérationnelle les différentes aides arrêtées dans le plan d'aide ou de compensation. Cette évaluation peut se dérouler de manière ponctuelle (service d'aide à domicile, par exemple) ou donner lieu à une période d'observation de plusieurs semaines (dans le cas des établissements et de certains services de type SESSAD). S'agissant du premier contact avec la personne, elle donne généralement lieu à la mobilisation de la plupart des compétences disponibles au sein de la structure, afin de cerner au plus près les besoins

dans les différents domaines de la prise en charge. L'ensemble des observations et examens réalisés par les différents professionnels, généralement de manière séparée, permet de constituer un bilan pluridisciplinaire, qui est ensuite discuté dans le cadre de réunions d'équipe afin de définir les différents aspects du « projet individualisé de prise en charge » (médical, soignant, pédagogique, professionnel,...).

- L'évaluation réalisée dans le cadre du suivi régulier de la prise en charge : elle se concrétise au travers des temps d'échange régulier entre les professionnels assurant la prise en charge de la personne. La fréquence et l'importance de ces évaluations intermédiaires dépendent des modalités internes de fonctionnement arrêtées par chaque structure et de l'évolution de la situation de la personne. Elles ont pour but de s'assurer de l'adéquation des prises en charges mise en œuvre avec les besoins de la personne, et, le cas échéant de procéder aux ajustements nécessaires. Elles procèdent des observations régulières des professionnels au cours de l'accompagnement, qui sont ensuite exposées et discutées dans le cadre de réunions pluridisciplinaires. Ces évaluations régulières donnent rarement lieu à une analyse aussi approfondie que l'évaluation initiale.
- L'évaluation réalisée dans le cadre du bilan périodique : il s'agit d'une synthèse, généralement annuelle, ayant pour but d'évaluer les différents aspects de la prise en charge mise en œuvre sur la période par rapport aux objectifs définis dans le « projet individualisé ». Cette évaluation sert également de support à l'élaboration du « projet individualisé » sur la période suivante. Son contenu, et ses modalités de réalisation s'apparentent généralement à ceux de l'évaluation initiale décrite précédemment.

Les différents documents (bilans, synthèses,...) produits dans le cadre de ces temps d'évaluation propre aux structures de suivi, sont généralement joints aux dossiers de demandes d'aides constitués par les personnes suivies. A noter qu'en dehors de ces dossiers, les éléments de suivi produits par les structures d'accompagnement ne sont que très rarement communiqués aux équipes des MDPH et des Conseils Généraux.

Le schéma suivant illustre le processus d'évaluation « type » mis en œuvre au sein des structures de suivi :



2. La pluridisciplinarité issue de l'articulation des différents acteurs

Le questionnaire adressé au Conseils Généraux permet d'établir qu'en moyenne 1 département sur 3 a recours à des partenaires extérieurs pour la réalisation des évaluations. Les partenaires privilégiés sont les suivants : CLIC, caisses de retraite, professionnels libéraux, autres réseaux d'accompagnement des personnes âgées.

La quasi-totalité des MDPH déclarent avoir conclu des partenariats avec des structures ou des professionnels extérieurs sur le thème de l'évaluation : 67 des 71 MDPH ayant répondu au questionnaire déclarent faire appel à des partenaires pour la réalisation des évaluations. Les partenaires mobilisés sont de 3 types :

- Des structures/professionnels ayant une expertise particulière, non disponible au sein de la MDPH ;
- Des professionnels de la prise en charge des personnes handicapées (psychologue scolaire, enseignant spécialisé, psychiatre, éducateur spécialisé,...) ;
- Des « profils » pour lesquels les MDPH ne disposent pas d'effectifs suffisants en interne.

L'ensemble de ces partenaires est mobilisé selon des modalités différentes qui vont de l'externalisation de l'évaluation par les Conseils Généraux et les MDPH à la transmission d'informations entre partenaires en passant par la participation aux équipes pluridisciplinaires internes des MDPH.

L'externalisation des évaluations

- **Une pratique peu répandue dans les Conseils Généraux**

Les Conseils Généraux déclarent, en grande majorité, réaliser seuls les évaluations des besoins dans le cadre de demandes d'APA. Cependant l'étude terrain a permis de distinguer deux types de partenariats menant à une externalisation des évaluations.

✓ **Le conventionnement de professionnels libéraux (médecins ou infirmières)**

Cette pratique poursuit deux objectifs, qui peuvent être concomitants :

- Adapter l'organisation de l'Equipe Médico-Sociale pour faire face à la pénurie de professionnels sur le département soit de manière permanente (médecins pour l'Ain et infirmières pour la Drôme), soit ponctuellement pour faire face à des pics d'activité saisonniers. Le recours à cette ressource complémentaire a généralement un coût pour le Conseil Général : les évaluations réalisées par les médecins généralistes sont souvent rémunérées.
- Contribuer à la diffusion des bonnes pratiques en matière d'évaluation gériatrique auprès des médecins traitants : ces conventions s'accompagnant généralement de séances de formation collectives à la démarche d'évaluation et à l'outil AGGIR. L'implication des médecins traitants est également recherchée pour la prise en charge du suivi des personnes à domicile qui sont plus nombreuses.

Les évaluations réalisées par ces professionnels font généralement l'objet d'une analyse complémentaire par les membres de l'Equipe Médico-Sociale (ex : réalisation d'une visite par une assistante sociale en complément du GIRage effectué par le médecin traitant), qui peut donner lieu à des contacts avec les partenaires, notamment en cas de divergence dans les résultats obtenus.

Dans les Alpes Maritimes, le Conseil Général a établi des conventions avec les médecins libéraux afin qu'ils participent à l'évaluation des demandeurs d'APA à domicile lorsque l'afflux de demandes est très important. Ce partenariat est également, aux yeux du Conseil Général, un moyen d'assurer une diffusion des bonnes pratiques en matière d'évaluation gériatrique auprès des médecins libéraux (formation, outils spécifiques, etc.).

Etude des organisations – CG 06

✓ **Les partenariats avec les CLIC**

Le recours aux CLIC traduit généralement la volonté d'externaliser l'évaluation de tout ou partie des demandes d'APA à domicile adressées au Conseil Général. Il est généralement limité à certaines demandes : demandes de renouvellement uniquement dans la Vienne, demandes émanant de certaines zones géographiques dans le Doubs. La mise en œuvre de ce partenariat semble ici davantage résulter de la nécessité pour les Equipes Médico-Sociales de disposer de ressources supplémentaires que de la volonté de mobiliser des compétences complémentaires à celles disponibles en interne.

Dans la Vienne, les 8 CLIC participent à la réalisation des évaluations. Ils n'interviennent que sur les demandes de renouvellements, et rencontrent régulièrement l'équipe de médecins du Conseil Général.

Etude des organisations – CG 86

Plus répandues au sein des MDPH, l'externalisation des évaluations y est également source de plus de pluridisciplinarité que pour les Conseils Généraux. Trois objectifs peuvent être poursuivis :

✓ **Faire face à un manque d'effectif en interne.**

Pour certains « profils » les MDPH ne disposent pas d'effectifs suffisants en interne : infirmières et ergothérapeutes notamment. Il s'agit alors de mobiliser des ressources supplémentaires pour faire face au volume important de demandes à traiter.

Dans les Alpes Maritimes, la MDPH a signé des conventions avec des ergothérapeutes libéraux prévoyant la réalisation d'évaluation au domicile et la transmission d'un compte rendu dont le contenu a été arrêté avec le médecin coordonnateur.

Etude des organisations – CG 06

✓ **Mobiliser des compétences spécifiques, une expertise**

- **par type de handicap** : les réponses au questionnaire mettent en évidence un recours fréquent³¹ aux partenaires extérieurs pour les déficiences motrices (ex : partenariat avec l'APF en Seine et Marne), les déficiences sensorielles (ex : partenariat avec le Centre d'Audiophonologie et d'Education Sensorielle dans les Ardennes) et le pluri handicap.

³¹ 41 MDPH ont déclaré avoir des partenaires pour l'évaluation de certains types de handicap ces partenariats. Les déficiences les plus fréquemment citées sont les suivantes : motrices (34 MDPH) et sensorielles (25 MDPH)

L'étude des représentations indique que les évaluateurs sont mobilisés en fonction de leur expertise sur un handicap donné. Les MDPH n'hésitent pas à mobiliser des compétences externes sur des expertises définies.

Illustration : Personne handicapée vivant en foyer d'hébergement

Yannick, homme de 30 ans, présente un handicap sensoriel (non voyant). Pour la constitution de son dossier de demandes d'aides en 2003, différents spécialistes en lien avec son handicap ont été sollicités pour réaliser l'évaluation fonctionnelle de ces capacités visuelles notamment un ophtalmologiste du Centre de Rééducation pour Personnes Malvoyantes ainsi qu'un orthoptiste. La coordinatrice de la MDPH a ensuite centralisée l'information, et a effectué une évaluation de suivi en 2008.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers – Monographie MDPH des Yvelines

- **par type de demande** : d'après le questionnaire, les prestations pour lesquelles les MDPH mobilisent régulièrement³² des partenaires sont la PCH et la RQTH (ex : évaluation menée par l'AFPA en Ille-et-Vilaine).

Dans le cadre de ces partenariats, les analyses effectuées font l'objet d'un compte rendu dont le format et le « contenu type » a généralement été préalablement arrêté par la MDPH. Ces éléments sont ensuite présentés et analysés par l'équipe pluridisciplinaire afin d'arrêter les préconisations proposées dans le cadre du plan d'aide.

La participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires des MDPH³³

Cette pratique observée dans un certain nombre de MDPH rencontrées au cours de l'étude terrain a pour objectif de renforcer la pluridisciplinarité de l'étude de certains types de demandes et de bénéficier d'expertises pointues dans certains domaines, par exemple :

- mobilisation de Cap Emploi, de l'AFPA ou de l'AGEFIPH pour l'insertion professionnelle ;
- participation d'enseignants référents aux équipes pluridisciplinaires « enfance ».

Dans certains cas les compétences mobilisées ne sont pas forcément différentes de celles disponibles au sein de la MDPH en termes de profil professionnel mais leur organisme de rattachement leur confère de facto une expérience différente et une approche complémentaire de celle adoptée par les professionnels de la MDPH.

Dans le département des Yvelines, des équipes pluridisciplinaires spécialisées sont organisées une fois par mois dans chaque CHL (Coordination Handicap Locale, structure

³² 62 MDPH ont déclaré avoir des partenaires pour l'évaluation de situations associées à certaines prestations. Les prestations les plus fréquemment citées sont les suivantes : PCH (54 MDPH) et RQTH (50 MDPH)

³³ Sur cette participation des partenaires aux équipes pluridisciplinaires voir également Question 4- Partie I-A-a.

déconcentrée de la MDPH en charge de l'évaluation des besoins des personnes handicapées adultes). Elles sont composées des équipes pluridisciplinaires locales élargies aux les partenaires de l'emploi (ANPE, CAP Emploi, AFPA, SAMETH, CRAMIF, CRP). Lors de ces réunions sont examinés les dossiers des personnes qui relèvent d'une reconnaissance de travailleur handicapé, de formation professionnelle et d'orientation professionnelle, d'allocation adulte handicapé...

Etude des organisations – MDPH 78

NB : Concernant les personnes âgées, en dehors des réunions de coordination entre acteurs du suivi et de l'évaluation des besoins des personnes âgées, nous n'avons pas observé, au cours de l'étude, de situations où des partenaires externes participaient à des réunions de l'équipe médico-sociale du Conseil Général.

La mobilisation des partenaires pour participer à la réalisation des évaluations

La mobilisation de partenaires pour participer à certaines évaluations peut être le fait de l'institution évaluatrice, qui requiert la présence d'un partenaire spécifique, ou être à l'initiative de la personne évaluée, qui souhaite être accompagnée.

Quelle que soit l'origine de la présence d'un partenaire lors de l'évaluation à domicile réalisée par le Conseil Général ou la MDPH, deux situations se présentent :

- La présence d'un autre évaluateur peut contribuer à la pluridisciplinarité via la mobilisation d'une nouvelle compétence ;
- La présence d'un autre évaluateur peut ne pas ajouter une compétence distincte en termes de formation, mais une expérience différente de part l'origine professionnelle du partenaire (type d'institution à laquelle est rattachée la personne) et sa connaissance de la personne évaluée.

Adulte, présentant un handicap moteur, vivant à domicile, dont l'accompagnement est réalisé par un SAAD. Il a formulé une demande de PCH aide humaine. L'évaluation à domicile de l'assistante sociale et du médecin de la MDPH s'est déroulée en présence du SAMSAH qui suivait la personne depuis plus d'un an. C'est la personne évaluée qui a sollicité sa présence lors de l'évaluation MDPH. Le rôle de l'assistante sociale était selon elle de veiller à ce que les besoins de la personne soient bien pris en compte.

Cas N°24 – Département d'Indre-et-Loire

Personne âgée présentant un plurihandicap et prise en charge à domicile, demandant une révision de l'APA. L'évaluation à domicile de l'assistante sociale de l'équipe médico-sociale du Conseil Général s'est déroulée en présence de l'assistante sociale du secteur qui connaissait bien la situation. Avant l'évaluation, l'assistante sociale du conseil général s'était déjà mise en relation avec elle pour échanger sur le cas et sur les besoins de prise en charge. LA présence de l'assistante sociale de secteur lors de la visite a permis de garantir le lien de communication entre le demandeur et son épouse. L'évaluation a été menée conjointement pour multiplier les points de vue et garantir la prise en charge globale des besoins du demandeur.

Cas N°109 – Département de Seine et Marne

L'apport de la politique partenariale en termes de pluridisciplinarité n'est donc pas identique pour les Conseils Généraux et les MDPH :

- Dans les Conseils Généraux, la politique institutionnelle de mobilisation de partenaires extérieurs semble n'avoir qu'un impact marginal sur la diversité des compétences mobilisées par les Equipes Médico-Sociales. Ce constat est renforcé par l'analyse des réponses au questionnaire adressé au Conseils Généraux : aucun lien significatif n'a pu être établi entre diversité des compétences disponibles en interne et recours à des partenaires extérieurs.
- Le recours à des partenaires extérieurs apparaît par contre comme une pratique relativement répandue parmi les MDPH et témoigne de la nécessité d'enrichir, au moins ponctuellement, les compétences « généralistes » et quantitativement limitées dont elles disposent en interne. En ce sens, la politique partenariale apparaît bien comme un des axes organisationnels développés pour mettre en œuvre la pluridisciplinarité dans l'évaluation des besoins.

3. La pluridisciplinarité issue des échanges d'informations

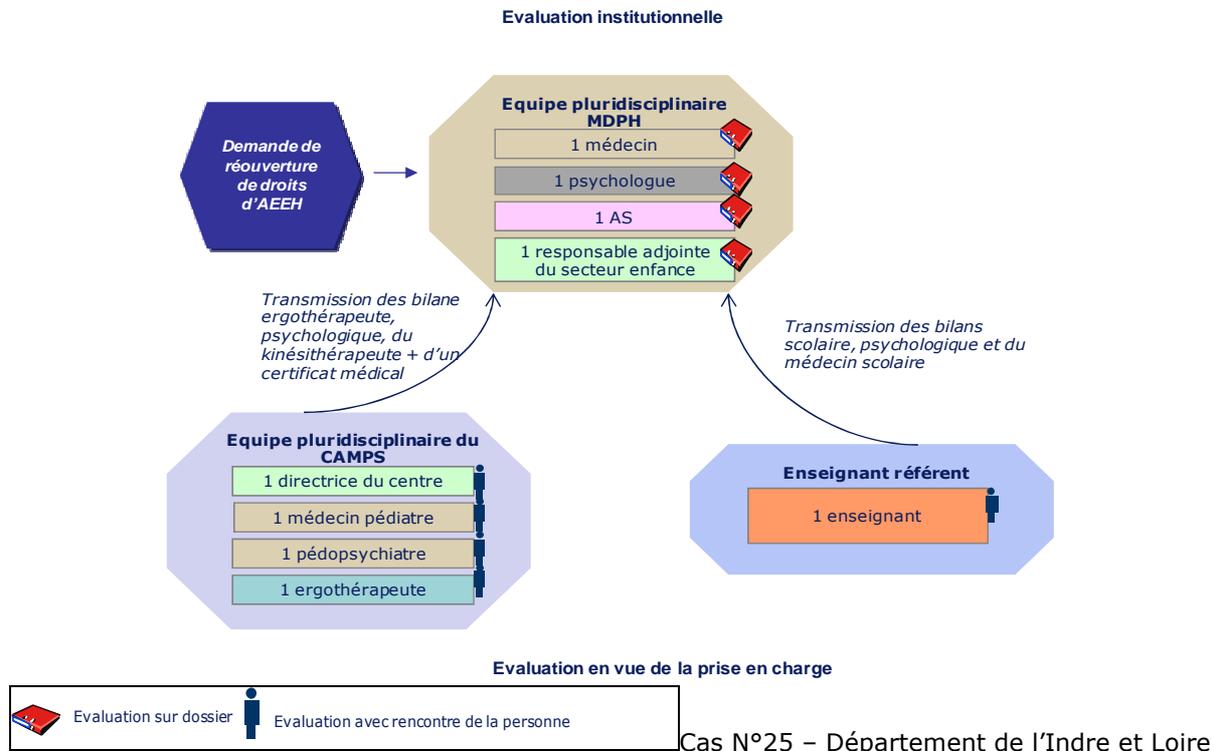
Condition essentielle et indispensable de l'évaluation sur dossier, l'échange d'informations entre partenaires du suivi et institutions en charge de l'évaluation est également une source précieuse pour compléter une évaluation réalisée avec rencontre de la personne. (Cf. question 4)

Les informations transmises aux MDPH et Conseils Généraux permettent un deuxième niveau de pluridisciplinarité non direct (compétences réunies par l'institution pour réaliser l'évaluation) mais indirect (compétences mobilisées via leurs bilans écrits pour contribuer à l'évaluation). Les apports de cette pratique sont nombreux :

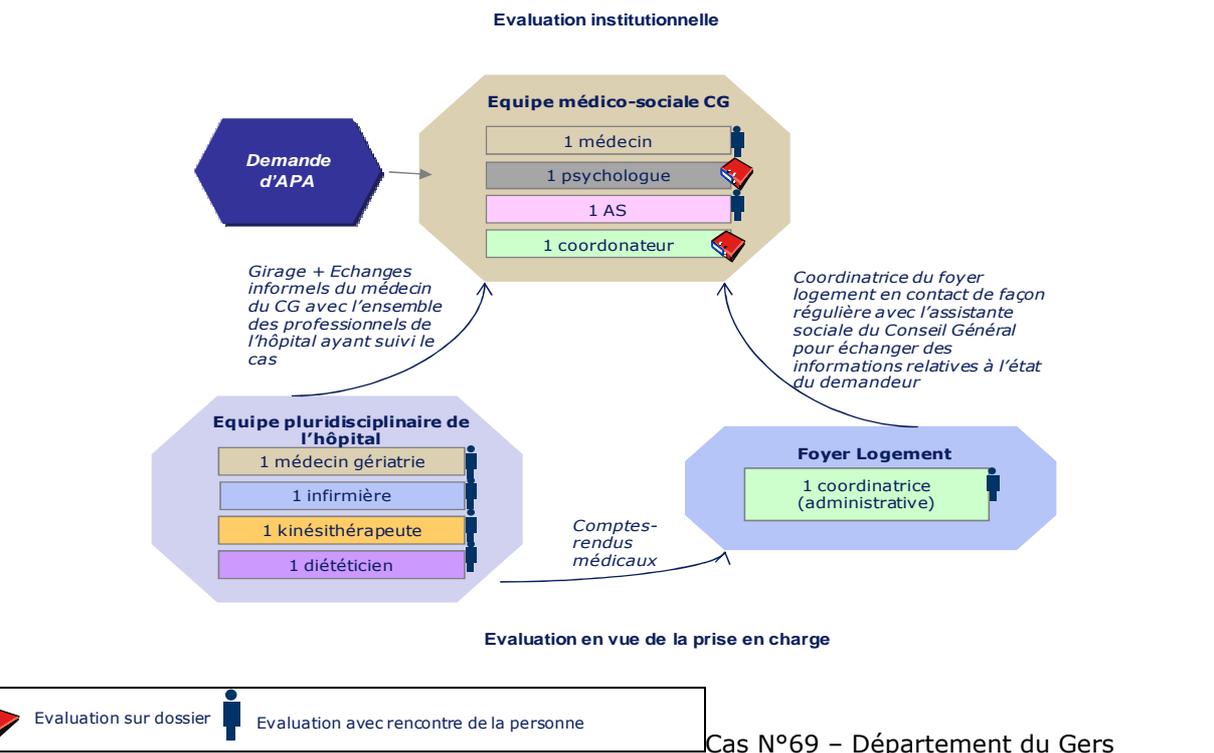
- Permettre aux MDPH (les évaluations sur dossiers sont relativement rares pour les équipes médico-sociales des conseils généraux cf. Question 1) d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles en mettant en place des filières de traitement sur dossier tout en garantissant une évaluation pluridisciplinaire ;
- Bénéficier de l'apport, même indirect, de compétences complémentaires afin de mieux prendre en compte certains aspects de la perte d'autonomie mal maîtrisés par les membres des équipes internes des MDPH ou Conseils Généraux (handicap psychique) ;
- Disposer d'observations et de bilans portant sur des périodes longues, notamment pour les personnes dont la situation n'est stable dans le temps (pathologies évolutives,...)
- Reconnaître la place et la contribution des différents acteurs, et notamment des structures de suivi, dans le processus interinstitutionnel d'évaluation des besoins ;
- Eviter la redondance des évaluations entre acteurs, souvent source de désagrément et d'incompréhension pour les personnes ;

Cependant, il convient de préciser que l'efficacité de cette pratique est soumise à un nécessaire travail en amont d'explicitation, de la part des MDPH et des Conseils Généraux, du type d'informations attendu pour réaliser les évaluations. Ce travail peut se traduire par l'élaboration, avec les structures de suivi, de « documents de synthèse types » à joindre aux dossiers de demandes, et contribué ainsi au partage d'une culture commune de l'évaluation avec les différents partenaires.

Enfant de 7 ans, handicapé moteur, pris en charge à domicile par ses parents. Les parents présentent à la MDPH une demande d'AAEH. L'évaluation de la MDPH est faite sur dossier, sur la base des éléments transmis par le CAMPS et l'enseignant référent.



Personne âgée vivant en foyer logement et présentant un handicap psychique. Elle demande l'APA pour la première fois. L'évaluation menée par l'équipe médico-sociale du Conseil Général s'est basée notamment sur un important transfert d'information de la part de l'hôpital et des structures de suivi de la personne.



Les facteurs impactant le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation et ses modalités d'organisation

Les facteurs qui sont susceptibles d'influencer le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation ont été regroupés en deux catégories, selon qu'ils concernent :

- Les caractéristiques personnelles du demandeur : le type de handicap, l'âge, l'existence d'une structure d'accompagnement au moment de l'évaluation des besoins
- Les caractéristiques de la demande : le moment au quelle-ci est formulée (première demande, renouvellement, révisions), le type d'aide demandée (PCH, Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé,...).

Au regard des différentes observations réalisées dans le cadre de l'étude, nous chercherons donc à identifier et à caractériser l'impact de chacun de ces éléments sur le niveau de pluridisciplinarité mis en œuvre et sur ses modalités d'organisation, telles que décrites dans la partie précédente.

A. Les caractéristiques personnelles du demandeur

1. Le type de handicap : une donnée ayant paradoxalement peu d'impact

Personnes âgées

L'étude des données de l'enquête de terrain ne permet pas de conclure à l'existence d'un lien entre le type de handicap d'une part et le degré de pluridisciplinarité mis en œuvre d'autre part. En effet, bien que les situations présentant des handicaps qualifiés de « complexes » par les professionnels rencontrés soient plus régulièrement évaluées en équipe élargie³⁴, le profil des évaluateurs mobilisés aussi bien à domicile qu'en interne (pour l'étude du dossier) ne présente pas de différence significative.

Le type de handicap ne semble donc pas être perçu par les évaluateurs rencontrés comme un facteur de « complexité » systématique, au sens où cette caractéristique seule n'apparaît pas suffisante pour justifier la mise en œuvre récurrente d'un niveau de pluridisciplinarité particulier. Il semblerait ainsi que cette variable, si elle participe à la notion de « complexité » associée à une situation, n'en constitue pas systématiquement le principal déterminant.

Personnes handicapées

Le type de handicap étant une des caractéristiques principales de la situation de la personne handicapée, ou du moins perçue comme tel, on peut légitimement supposer qu'il exerce une influence non-négligeable sur le niveau de pluridisciplinarité mis en œuvre dans le cadre de l'évaluation. Cependant, l'étude menée auprès des 11 MDPH ayant participé aux travaux n'a pas permis de mettre en évidence de manière systématique des modalités de recours à des équipes d'évaluateurs spécifiques pour certains types de handicap. Cependant, plusieurs dispositifs spécifiques ont été observés :

- Le recours à des expertises externes pour appuyer les travaux de l'équipe pluridisciplinaire :

³⁴ Pour les personnes présentant des handicaps mentaux, psychiques ou plurihandicaps, la moitié des cas étudiés ont nécessité la participation d'au moins 3 évaluateurs de formation différente, contre moins d'un tiers des cas de personnes présentant des handicaps sensoriels ou moteurs.

En Seine et Marne, la MDPH a conclu des partenariats spécifiques pour certains types de handicap :

- APF : pour les personnes présentant des troubles moteurs
- Rémora 77 : pour les personnes présentant des déficiences sensorielles

- Des procédures internes adaptées :

Dans la Vienne, une procédure particulière a été mise en place pour l'évaluation du handicap auditif :

- Pas de visite à domicile si demande d'interprète en langue des signes ;
- Pas de visite à domicile si demande d'appareillage auditif (pour les incapacités inférieures à 50%) : les demandeurs sont invités à se rendre à la MDPH ;
- En revanche, pour les incapacités supérieures à 50%, il y a visite à domicile, les demandeurs pouvant peut-être prétendre à une aide humaine et technique.

2. Age de la personne : un impact limité sur la pluridisciplinarité des évaluations des besoins des personnes handicapées

L'âge de la personne ne semble pas avoir une influence significative sur le nombre de compétences mobilisées pour réaliser l'évaluation : la majorité des situations étudiées (sur dossiers ou avec rencontre) chez les enfants et les adultes ont requis la participation de 4 à 5 professionnels de profils différents. Il s'agit de :

- Médecins et travailleurs sociaux de manière quasi-systématique ;
- Personnels administratifs de manière régulière ;
- Plus ponctuellement de psychologue dans le cas des enfants et d'ergothérapeutes dans le cas des adultes.

D'autre part, si les évaluations avec rencontre apparaissent beaucoup moins fréquentes chez les enfants, la majorité de ces visites ont mobilisé au moins deux évaluateurs, contre un seul pour les adultes. Les profils majoritairement mobilisés pour ces travaux sont identiques pour les deux populations : travailleurs sociaux et/ou ergothérapeutes.

Le degré de pluridisciplinarité mis en œuvre par les MDPH semble donc relativement peu affecté par l'âge des personnes dont les besoins sont évalués.

3. Existence d'une structure de suivi au moment de la demande

Il s'agit ici de déterminer si le fait que la personne bénéficie déjà d'un accompagnement au moment où ses besoins sont évalués, influe sur le niveau de pluridisciplinarité mis en œuvre.

Personnes âgées

Du fait du faible nombre de cas pour lesquels les personnes ne bénéficiaient d'aucun accompagnement au moment de la demande, il n'est pas possible de conclure formellement sur le lien entre l'existence d'un suivi préalable et le niveau de pluridisciplinarité mis en œuvre.

Personnes handicapées

Sur l'échantillon étudié il apparaît que le nombre de compétences différentes mobilisées est généralement plus élevé dans les situations où la personne ne bénéficie d'aucun accompagnement au moment de la demande : la plupart des cas concernés ont requis la

participation de plus de 3 professionnels de profils distincts (généralement médecins, travailleurs sociaux et psychologue), contre seulement la moitié des cas où la personne était suivie au moment de la demande.

A l'inverse, les compétences mobilisées à l'occasion des rencontres ne semblent pas impactées par l'existence d'une structure de suivi : la quasi-totalité des cas étudiés ont requis au plus 2 profils différents (généralement travailleurs sociaux et ergothérapeutes ou infirmiers), indépendamment de la préexistence ou non d'un accompagnement.

Il semble donc que les MDPH axent plus particulièrement leurs efforts en termes de pluridisciplinarité sur les situations pour lesquelles les professionnels disposent a priori de moins d'informations, et qui de ce fait présentent pour eux une complexité supplémentaire. En effet, pour les personnes bénéficiant d'un suivi au moment de la demande, les évaluateurs disposent généralement, de manière formelle (bilans de situations) ou informelle (contact avec les professionnels en charge de l'accompagnement), d'informations plus détaillées sur le demandeur. Certaines MDPH ont ainsi mis en place une procédure d'évaluation allégée pour ces situations :

Dans les Ardennes : pour les situations « simples » (notamment les demandes de renouvellement d'orientation) : l'évaluateur procède à une analyse sur dossier basée essentiellement sur les rapports transmis par la structure chargée du suivi de la personne. Il peut contacter les professionnels des établissements ou services pour obtenir des précisions sur la situation de la personne. Le plan d'aide est élaboré par l'évaluateur référent et un médecin avant passage en CDAPH.

B. Les caractéristiques de la demande

1. Le moment de la demande : un indicateur de « complexité »

Personnes âgées

L'analyse des données recueillies dans le cadre de l'enquête de terrain permet d'établir les constats suivants :

- Le nombre de compétences distinctes mobilisées pour l'évaluation (sur dossier ou avec rencontre) est généralement plus élevé pour les demandes qui, du fait du moment où elles sont formulées, sont, pour les évaluateurs, a priori les plus « complexes »³⁵ (1^{ères} demandes et révision) : pour ces situations, la moitié des cas concernés a nécessité la participation d'au moins 3 évaluateurs de formation différente contre une seule des demandes de renouvellement étudiées. On constate également que les infirmiers et surtout les médecins interviennent beaucoup plus fréquemment sur les demandes a priori « complexes » :
 - o La moitié des 1^{ères} demandes et révisions ont été étudiées par un infirmier contre seulement un tiers des demandes de renouvellement.
 - o La majorité des 1^{ères} demandes et révisions ont été étudiées par un médecin contre seulement un tiers des demandes de renouvellement.
- En ce qui concerne les compétences mobilisées au domicile deux remarques peuvent être formulées :

³⁵ Cf. paragraphe suivant sur les *Personnes Handicapées*

- o Le nombre de professionnels sollicité n'est pas impacté : l'évaluation à domicile reste généralement le fait d'un seul professionnel, et ce quelque soit le moment où la demande a été formulée.
- o En revanche, ces visites sont plus fréquemment confiées à des médecins pour les demandes susceptibles de présenter a priori une « complexité » : les visites ont été réalisées par des médecins dans un tiers des cas de 1^{ères} demandes et révisions, contre une seule des demandes de renouvellement

Les 1^{ères} demandes et les demandes de révision font l'objet d'une attention particulière de la part des Conseils Généraux, car elles présentent a priori une source de « complexité » supplémentaire par rapport aux demandes de renouvellement: soit parce qu'il s'agit de la 1^{ère} rencontre avec la personne, soit parce que sa situation est susceptible d'avoir évolué significativement depuis la dernière visite.

De ce fait le dispositif d'évaluation mis en place pour ce type de situations (1^{ères} demandes et renouvellement) se caractérise par :

- l'intervention d'un plus grand nombre de professionnel en interne ;
- un recours plus fréquent à des personnels de « soins » (médecins et infirmiers), aussi bien en interne que dans le cadre des évaluations réalisées au domicile.

Personnes handicapées

Le moment où est formulée la demande semble avoir une influence sur le nombre global de compétences différentes requises pour l'évaluation (sur dossier et avec rencontre):

- Les demandes de renouvellement des aides déjà mises en place mobilisent généralement un nombre moins important d'évaluateurs différents : un tiers des cas concernés ont été étudiés par moins de 3 profils distincts.
- A l'inverse, les 1^{ères} demandes et les demandes de révision mobilisent fréquemment une plus large diversité de profil : une minorité des cas étudiés ont requis la participation de moins de 3 professionnels différents. Les profils complémentaires (ergothérapeutes, psychologues ou infirmiers) participent ainsi beaucoup plus régulièrement à l'évaluation de ce type de demande : ils ont contribué (collectivement ou non) à l'analyse de la plupart des cas de 1^{ères} demandes et révision contre seulement la moitié des cas de renouvellement.

Adulte présentant un handicap mental pris en charge par un foyer occupationnel

D'après l'évaluateur rencontré, les demandes de renouvellement d'orientation constituent des cas « simples », l'ensemble des informations nécessaires à l'évaluation étant généralement contenu dans le bilan de suivi réalisé par l'établissement. Les 1^{ères} demandes, à l'inverse, sont considérées comme plus « complexes » du fait de la difficulté d'identifier les interlocuteurs susceptibles de fournir les informations nécessaires à l'évaluation.

Cas N°92 - Département de Seine et Marne.

Une nouvelle fois, nous constatons que les MDPH semblent mettre en œuvre une plus grande pluridisciplinarité dans leurs évaluations pour les cas présentant a priori une certaine forme de « complexité » :

- Soit du fait d'un niveau d'informations disponibles sur la personne demandeuse plus restreint : les 1^{ères} demandes peuvent être le fait des personnes jusque là inconnues de la MDPH (1^{ère} demande dans le département) ou dont la situation a connu une évolution importante, nécessitant la demande d'un nouveau type d'aide.
- Soit de part la nature même de la demande, qui traduit une évolution significative de la situation de la personne, qui n'est potentiellement plus compatible avec le dispositif d'accompagnement mis en place, et nécessite ainsi une attention particulière de la part des évaluateurs.

Concernant le nombre de compétences mobilisées à l'occasion des rencontres, les constats sont identiques :

- les situations potentiellement « complexes » font plus régulièrement appel à plusieurs types de profils différents : la majorité des cas de 1^{ères} demandes et révisions ayant donné lieu à une rencontre ont été évalués par 2 compétences ou plus, contre moins d'un tiers des cas pour les demandes de renouvellement.
- Il s'agit généralement de travailleurs sociaux et d'ergothérapeutes ou d'infirmiers.

2. Le type de demande : des dispositifs spécifiques

Personnes handicapées

L'analyse des données recueillies dans le cadre de l'enquête de terrain ne permet pas de mettre en évidence un lien entre le type de demande et le degré de pluridisciplinarité observé au niveau des MDPH. Seuls les cas extrêmes font apparaître des singularités :

- Deux tiers des demandes de PCH étudiées ont été évaluées (sur dossier ou avec rencontre) par 4 à 6 professionnels de profils différents (fréquemment médecins et travailleurs sociaux, régulièrement ergothérapeutes, personnels administratifs et psychologues, occasionnellement infirmiers). Les réponses au questionnaire renforcent ce constat : la PCH arrive en tête des prestations pour lesquelles une étude pluridisciplinaire du dossier est réalisée en amont la visite (pour 11 MDPH sur 23 répondantes).
La PCH étant une mesure emblématique de la loi du 11 février 2005, qui a institutionnalisé l'objectif de pluridisciplinarité de l'évaluation³⁶, il n'est pas surprenant de constater que les MDPH portent généralement une attention particulière à l'évaluation de ces situations, qui font souvent l'objet d'un dispositif spécifique prévoyant visite à domicile et analyse en équipe pluridisciplinaire. La pression exercée par les associations à ce sujet et l'utilisation répandue du GEVA pour la PCH (en tant qu'outil structurant la démarche) peuvent également expliquer en partie ce constat.
- A l'opposé, nous avons pu constater que les demandes de cartes (invalidité, stationnement) et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, font

³⁶ « L'instruction de la demande de prestation de compensation comporte l'évaluation des besoins de compensation du demandeur et l'établissement d'un plan personnalisé de compensation réalisés par l'équipe pluridisciplinaire »

généralement l'objet d'une procédure de traitement simplifiée à la charge exclusive d'un médecin.

Pour les situations donnant lieu à une rencontre, il apparaît que le nombre de compétences mobilisées à cette occasion est relativement indépendant du type de demande : la majorité des cas étudiés ont été évalués par 2 professionnels différents, qu'il s'agisse de demandes de PCH ou non.

6. Analyse détaillée de la question : Quelle est la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation ? Comment les évaluations sont-elles individualisées ?

I. L'individualisation, une nouvelle « norme sociale » transmise à travers la législation et qui impacte l'organisation des Conseils généraux et des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

- A. L'individualisation, une nouvelle norme sociale introduite par les dispositions réglementaires
- B. La traduction du souci d'individualisation dans les organisations

II. La traduction du souci d'individualisation dans les pratiques d'évaluation

- A. Les éléments qui permettent à l'utilisateur d'être « acteur » de son évaluation
- B. L'action des évaluateurs pour prendre en compte la volonté de l'utilisateur

Institutionnalisé par les dispositions règlementaires, la volonté de placer l'utilisateur au centre du dispositif d'évaluation constitue un objectif majeur des activités d'évaluation des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie.

En 2001, la CIF, Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, pose la nécessité d'appréhender les besoins propres à la personne via les facteurs environnementaux et personnels.

Dans la même lignée, les lois du 20 juillet 2001³⁷, du 2 janvier 2002³⁸ et du 11 février 2005³⁹ posent l'obligation de mettre l'utilisateur au centre du dispositif⁴⁰. Il s'agit, comme le stipule la loi du 11 février 2005, d'évaluer « *les besoins de la personne sur la base de **son projet de vie** et de proposer un plan **personnalisé** de compensation du handicap.*

L'objectif poursuivi par les dispositions règlementaires est donc double :

- Donner à l'utilisateur une place de choix au cœur du processus d'évaluation des besoins
- Individualiser la pratique d'évaluation en tenant compte de la situation personnelle de l'utilisateur et de ses attentes pour lui proposer un plan personnalisé de compensation du handicap ou une allocation personnalisée d'autonomie.

Si l'individualisation, nouvelle norme sociale transmise à travers la législation, est bien l'objectif à atteindre en termes de pratique d'évaluation, comment s'organise-t-elle et quelles en sont les limites? Par ailleurs, les pratiques d'évaluation permettent-elles aujourd'hui de placer l'utilisateur au centre du dispositif et de définir le périmètre d'évaluation ?

Dans la pratique, l'individualisation est perçue par les évaluateurs comme le passage du traitement de la demande à une analyse des besoins. Le plan d'aide qui sera proposé par l'évaluateur devra donc être une fine articulation entre les besoins exprimés par le demandeur, ceux estimés par l'évaluateur, et l'offre existante sur le territoire. Il s'agit donc de cerner les besoins du demandeur en favorisant une approche multidimensionnelle, tenant compte de sa situation personnelle, de son environnement et de ses souhaits.

Dans le cadre de cette étude, nous avons cherché à montrer que l'individualisation est à la fois une finalité recherchée mais également un levier utilisé par les évaluateurs pour garantir à l'utilisateur d'être au centre du dispositif. L'objectif est de voir si les pratiques d'évaluation le permettent.

Nous avons tenté dans un premier temps de mettre en lumière la traduction des efforts d'individualisation dans les organisations et les principaux éléments :

³⁷ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

³⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³⁹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁴⁰ D'une manière plus générale, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 pose le principe d'une véritable démocratie sanitaire respectueuse du patient et responsabilisant ce dernier. Elle élargit le principe d'intégration de l'utilisateur au centre du dispositif à l'ensemble des patients.

- qui permettent à l'utilisateur d'être « acteur » de sa propre évaluation
- qui favorisent la prise en compte des souhaits de l'utilisateur par les évaluateurs.

Pour ce faire, les différents critères, que nous avons dégagés comme étant les plus pertinents, ont été analysés :

- La réalisation d'évaluations impliquant une rencontre avec la personne (en particulier à son domicile), par opposition à celles réalisées uniquement sur dossier.
- La réalisation d'évaluations fondées sur du déclaratif ou nourries par l'observation.
- La recherche d'informations complémentaires en amont pour enrichir l'évaluation.
- La formulation d'un projet de vie.
- La qualité du dossier de demande déposé (historique du dossier, comptes-rendus des structures de suivi ou établissements...).
- Le recueil de l'avis de la tierce personne.

* * *

I. L'individualisation, une nouvelle « norme sociale » transmise à travers la législation et qui impacte l'organisation des Conseils généraux et des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

A. L'individualisation, une nouvelle norme sociale introduite par les dispositions réglementaires

Les lois de 2001, 2002 et 2005 s'inscrivent dans la même lignée que le principe d'évaluation globale, mis en avant notamment dans les travaux de l'OMS sur la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Les différents éléments de cette classification portent sur les structures et les fonctions du corps, les activités les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.

Il s'agit de prendre en compte les besoins de la personne, sous le prisme des différentes dimensions (personnelles et environnementales).

Cette approche se retrouve dans les dispositions de la loi de 2005 relative aux personnes handicapées puisque la définition même du principe de compensation porte sur les différents aspects de la situation de la personne.

▪ La loi du 20 juillet 2001 relative aux personnes âgées

Succédant au dispositif de la prestation spécifique dépendance, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est introduite par la loi N°2001-647 du 20 juillet 2001. Sa création, qui modifie le cadre de prise en charge des personnes âgées de plus de soixante ans a pour ambition le renforcement et l'adaptation de la prise en charge en fonction des besoins des demandeurs. **L'APA est donc par nature une prestation personnalisée puisqu'elle est affectée à des dépenses adaptées aux besoins de chaque allocataire et qu'il appartient à l'utilisateur d'utiliser la totalité ou une partie seulement du plan d'aide proposé.** Une réflexion que l'on retrouve dans la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante selon laquelle « *toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie* ».

La loi insiste donc sur le droit de l'utilisateur à choisir et surtout sur la nécessité de respecter sa volonté.

Afin de bien cerner les besoins du demandeur et vérifier ses déclarations, les évaluateurs sont autorisés à recueillir auprès de différents services les informations nécessaires : *« pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer⁴¹ ».*

▪ **La loi du 2 janvier 2002 relative aux droits des usagers**

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de **garantir l'exercice des droits et des libertés individuelles** à toutes les personnes prises en charge dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi pose sept droits fondamentaux des usagers parmi lesquels (art L-311-3 du CASF) :

- Le libre choix entre les prestations domicile/établissement
- La prise en charge ou accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé.
- L'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours.
- La participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

La loi repose notamment sur la définition des droits fondamentaux des personnes, incluant la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge. Elle définit également de nouvelles modalités d'exercice de droits à travers la mise en place de sept nouveaux outils (livret d'accueil, charte des droits et libertés, contrat de séjour, le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers...).

D'autre part, la loi définit un schéma d'organisation sociale et médico-sociale qui comporte six éléments dont l'appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins ainsi qu'un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre.

Enfin, la loi pose le principe d'une évaluation continue des besoins et des attentes des usagers. Elle met en lumière la *« prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement de l'individu, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision⁴² ».*

Il s'agit donc d'inclure l'utilisateur dans le processus d'évaluation et de faire de lui un sujet/acteur de sa propre évaluation. Une évolution fondamentale qui prend notamment en compte les notions d'« independent living » déjà développées à l'international.

⁴¹ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁴² L'art L-311-3 section 2 de la loi du 2 janvier 2002

- **La loi du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées**

La loi du 11 février 2005 pose le principe d'un nouveau droit pour la personne handicapée, le droit à compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge et son mode de vie.

La loi entend prendre en compte les besoins, les attentes et les choix de vie de la personne handicapée, en proposant, après évaluation des besoins et des aspirations de chacun, des mesures diverses (prestations et aides adaptées et personnelles, orientation en établissement social et médico-social, adaptation du logement ou du véhicule, mesures adaptées nécessaires pour permettre la scolarisation....)

La loi du 11 février 2005 crée la Maison Départementale des Personnes handicapées (MDPH), guichet unique destiné à faciliter les démarches de l'utilisateur. Parmi leurs missions, elles se voient confier l'évaluation des besoins de la personne sur la base de son projet de vie et doivent proposer un plan personnalisé de compensation du handicap (cf article 12 de la loi).

De même, la loi introduit la notion de **projet de vie** – document personnel et singulier perçu comme une pièce maîtresse du dossier de demande. « *Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération **des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même** ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis*⁴³ ». Ce document ne saurait porter que sur la seule dimension médicale car il est tout à la fois la description d'un état et d'une situation ainsi que l'énoncé d'aspirations et de projets. Les personnes y précisent leurs difficultés, leur vécu mais aussi les restrictions auxquelles ils sont confrontés pour une participation pleine et entière à la vie sociale. Il s'agit donc d'une contribution de la personne handicapée à la définition de ses besoins.

Ainsi, la prise en compte de la volonté de l'utilisateur est un principe hérité de la législation et qui entraîne de facto des évolutions dans la façon de répondre aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie.

Il s'agit, pour reprendre les termes utilisés dans les différentes lois de laisser à l'utilisateur la liberté d'exercer ses choix, d'exprimer sa volonté et de participer à la décision. Prendre en compte la volonté de chaque usager revient à lui proposer une prise en charge adaptée, à individualiser la réponse.

C'est pourquoi, il est particulièrement intéressant de voir comment se traduisent les efforts d'individualisation dans les organisations. Chaque département est en effet libre d'organiser son processus d'évaluation dans le respect de ce principe en fonction de son équipe, des besoins du territoire et des éventuels particularismes culturels. Les facteurs organisationnels des Conseil Général et des MDPH sont la traduction de cette volonté de personnaliser la réponse.

⁴³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005

B. La traduction du souci d'individualisation dans les organisations

L'étude qualitative auprès des directeurs des équipes médico-sociales ou pluridisciplinaires permet de mettre en évidence que l'organisation des Conseils généraux et des MDPH dépend :

- i) des contingences (charge de travail et composition de l'équipe, besoins des usagers, présence de partenaires...)
- ii) des choix organisationnels qui sont pris et qui ont une influence sur le degré d'individualisation.

Si comme on l'a vu précédemment, les dispositions réglementaires tendent à placer la volonté de l'utilisateur au centre de la pratique d'évaluation, il est important de favoriser la formulation et l'expression du demandeur. Ceci est notamment rendu possible grâce aux facteurs organisationnels.

Trois facteurs organisationnels nous semblent pertinents :

- a) La présence d'antennes de proximité auxquelles les demandeurs peuvent s'adresser et auxquelles on attribue deux rôles :
 - un rôle informatif
 - un rôle de relais voire de traitement de la demande
- b) La manière de mener l'évaluation : Evaluation sur dossier versus évaluation avec rencontre ; temporalité de l'évaluation ; évaluation au domicile ou non... .
- c) La création de pôles spécifiques pour le traitement de demandes qui peuvent être organisés soit en fonction de l'âge du demandeur (Adulte/enfant) soit par type de demande...

▪ La création d'antennes de proximité

L'étude des organisations nous permet de constater qu'indépendamment de l'organisation du Conseil général ou de la MDPH (centralisée ou territorialisée), quelques départements ont choisi de mettre en place des antennes de proximité. La présence de ces structures découle en grande partie de l'organisation décentralisée des équipes d'évaluation. L'étude quantitative nous indique que 38% des MDPH répondantes disposent d'une organisation territorialisée avec des équipes locales pilotées au niveau central. Dans certains cas, cette territorialisation se réalise sur la base de structures du Conseil général.

Ces structures ont deux types de mission : renseigner le demandeur et/ou l'accompagner dans la formulation de sa demande ; assurer l'évaluation et le traitement de la demande.

La connaissance du territoire et des différents acteurs est un élément qui tend à fluidifier les contacts et qui peut faciliter voire accélérer le traitement de la demande.

D'une façon générale, la présence de ces antennes permet de renseigner l'utilisateur pour une meilleure connaissance de ses droits. Dans une plus large mesure, cela leur offre une « tribune » d'expression de leurs souhaits. Or, tout dispositif qui concourt à favoriser l'expression de la volonté de l'utilisateur semble être pertinent pour répondre à l'exigence d'une réponse individualisée.

- Le département des Yvelines par exemple a choisi d'externaliser ses évaluations auprès de coordinations handicap locales (CHL). L'implantation au cœur des différents

territoires leur permet de jouer du rôle d'évaluateur mais avant tout d'antenne de proximité. En plus de ces missions, ces antennes se voient confier la responsabilité de mettre en synergie les différents acteurs lors de comités de pilotage. **Cette organisation, en se voulant davantage à l'écoute de l'utilisateur, permet également aux acteurs de se réunir pour échanger et discuter de leur façon de mener l'évaluation.**

- Autre illustration, la MDPH de la Seine et Marne qui, via le conventionnement avec des partenaires, a créé deux niveaux d'accueil : 1^{er} niveau articulé autour des Unités d'action sociale permettant simplement de retirer le dossier et de bénéficier d'explications sommaires ; **2^{ème} niveau d'accueil réalisé par trois services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) proposant des entretiens individuels ou une étude plus approfondie et individualisée de la situation de l'utilisateur. Ce deuxième niveau permet d'aider l'utilisateur à formuler et à structurer une demande plus aboutie.**

▪ **L'évaluation avec rencontre de la personne versus l'évaluation sur dossier**

Si le choix de la pratique d'évaluation est impacté par des facteurs endogènes et de contingences (degré de pluridisciplinarité au sein de l'équipe, charge de travail...), certains conseils généraux ou MDPH ont fait des choix organisationnels structurants.

La manière d'évaluer a un impact sur la pertinence ainsi que le détail des données recueillies auprès de l'utilisateur. L'évaluateur, en approfondissant certains points et en prenant en compte, comme stipulé dans le CIF, les facteurs environnementaux et personnels de la personne, bénéficiera de données plus détaillées et plus exhaustives.

La rencontre avec le demandeur, en permettant une meilleure connaissance de la situation, est garant d'une certaine qualité de l'évaluation.

L'étude des représentations montre que selon les évaluateurs, l'évaluation avec rencontre à domicile est le garant d'une évaluation pertinente.

L'évaluateur, en prenant la personne dans son environnement quotidien peut plus facilement créer un lien de confiance qui facilitera le recueil d'information sur le degré d'autonomie et les besoins du demandeur.

Illustration : Personne Handicapée vivant à domicile

Marie-Louise et Jacques présentent tous les deux un handicap sensoriel (déficience auditive). Leurs deux enfants ne présentent aucune pathologie.

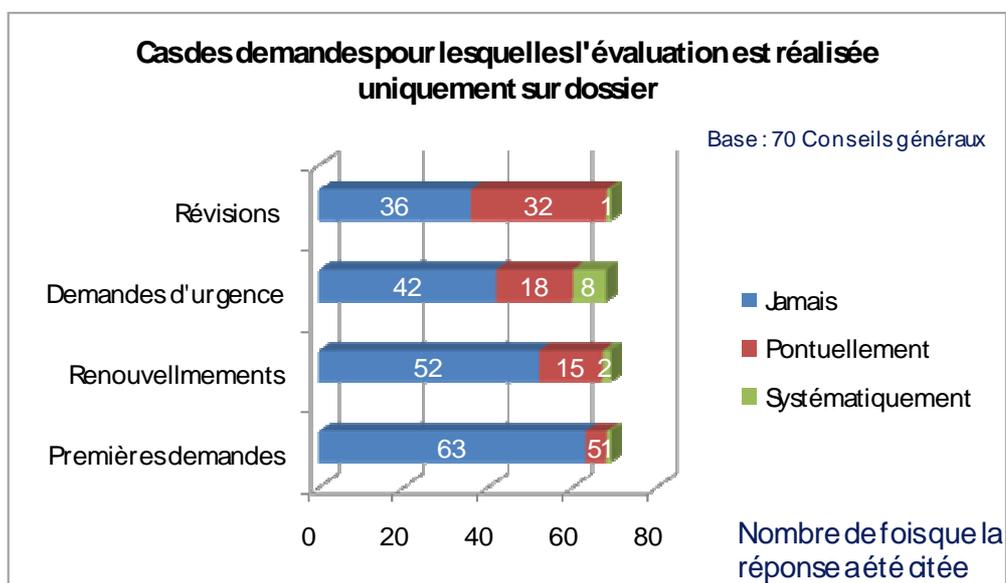
C'est lors de l'évaluation à domicile que l'évaluateur a pu estimer les difficultés liées à la fois au handicap des deux parents mais également liée à la situation sociale de la famille.

Cette rencontre in situ a permis l'émergence de nombreux besoins notamment en termes : d'alphabétisation, d'aide à l'éducation des enfants, d'apprentissage de la LSF, d'aménagement du logement nécessaire ou encore d'aide technique.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH de la Marne.

Pour les personnes âgées, le degré d'individualisation est également fonction du type d'APA (APA à domicile ou APA en établissement).

- Concernant les demandes d'APA en établissement, l'étude terrain a mis en lumière que dans plusieurs départements, l'allocation même de l'aide ne permet pas le respect du principe d'individualisation. En effet, aucune évaluation n'est réalisée. L'allocation se fait par dotation globale auprès de l'établissement.
- Pour les demandes d'APA à domicile, l'évaluation est circonscrite par des dispositions légales qui posent l'obligation de rencontre de la personne au moment de l'instruction de la demande. Rares sont donc les départements qui évaluent sur dossier. 77% des départements ayant répondu au questionnaire du Conseil général confirment que l'évaluation des besoins s'effectue via une visite à domicile. La **réalisation d'évaluations strictement sur dossier a lieu de manière ponctuelle**, notamment dans les cas des révisions et des renouvellements des plans d'aide.

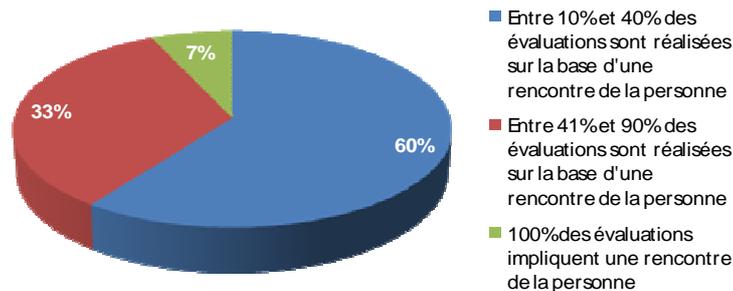


Nous pouvons déduire du graphique ci-dessus que concernant les personnes âgées, l'évaluation strictement sur dossier est marginale. Elle peut avoir lieu :

- Lors de **situations soit de grande dépendance** (GIR 1 et 2) **ou de faible dépendance** (GIR 5 et 6), sur la base d'un certificat médical.
- Dans le cas de **renouvellements et/ou révisions** : En général les évaluateurs du Conseil général n'effectuent pas une évaluation face-à-face avec la personne lorsque :
 - ▶ Les besoins de la personne ont été évalués récemment (la révision a lieu quelques mois après la dernière évaluation)
 - ▶ La personne est suivie par un partenaire de confiance qui transmet les éléments servant de base à la nouvelle évaluation.
- Les situations d'urgence. Elles sont évaluées sur dossier de manière plus fréquente que dans les autres cas. Cette évaluation sur dossier permet une mise en œuvre rapide du plan d'aide qui peut être réajusté si nécessaire par la suite dans le cadre d'une visite avec rencontre de la personne.

Pour les personnes handicapées, les résultats sont différents de ceux issus du questionnaire Conseil général :

Répartition des MDPH répondantes en fonction du pourcentage d'évaluations impliquant une rencontre de la personne (tous types de demandes et des populations confondus)



Base 45 MDPH

Nous pouvons dégager trois constats de ce graphique :

- Les MDPH répondantes réalisent la majorité des évaluations des besoins (tous types d'évaluations et de populations confondues) sur la base du dossier de demande d'aide, sans rencontrer les personnes évaluées.
- Parmi les 45 MDPH ayant répondu, 7% effectuent une rencontre systématique des personnes pour la réalisation des évaluations des besoins
- Parmi les 45 MDPH ayant répondu, 60% réalisent moins de 40% de leurs évaluations sur la base d'une rencontre avec la personne

D'autre part, la manière d'évaluer est fonction du type de demande : Les demandes dites « complexes⁴⁴ » sont majoritairement évaluées avec rencontre: demandes de PCH, d'orientation professionnelle, d'AAH et de RQTH. Sont majoritairement évaluées sur dossier, les demandes relatives aux enfants (notamment quand cela relève d'un facteur organisationnel) ou les demandes « techniques » pour lesquelles l'utilisateur peut fournir des éléments (devis par exemple) et qui ne nécessitent pas forcément une rencontre avec la personne. C'est le cas par exemple pour les demandes de carte, d'AAEH ou les PCH adaptation du logement/véhicule.

⁴⁴ Définition de la complexité question 1 partie 1

▪ **La temporalité de l'évaluation : nombre et durée des rencontres**

Outre l'impact de la rencontre en face à face qui permet d'avoir une connaissance plus fine de la situation de la personne évaluée, le temps dédié à cette rencontre permet à l'évaluateur de davantage prendre connaissance de la situation du demandeur.

Les résultats du questionnaire Conseil général montre que les $\frac{3}{4}$ des départements interrogés stipulent que l'évaluation des besoins est réalisée au cours d'une seule visite à domicile faiblement pluridisciplinaire (généralement une compétence unique est mobilisée : travailleur social). La visite dure au moins 45 minutes.

En règle générale, lors de l'évaluation des demandes d'APA à domicile, effectuez-vous une ou plusieurs visites au domicile du demandeur ?

Une seule visite	56
Plusieurs visites	16
Total	72



Base : 72 Conseils généraux

Les conseils généraux interrogés considèrent qu'une seule visite est suffisante pour effectuer une évaluation des besoins pertinente, compte-tenu de sa durée et des délais légaux d'instruction des demandes imparties aux Conseils généraux.

Les deuxièmes visites ont lieu majoritairement lorsqu'un avis spécialisé est demandé (médecin ou ergothérapeute) ou lorsque l'on est en situation de recours suite au refus d'un plan d'aide.

Pour les personnes handicapées, les résultats du questionnaire montrent que si les évaluations avec rencontre de la personne sont minoritaires, elles ont lieu dans 85% des cas dans le cadre d'une seule visite. Cette visite ne mobilise généralement qu'un seul professionnel (un ergothérapeute, un travailleur social ou une infirmière).

Cependant, que cela soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, certains départements ont systématisés la réalisation de plusieurs visites à domicile.

Les raisons mises en avant sont :

- ▶ La pratique organisationnelle : généralement il s'agit d'une première visite dite « d'éligibilité » réalisée par un médecin et suivie d'une deuxième évaluation des besoins à proprement parler, faite par un travailleur social.
- ▶ La volonté de cerner au plus près les souhaits du demandeur : L'évaluation est réalisée dans le cadre d'une première visite, mais une deuxième visite a lieu pour

expliquer le plan d'aide à la personne et à sa famille, vérifier l'adéquation du plan proposé avec les souhaits du demandeur et contractualiser avec elle et sa famille.

En Ille-et-Vilaine, l'évaluation menée par le Conseil Général se déroule souvent en deux temps. Le médecin se rend au domicile pour une première visite d'environ 45 min-1h, temps nécessaire pour entrer en contact avec le demandeur, le mettre en confiance et évaluer ses besoins. A la fin de sa visite et sur la base des éléments qu'il a recueilli, il élabore un certain nombre de recommandations et présente le plan d'aide à l'usager à qui on laisse le temps de réfléchir. La 2^{ème} évaluation est réalisée par un travailleur social et est davantage axée sur le volet social (habitat, famille, entourage...). Le deuxième évaluateur finalise le plan d'aide avec le demandeur initié lors de la première visite.

Département d'Ille et Vilaine – Résultat de l'étude qualitative des organisations et des pratiques d'évaluation.

L'évaluation des besoins de la personne âgée donne lieu à deux rencontres : la première avec le médecin et la 2^{ème} avec un travailleur social.

Lors de son évaluation, le médecin détermine le GIR et se concentre sur la pathologie du demandeur, son évolution, les risques éventuels. La visite, qui dure environ 1h donne lieu à un compte-rendu médical et à une fiche de suivi qu'il transmet au travailleur social et dans laquelle il note les points d'attention ainsi que les attentes du demandeur en termes de prise en charge compte tenu de sa pathologie.

Le travailleur social se focalise davantage sur le volet social du demandeur, sur son environnement, son entourage...

Le plan d'aide est proposé par le médecin et le travailleur social- avec un souci de répondre de la façon la plus fidèle aux attentes de l'usager.

Département du Gers – Résultat de l'étude qualitative des organisations et des pratiques d'évaluation.

La double évaluation, offrant une information plus fine concernant le demandeur, permet de mieux cerner la demande. C'est un facteur qui permet à l'évaluateur de mieux saisir la situation personnelle de l'usager et de l'intégrer dans les préconisations et le plan d'aide qui sera proposé :

- Elle permet de prendre en compte à la fois le volet social et le volet médical
- Chaque volet étant évalué dans le cadre d'une évaluation qui lui est propre, chacun des évaluateurs tente d'affiner au maximum les attentes et les besoins du demandeur. Ceci permet également de dépasser la simple demande de l'usager pour traiter la situation dans son ensemble (cf : question 1 sur l'évaluation globale/multidimensionnelle). Il s'agit de réaliser une évaluation des besoins et de proposer un plan d'aide adopté aux besoins identifiés.
- Elle introduit le « regard croisé » sur un même cas et permet aux évaluateurs de confronter leur ressenti.

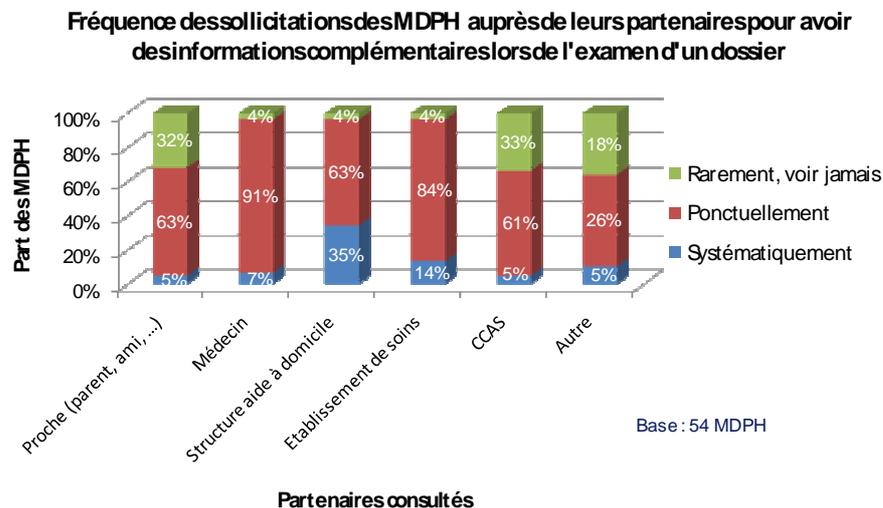
▪ La recherche d'informations complémentaires

D'une façon générale, la recherche d'informations que cela soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées a lieu de manière ponctuelle et dans le cadre du processus d'évaluation des besoins. Il s'agit :

- De mobiliser le médecin traitant et/ou les établissements médico-sociaux et sanitaires pour apporter des compléments d'informations et/ou des précisions aux informations consignées dans les dossiers de demande d'aide ou dans les certificats médicaux (70% des MDPH répondantes mobilisent les médecins traitants pour alimenter le certificat médical).
- De bénéficier de l'avis d'un acteur qui connaît bien la situation de la personne. Ceci constitue la principale raison de consultation des structures d'aide à domicile et des établissements.

Pour les personnes handicapées et selon les résultats du questionnaire MDPH :

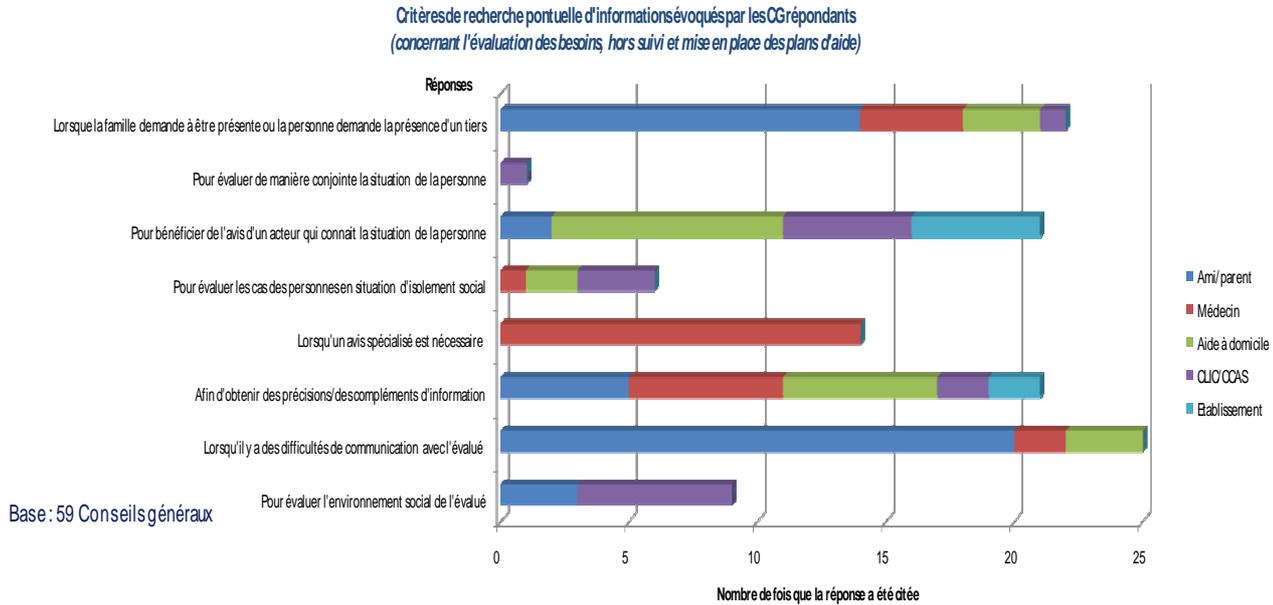
- La consultation systématique des structures d'aide à domicile est plutôt fréquente ;
- Les acteurs les moins sollicités sont les proches du demandeur et les CCAS.
- Pour 91% des MDPH répondantes, la recherche d'informations par les évaluateurs a concerné l'évaluation de besoins en tant que telle. Pour 9% d'entre elles, elle a concerné la formulation des préconisations ou la mise en place des plans de compensation.



Pour les personnes âgées, quatre types d'acteurs ont été sollicités :

- La famille/ les proches du demandeur lorsque des difficultés de communication avec la personne ont été identifiées (notamment dans les cas des personnes présentant un handicap mental) ou sur demande de la personne/de l'aidant ;
- Les médecins traitants afin de bénéficier d'un avis spécialisé ;
- Les établissements et services d'aide à domicile lorsque la personne bénéficiait déjà d'un suivi ;

- On note que les CCAS et les CLIC ont été les acteurs les plus consultés pour connaître la situation sociale / l'environnement familial de la personne évaluée. Ce résultat est intéressant car comme vu ci-dessus, les CCAS font partie des partenaires les moins sollicités pour les personnes handicapées. L'importance donnée par les MDPH et les Conseils généraux à un même partenaire est donc différente.



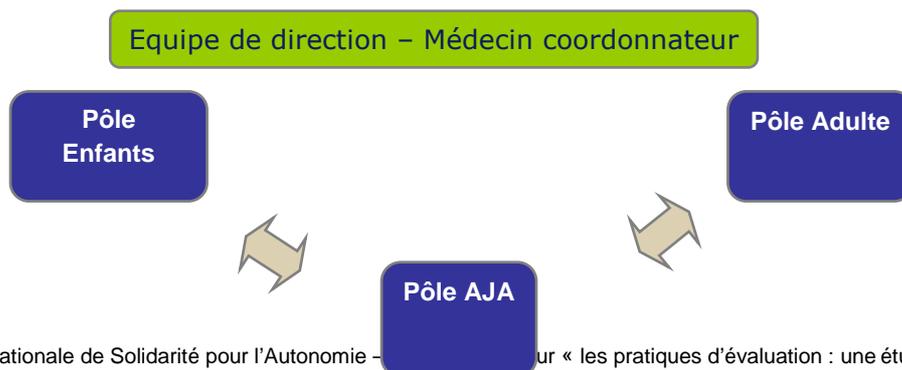
La spécialisation des équipes : la création d'un pôle spécifique par type de population

Deux clefs d'entrée ont été mises en place pour le traitement des demandes au sein des Conseils généraux et/ou des MDPH : soit par le type de demande soit par le type de population.

Quelle que soit la clé d'entrée choisie, les évaluateurs estiment que cette répartition permet une spécialisation des équipes et une meilleure connaissance des dispositifs, offre disponible ainsi que des plans d'aide adaptés.

Certains départements ont organisé le traitement des demandes sous forme de pôles par type de population.

- L'équipe de la MDPH est répartie sous forme de pôles dédiés selon la population (Adultes/Enfants) dans les départements de la Marne ou du Gers ;
- Le département des Alpes-Maritimes a créé 3 pôles : un pôle dédié aux enfants, un pôle 'AJA' (adolescents-jeunes adultes) et un pôle 'Adultes' pour permettre notamment la liaison entre le pôle 'adultes' et le pôle 'enfants'.



- Le département de la Seine et Marne a mis en place des pôles de traitement par demande dominante : projet à dominante scolaire, orientation/insertion professionnelle, orientation établissement, maintien à domicile. A l'intérieur de ces pôles, des pilotes spécialistes de cette dominante sont présents.

La création de pôles permet la spécialisation des équipes ainsi que l'affectation de compétences dédiées. Selon les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, ce découpage permet aux évaluateurs d'être familiers à la fois des problématiques mais également des processus et des réponses existantes. L'objectif étant un traitement des dossiers plus rapide et de qualité.

Cependant, ce principe connaît également des limites parmi lesquelles :

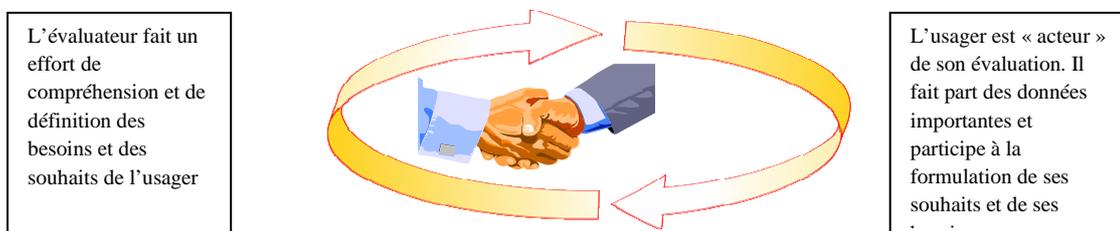
- Le manque de fluidité dans le suivi des dossiers notamment dans le cas de demandeurs arrivant en fin de droits du fait de leur âge et qui vont relever du pôle « adultes ». C'est à cette limite qu'a voulu répondre le département des Alpes Maritimes en créant le pôle 'AJA'.
- La forte segmentation des activités entre les pôles qui peut créer un cloisonnement et nuire à l'échange d'informations entre les évaluateurs des différents pôles.
- Le risque de standardisation des procédures du fait notamment de la charge de travail des évaluateurs

Comment les évaluateurs composent-ils avec ces choix organisationnels ? Défini par le cadre législatif, le principe d'individualisation est ensuite traduit dans les pratiques des évaluateurs qui lui fixent un périmètre.

II. La traduction du souci d'individualisation dans les pratiques d'évaluation

Au niveau de la pratique d'évaluation, il semble que deux éléments garantissent le respect de la place de l'utilisateur :

- i. Le fait que l'utilisateur puisse influencer son évaluation et en être 'acteur'
- ii. Les efforts faits par les évaluateurs pour décrypter/définir les souhaits et les besoins du demandeur



A. Les éléments qui permettent à l'utilisateur d'être « acteur » de son évaluation

Les dispositions législatives des lois de 2001, 2002 et 2005 donnent l'opportunité à l'utilisateur d'exprimer sa volonté et de participer directement à la décision.

Plusieurs éléments, dont la pertinence a été notamment relevée dans les études de cas (étude qualitative des situations d'évaluation) permettent à l'utilisateur d'être « acteur » et d'influer sur son évaluation.

▪ **La présence d'un projet de vie détaillé**

Lieu d'expression des souhaits et des besoins du demandeur, le projet de vie permet aux évaluateurs de cerner les attentes de l'utilisateur et de les prendre en compte afin de proposer des réponses ou des solutions pertinentes. Ce document peut être rédigé par le demandeur lui-même, par un tiers/aidant/proche ou par une structure d'aide à domicile ou établissement – si une aide à la formulation est nécessaire.

La plupart des usagers rencontrés dans le cadre de l'étude TNS relative aux représentations et à la fonction d'évaluation ont été accompagnés dans la rédaction du projet de vie. Cet accompagnement est très bien perçu. Les personnes handicapées apprécient le fait que des assistantes sociales, ou des membres d'association les aident dans la recherche d'informations, dans l'écriture de leur projet de vie afin que celui-ci rende compte de leurs souhaits, leurs attentes.

Illustration : Personne Handicapée vivant à domicile

Xavier a exprimé le souhait de créer des cockpits d'avions adaptés aux personnes handicapées. Lors de la rédaction de son projet de vie, Xavier et ses parents ont été soutenus par l'AFM.

Le dossier de demande ayant été perçu par le demandeur et sa famille comme complexe, l'aide apportée pour la formulation du projet de vie et la constitution du projet de vie a été très appréciée. Elle permet au demandeur que l'ensemble de ses attentes/souhaits transparaissent à travers ce document.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH Seine et Marne.

Si pour les personnes âgées, il n'existe aucun document 'projet de vie', il n'en reste pas moins que les évaluateurs recueillent leurs attentes/besoins qui peuvent être :

- une volonté de maintien à domicile
- une demande d'accompagnement à la vie sociale
- une aide sur un geste précis de la vie quotidienne pour leur permettre de conserver le plus longtemps possible leur autonomie.

Selon le service d'aide à domicile ARADOPA à Reims, l'âge détermine de manière importante le projet de vie des personnes. Le ressenti des personnes âgées est très différent de celui des personnes handicapées qui, pour la plupart sont des adultes souhaitant une intégration sociale très forte et le maintien dans un milieu ordinaire de travail. Leurs attentes sont donc plus explicites et plus concrètes. Jean-Michel Caudron, expert en ingénierie gériatrique mobilisé dans le cadre de l'étude, estime que la volonté de maintien de participation à la vie sociale est d'autant plus forte aujourd'hui que les personnes ont une espérance de vie plus longue. Il est donc important que leur volonté de rester le plus longtemps possible insérer dans la vie sociale soit respectée.

L'étude des représentations montre l'importance que donnent les personnes âgées à la participation à la vie sociale. En effet, certains demandeurs ont exprimé la volonté de pouvoir financer, sur la base des aides qui leur sont allouées, un accompagnement pour le maintien des liens sociaux.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Guy, 85 ans, vit seul à son domicile et souhaite rester le plus longtemps possible chez lui à la condition d'avoir une vie sociale, et de continuer à voir ses amis. Cela donne un sens à sa vie, en lui permettant d'avoir des objectifs au quotidien. Les aides mises en place lui offrent un confort de vie, et lui permettent de vivre la vie qu'il souhaite.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie du Conseil Général des Yvelines

En cela, le projet de vie permet au demandeur de formuler ses besoins, ses attentes et ses aspirations. Lors de l'équipe pluridisciplinaire, le coordonnateur ou responsable du pôle vérifie que la proposition de plan d'aide tient compte de la situation personnelle de l'utilisateur et des attentes formulées dans le projet de vie. Dans certains cas, la volonté de respecter le projet de vie peut aller jusqu'à l'octroi d'aides qui dépassent la demande initiale.

Selon les évaluatrices, si le projet de vie n'est pas systématiquement formalisé dans un document, l'évaluation à domicile permet de faire surgir « quelque chose qui ressemble à un projet de vie ». En effet, c'est à ce moment que l'évaluateur prend connaissance des demandes de l'utilisateur et, au vue de sa situation et via l'observation et/ou le questionnaire direct découvre éventuellement d'autres besoins. Selon les évaluateurs, ces besoins ne sont pas formalisés soit parce que le demandeur est dans une « posture » de déni de sa perte d'autonomie, soit parce qu'il n'est pas familier des aides proposées et de ses droits à compensation. Post-évaluation, l'évaluateur a des informations précises sur la situation de la personne. La rencontre avec la personne permet de faire émerger des besoins qui n'auraient pas été exprimés.

Adulte présentant un handicap sensoriel et travaillant en Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Le demandeur a été placé sous tutelle et habite dans un appartement adapté avec sa compagne qui présente le même syndrome. La situation est étudiée dans le cadre d'une demande de modification d'orientation en établissement – l'utilisateur souhaite travailler à mi-temps pour s'occuper de sa compagne.

L'évaluation menée par l'ESAT n'a pas permis de mettre en évidence la nécessité de réduire la prise en charge en ESAT. Le dossier est ensuite étudié en équipe pluridisciplinaire par les évaluateurs de la MDPH. Après analyse des pièces du dossier et confrontation des impressions en vue d'adopter une position commune, il est apparu nécessaire, pour respecter la volonté du demandeur, de réduire sa prise en charge en ESAT, une demande de PCH devait être faite. Un entretien avec la personne et sa compagne, le travailleur social, le médecin et la directrice de l'ESAT a été organisé pour lui faire prendre conscience de cette nécessité.

Dans le cadre de cette demande, les évaluateurs ont dépassé le traitement de la simple demande formulée pour respecter les éléments du projet de vie.

Cas N°77- Département des Alpes Maritimes

Cependant, si le projet de vie est une pièce maîtresse, il n'est pas systématiquement joint au dossier. Certains évaluateurs émettent des réserves quant à la pertinence de ce document. Non systématisé, il est considéré par certains comme étant réduit à sa simple expression : l'orientation vers un service ou une demande d'équipement. Selon l'APAJH de la Sarthe, les solutions d'hébergement, d'accès à la culture, ou aux loisirs ne sont pas réellement examinés.

Le sujet est relayé par les demandeurs qui estimerait que leurs souhaits exprimés dans le projet de vie ne sont pas systématiquement retenues. Le sujet semblerait particulièrement sensible pour les usagers atteints d'une déficience intellectuelle qui ont des envies mais pas de mots pour les exprimer.

▪ **L'accompagnement préexistant du demandeur par une structure**

La grande majorité des personnes évaluées dans le cadre de l'enquête terrain bénéficie d'un suivi réalisé par une structure d'aide à domicile ou un établissement. Parmi ces structures, certaines accompagnent le demandeur dans la formulation de sa demande ou sont présentes lors de l'évaluation réalisée par le Conseil général ou la MDPH.

Les résultats de l'étude des représentations corroborent ceux dégagés lors de l'enquête terrain : l'accompagnement du demandeur par une structure a un impact positif notamment sur l'aide apportée pour la constitution du dossier de demande d'aide. Il n'est en effet par rare que les établissements sociaux et médico-sociaux nourrissent l'évaluation par des bilans/notes de synthèse.

Cet accompagnement de la part des partenaires de l'évaluation est fortement apprécié par les usagers. Ils sont rassurés que les membres d'associations qu'ils connaissent, les accompagnent dans l'ensemble du processus de l'évaluation de leurs besoins.

Illustration : Enfant Handicapé vivant chez ses parents

Les parents sont en permanence accompagnés et soutenus par l'Association Française contre les Myopathies. Sans l'aide de l'AFM, les parents estiment qu'ils auraient été totalement perdus dans le dédale administratif. La technicienne d'insertion de l'AFM connaît parfaitement le handicap et tous les rouages du processus d'évaluation. Elle sait orienter les familles dans les démarches et s'implique pour l'application des droits des personnes handicapées.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH des Ardennes

L'accompagnement, notamment pour des cas de demandes d'aides techniques, met, selon les évaluatrices, le demandeur en position de force car il a une idée très précise de ce dont il a besoin.

Dans ce cas, l'utilisateur est au centre du dispositif car il a participé à la formulation de ses besoins.

Ceci est également bénéfique dans le cas où l'évaluatrice n'a que rarement été confrontée à ce type de handicap. Selon les associations rencontrées, les évaluateurs n'ont pas toujours la sensibilisation nécessaire à l'ensemble des pathologies, ce qui peut desservir l'utilisateur notamment quand sa situation de handicap nécessite des aides spécifiques.

Adulte, présentant un handicap sensoriel et vivant à domicile dans le département de la Marne.

La personne présente une maladie entraînant une perte visuelle progressive actuellement très avancée, l'ayant obligée à démissionner. Elle est par ailleurs élue dans une association pour personnes malvoyantes qui l'a accompagné dans la formulation de sa demande pour établir les devis pertinents.

Dans le cadre de cette demande, l'évaluatrice de la MDPH était pour la première fois confrontée à une situation de handicap visuel. Elle reconnaît que « le fait que le demandeur soit engagé dans une association a potentiellement influencé la formulation de sa demande car le dossier comportait des demandes très précises en termes d'aides techniques exprimées via le projet de vie ». En effet, l'usager a été assisté dans l'expression de ses besoins et de ses attentes.

Cas N°9 – Département de la Marne.

L'enquête terrain, nous montre que si l'accompagnement du demandeur par une structure de suivi est positif, il n'a un réel impact que s'il y a échange d'informations entre l'évaluatrice (du Conseil général ou de la MDPH) et l'évaluateur de la structure de suivi.

Adulte, présentant un handicap moteur suite à un accident, vivant à domicile avec sa famille.

Après avoir été pris en charge pendant quelques mois dans un centre de réadaptation, la personne vit aujourd'hui à domicile avec son épouse qui ne travaille pas. Un suivi est assuré si nécessaire par une équipe mobile du centre de réadaptation.

L'épouse du demandeur a déposé un dossier de demande de PCH aides humaines pour augmenter la prise en charge dont bénéficie son mari.

L'évaluatrice de la MDPH a évalué les besoins de la personne dans le cadre d'une rencontre à domicile. Elle a également pris contact avec le centre de réadaptation mais ne l'a pas sollicité dans le cadre d'une évaluation commune. Elle n'a donc pu bénéficier d'un retour d'expérience et de la connaissance du handicap des professionnels du centre de réadaptation.

Après quelques semaines de mise en place du plan d'aide, il est apparu que ce qui avait été proposé était inadapté pour répondre de façon pertinente à la situation du demandeur.

Cas N° 24 - Département d'Indre et Loire

▪ **La présence d'un tiers**

Le fait qu'un tiers soit présent lors de l'évaluation permet à la fois à l'usager d'être acteur de son évaluation (en transmettant les données nécessaires relatives à son degré d'autonomie) mais également à l'évaluateur de recueillir les informations dont il a besoin pour établir le plan d'aide.

Les évaluatrices rencontrées reconnaissent l'impact positif de la présence d'un tiers et notamment dans le cas de situations considérées par les évaluateurs comme « complexes⁴⁵ » (handicap psychique ou mental, situation de déni, pathologie évolutive ou cyclique). Si la présence d'un tiers peut gêner le demandeur et paralyser l'entretien, elle reste utile pour formuler les besoins, apporter un complément d'informations et corriger les biais. Ceci permet de contourner la situation de déni de leur perte d'autonomie dans laquelle les évaluatrices estiment qu'un tiers des personnes âgées sont. Ceci est évidemment vrai pour les enfants.

Dans certaines situations rencontrées lors de l'étude des représentations, la déception de l'utilisateur quant à l'aboutissement de sa demande peut venir du fait qu'il sous estime son niveau de perte d'autonomie pour réaliser certaines tâches. Cette situation est rencontrée plus souvent chez les personnes âgées qui sont dans une situation de déni. L'évaluateur apprécie de rencontrer alors une personne de l'entourage afin de valider les déclarations de l'utilisateur.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Le fils de Rosalie constate que sa mère a minimisé son niveau de perte d'autonomie lors de l'évaluation. Elle n'a pas abordé la question de l'accompagnement nécessaire lors de visites médicales (radiologie, dentiste). De fait, elle ne peut se rendre seule à ces rendez-vous.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général du Gers

Personne âgée, présentant un handicap psychique (démence frontale) et prise en charge à domicile.

La personne est un ancien SDF qui est hébergé par sa compagne depuis 3 ans. Il ne bénéficie d'aucune structure de suivi. La conjointe a d'abord été rencontrée seule à la coordination gériatrique puis l'évaluation à domicile a été organisée. L'évaluatrice a précisé que la rencontre s'est déroulée sous forme de questionnaire direct envers le tiers - le demandeur ne répondant pas aux questions bien que l'assistante sociale se soit adressée en priorité à lui.

Cas N°104 – Département des Yvelines.

Les évaluatrices estiment que si la présence du tiers est essentielle en termes d'éclairage et d'informations, le questionnaire direct de l'utilisateur n'a pas la même portée que le questionnaire de l'aidant : c'est la parole de l'utilisateur contre l'interaction entre l'évaluateur et la personne évaluée.

Le risque est notamment de donner une importance trop significative à la parole de l'aidant.

⁴⁵ Définition de la complexité traitée question 1 partie 1

B. L'action des évaluateurs pour prendre en compte la volonté de l'utilisateur

Plusieurs leviers sont mis en place par les évaluateurs pour garantir le respect des souhaits et des attentes de la personne évaluée. Si cela permet de répondre au souci d'individualisation, cela pose le problème de l'équité de traitement entre les demandeurs ainsi que du périmètre de l'individualisation. Pour répondre à ces attentes, deux pistes de solution ont émergées lors de notre étude :

- La mise en place d'outils d'aide à la décision en vue de lisser les pratiques
- L'organisation de communautés épistémiques – réunions entre évaluateurs permettant d'échanger sur les pratiques entre évaluateurs mais également entre différents départements.

L'étude de terrain nous a permis de dégager certains leviers dont disposent les évaluateurs pour respecter le principe d'individualisation. Parmi eux :

- La manière de conduire l'évaluation (Rencontre /sur dossier)
 - La technique d'évaluation (Déclaratif/observation)
 - La recherche d'informations en amont et /ou le recueil d'informations auprès d'une tierce personne
 - La prise en compte de la situation personnelle de la personne
- **La manière de conduire l'évaluation : avec rencontre/sur dossier**

Selon une étude menée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Ministère de la santé), l'élaboration du plan d'aide consiste à identifier les besoins à partir d'une proposition initiale. L'étude se focalisant sur les personnes âgées met en avant que pour cette population, la proposition peut être initiée « par l'assistante sociale, soit à travers une discussion prenant davantage en compte les souhaits de la personne âgée et de son entourage, et parfois en concertation directe avec les services d'aide à domicile ⁴⁶».

L'étude des représentations conduite par TNS relève un biais induit par l'évaluation avec rencontre de la personne – la situation d'intrusion et de rupture d'intimité ressentie par les usagers.

Le vécu négatif lié à un sentiment d'intrusion est une situation rencontrée par certaines personnes âgées. L'évaluateur s'immisce dans l'intimité de l'utilisateur, et selon le comportement individuel de l'évaluateur, cette intrusion peut être mal vécue par la personne.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Guy, 85 ans, n'a pas apprécié la façon de faire de l'évaluateur qui est venu chez lui dans un souci de vérifier si le travail de son aide ménagère était réalisé correctement. Par la suite, l'évaluateur a vérifié ses comptes bancaires. C'est une réelle intrusion dans son intimité, et dans sa relation avec son aide ménagère.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH des Ardennes

Selon les évaluatrices, la rencontre en face à face avec le demandeur a trois avantages :

⁴⁶ Etudes et Résultats, Etude N° 461 de janvier 2006, DREES – Arnaud Campeon et Blanche le Bihan

- Elle permet de mieux cerner l'état et les besoins du demandeur pris dans son environnement quotidien en créant un climat de confiance. Le demandeur se livre au fur et à mesure et a tendance à ne pas oser faire part de toutes ses difficultés. Elle peut parfois faire émerger d'autres besoins qui n'avaient pas été formulés. C'est le moment de se rendre compte du champ des possibles;

Lors des visites réalisées à domicile dans le cadre d'une évaluation des besoins d'une personne âgée, le temps consacré par l'évaluateur est ressenti par l'utilisateur comme positif. Un lien de confiance se crée entre l'utilisateur et l'évaluateur durant l'entretien.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

Henriette, 95 ans, a apprécié le moment passé avec l'infirmière du Conseil Général lors de l'évaluation de ses besoins. Elle l'a trouvée à l'écoute, essayant de bien comprendre ses besoins au quotidien. La visite a duré 1h30, c'est le temps jugé nécessaire par l'évaluatrice pour tisser des relations afin que la personne ait confiance et puisse exprimer ses besoins sans retenue.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Ardennes

- D'autre part, elle permet d'adapter le plan d'aide et le cas échéant la demande en fonction de la situation observée ;
- Enfin, elle permet de répondre au risque d'asymétrie d'information⁴⁷/ risque de carte territoire/non prise en compte de l'ensemble des besoins de l'utilisateur. Ceci permet de contrer deux risques :
 - L'asymétrie d'information due au fait que le demandeur livre rarement l'ensemble des informations qu'il détient voire se met dans une situation de déni de sa situation (ex : personnes âgées) ;
 - L'incertitude des informations transmises dans le dossier de demande.

Le volet de l'étude mené par TNS a permis de mettre en lumière la situation de déni et d'acceptation dans laquelle les personnes âgées peuvent être.

Les personnes âgées sont moins revendicatrices dans la mesure où elles semblent, dans la majorité des cas observés, animées par un souci d'économie collective. De plus, elles ne connaissent pas toujours leurs droits. Lors de l'évaluation, elles ne vont donc pas exprimer des demandes d'aides précises. Elles semblent davantage être dans une démarche d'acceptation.

Illustration : Personne âgée à domicile

Yolande, a 85 ans et vit avec son mari à domicile. Ce sont d'anciens ouvriers. Ils n'expriment pas de tendance forte à la revendication. Ils ne veulent pas coûter cher au système collectif. Les aides qui leur sont proposées sont satisfaisantes à leurs yeux.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Yvelines

⁴⁷ Idée développée par le Professeur Jean-Michel Saussois, Professeur en théorie des organisations, mobilisé en tant qu'expert dans le cadre de notre étude.

Les professionnels veillent à prendre le maximum de temps avec l'utilisateur pour passer **d'un traitement de la demande à une analyse des besoins**. Ils tentent de lui apporter, en plus des informations que la personne attend, toutes celles qui pourraient lui être utiles. Toute demande conduit donc à des questions annexes. Les professionnels creusent la demande initiale par le biais de questions structurées. Divers outils sont mobilisés : l'enquête terrain nous montre que si l'outil GEVA est utilisé par les ¾ des MDPH répondantes, il n'est mobilisé que de manière partielle. Selon les évaluateurs, il n'est pas adapté à certains handicaps (dont le handicap psychique) ou aux enfants. Des guides d'entretien sont élaborés soit par les coordonnateurs des équipes soit par les évaluateurs directement. De même pour les Conseils généraux pour lesquels un tiers des répondants au questionnaire ont affirmé se limiter à l'utilisation de la grille AGGIR pour l'évaluation des besoins.

C'est pourquoi et toujours selon les évaluateurs, la temporalité de l'évaluation a son importance car elle permet de gagner la confiance de l'utilisateur et d'aborder avec lui les différents aspects. Les évaluateurs estiment qu'il est difficile de mener une évaluation inférieure à 1h et qu'idéalement, deux visites consécutives devraient dans la mesure du possible être organisées pour valider leur ressenti et/ou l'affiner. Ceci est notamment le cas, comme nous l'avons vu à travers les facteurs organisationnels pour les départements du Gers et des Yvelines.

Cependant, l'étude menée a relevé un risque : si l'évaluation avec rencontre permet de faire émerger des besoins non exprimés, les évaluateurs ne sont pas toujours en mesure de répondre à ces besoins du fait de l'inadéquation avec l'offre territoriale. Les évaluateurs rencontrés avouent évaluer en fonction des moyens disponibles quitte à s'autocensurer.

▪ **La technique d'évaluation (Déclaratif/Observation)**

Les évaluateurs peuvent choisir de mener l'entretien sous la forme de questionnement direct (déclaratif) ou d'observation. Plus de la moitié des demandeurs rencontrés de notre échantillon a été évaluée sur de l'observation. Si l'étude menée nous fait penser que la technique adoptée dépend de chaque évaluateur, elle nous a permis de mettre en lumière trois types de situation :

- La lourdeur du handicap et/ou l'âge avancé du demandeur qui ne nécessitent pas de mise en situation.
- Le souci de s'assurer des capacités de l'utilisateur, notamment dans le cas de personnes âgées qui ne reconnaissent pas leurs difficultés.
- L'utilisation alternée des deux techniques (déclaratif et observation).

Personne âgée vivant à domicile et présentant des troubles psychiques.

La demande déposée est une demande d'APA. Le médecin a structuré son évaluation en deux parties : La cotation de la grille AGGIR qui s'est faite sur du déclaratif. Le médecin a cherché à établir ce que la personne faisait réellement et non ce qu'elle était en capacité de faire ou non; l'examen médical en revanche a permis de déterminer ce que la personne était en capacité de faire.

Cas 3 - département de l'Ille-et-Vilaine.

Cependant et d'une façon générale, l'étude des 124 cas nous montre que la majorité des personnes âgées rencontrées a été évaluées sur du déclaratif. Cette tendance est moins systématique dans le cas des personnes handicapées. Selon les évaluatrices, il est souvent plus délicat de mettre en situation des personnes handicapées. Dans ce cas, la présence d'une tierce personne est positive et jugée nécessaire.

▪ **La prise en compte de l'historique du dossier**

La présence d'une demande détaillée, pouvant comprendre l'historique du dossier ou des comptes rendus transmis par les différentes structures de suivi permet à l'évaluateur d'avoir une idée plus fine sur la situation et les besoins de l'utilisateur.

Si le dossier n'est pas suffisamment fourni, il appartient à l'évaluateur de rechercher des informations complémentaires soit auprès des structures de suivi soit auprès d'une proche du demandeur. Pour les personnes handicapées et comme nous l'avons vu plus haut, la recherche d'informations complémentaires se fait surtout auprès des structures de suivi ; pour les personnes âgées, les tiers/aidants sont souvent sollicités.

Enfant présentant un handicap moteur et pris en charge à domicile.

L'enfant a bénéficié d'une prise en charge par un CAMPS jusqu'à l'âge de ses 6 ans. Il est actuellement toujours suivi par l'ergothérapeute du CAMPS ainsi que par une enseignante référente.

L'évaluatrice reconnaît que le dossier transmis dans le cadre de la demande d'AAE était relativement complet. L'enfant ayant déjà fait plusieurs demandes auprès de la MDPH, le dossier contenait l'historique des demandes ainsi que les comptes-rendus de l'équipe de scolarisation et de l'ergothérapeute du CAMPS.

Les évaluatrices estiment que plus le dossier est détaillé et plus l'équipe pluridisciplinaire peut apprécier l'état de la personne, son évolution et/ou sa détérioration et en déduire les conséquences en termes de compensation à apporter.

Cas N°15 - Département d'Indre et Loire

- La recherche d'information auprès du demandeur en l'invitant à la Commission pour qu'il puisse faire part de ses attentes.

Enfant, présentant un handicap psychique et pris en charge en établissement.

Le dossier du demandeur a été transmis en l'équipe pluridisciplinaire 'Enfance' qui, dans le cadre d'une première réunion et compte tenu de la complexité du dossier (absence du type d'orientation requise dans le département) a décidé de présenter le dossier dans le cadre de la Commission d'Evaluation Locale de l'enfant (CELE). Le demandeur a été invité à participer à cette Commission pour expliquer sa situation et faire part de ses attentes.

Cas N°11- Département de la Marne.

- Le recueil d'informations auprès d'un tiers/proche via un entretien téléphonique ou une rencontre:

Adulte présentant un handicap mental et pris en charge en établissement (MAS).

Le demandeur était pris en charge par sa maman à domicile jusqu'en 2006, date à laquelle elle a intégré une MAS, sa mère n'étant plus en mesure de s'occuper d'elle. La situation est étudiée dans le cadre d'une demande de PCH, sollicitée afin de compenser l'arrêt du financement des transports entre la MAS et le domicile et d'assister la mère au moment des retours à domicile.

Le dossier ne comprenant pas les éléments suffisants, l'évaluatrice s'est entretenue lors d'un appel téléphonique de deux heures avec la sœur de la personne et a abordé les sujets suivants : L'historique de la prise en charge ; les activités quotidiennes de la personne et ses besoins et passer en revue des sujets de la grille GEVA

Cas N°78 – Département des Alpes Maritimes.

- La recherche d'informations auprès d'une structure de suivi

Enfant handicapé moteur et pris en charge à domicile.

Le dossier de l'enfant fait part d'une situation d'exclusion d'un certain nombre d'activités scolaires. Le dossier n'étant pas suffisamment instruit sur ce point, les évaluatrices décident de prendre contact avec l'enseignant référent pour obtenir des informations complémentaires.

Cas N°25 – Département de l'Indre et Loire

▪ **La prise en compte de la situation personnelle de l'utilisateur**

Si la loi de 2002⁴⁸ donne des droits aux usagers et pose le principe de respect de leur volonté, l'individualisation doit-elle prendre en compte les particularismes propres à chaque situation ? L'étude des 124 situations laisse pressentir que les professionnels étendent l'évaluation à la situation personnelle du demandeur quand celle-ci a un impact sur son degré d'autonomie ou ses besoins.

⁴⁸ Loi du 2 janvier 2002

Plusieurs éléments peuvent avoir une influence sur la réponse qui sera apportée à l'utilisateur :

- **Les habitudes et le style de vie du demandeur**

Personne handicapée vieillissante, vivant à domicile et présentant un handicap mental.

La personne, est sédentarisée mais fait partie des gens du voyage. Elle est prise en charge par sa nièce. La demande déposée est une demande d'APA.

Lors de leurs évaluations, les évaluatrices ont longuement échangé avec la famille pour bien cerner les besoins et notamment ceux relatifs aux données culturelles. Les gens du voyage ne déjeunant pas le midi, l'aide humaine pour la préparation des repas devra donc se concentrer sur le matin et le soir.

Cas N°71 – Département du Gers.

- **La pathologie cyclique ou évolutive**

Dans le cas de demandeurs qui présentent des pathologies cycliques ou évolutives, le plan d'aide, pour être parfaitement adapté doit également s'adapter soit aux différentes évolutions fréquentes ou pressenties. L'identification d'une pathologie entraînant une aggravation rapide des besoins peut avoir une influence sur le plan d'aide formulé.

Enfant, présentant un handicap moteur et pris en charge à domicile.

Le demandeur présente une pathologie cyclique qui l'empêche à certains moments de sa maladie d'être en contact avec l'extérieur. L'enfant a besoin de la présence d'un tiers mais pas à 100%.

Cas N°26- Département de l'Indre et Loire.

Personne âgée vivant à domicile et présentant un handicap moteur.

Le demandeur présente une pathologie évolutive et grave qui limite son autonomie au niveau des déplacements, pour la toilette et l'habillement. L'évaluation s'est déroulée à domicile en présence d'un aidant. L'évaluatrice ne connaissait pas la pathologie mais par le biais des questions, elle a pu saisir le caractère évolutif et en déduire les aides nécessaires. Un plan d'aide a été préconisé en modalité mandataire, ce qui permet à la personne de bénéficier de plus d'heures et d'anticiper les besoins d'aide croissante.

Cas N°1 – Département d'Indre et Loire.

- **L'extension du plan d'aide à l'aidant**

L'aidant a pour les évaluatrices un rôle important : source d'information sur le degré d'autonomie réelle de l'utilisateur, accompagnateur du demandeur dans la formulation de sa demande, soutien du demandeur au quotidien, il nécessite parfois d'être pris en compte dans le cas de pathologies lourdes. Dans ce cas, les évaluatrices étendent le plan d'aide car il est essentiel de préserver et de soulager l'aidant en lui préservant des plages horaires. Selon les évaluateurs rencontrés, un aidant très impliqué est souvent en recherche d'un appui technique extérieur.

Adulte présentant un handicap moteur et prise en charge à domicile.

La personne est aidée par son fils mais qui souhaite se désengager au fur et à mesure et être aidé. L'évaluatrice de la MDPH a préconisé une augmentation du nombre d'heures à domicile pour soulager l'aidant familial et compenser son retrait. Il y a donc eu prise en compte des besoins de l'utilisateur mais également de ceux de l'aidant.

Cas N°24 – Département de l'Indre et Loire.

Les évaluateurs peuvent également être amenés à prendre en considération le tiers quand la lourdeur de la pathologie du demandeur a des répercussions sur l'état de ce dernier.

Adulte vivant à domicile et présentant une déficience motrice incomplète du fait d'une maladie évolutive.

Le demandeur habite avec son fils de 13 ans. L'évaluatrice a, en plus des besoins du demandeur, évalué les besoins relatifs à l'accompagnement à la vie sociale notamment pour les périodes de vacances scolaires.

L'évaluatrice a préconisé un suivi par un centre médico-psychologique pour la maman ainsi que la mobilisation de la guidance infantile pour prévenir tout risque de fragilité de l'enfant.

Cas N°67 – Département du Gers.

* * *

CONCLUSION

Ainsi, dans un souci de placer le demandeur au centre du dispositif, la législation a introduit le principe d'individualisation. L'objectif est de permettre à l'utilisateur d'exprimer ses attentes, ses souhaits et à travers l'évaluation, de vérifier la conformité de sa demande à ses besoins. Le

cas échéant, l'évaluateur pourra être amené à dépasser la simple demande pour traiter la situation dans son ensemble⁴⁹.

Deux facteurs participent de cette prise en compte de la volonté de l'utilisateur : Le demandeur a plusieurs leviers, dont le projet de vie, pour formuler ses besoins de façon précise. De l'autre côté, l'évaluateur à travers notamment les techniques d'évaluation (Rencontre/Dossier ; déclaratif/Observation ; Temporalité de l'évaluation) peut approcher au plus près des besoins du demandeur.

Plusieurs limites existent et nuisent au respect du principe d'individualisation. Parmi elles, l'importance toute relative donnée au projet de vie, qui ne permet pas aux évaluateurs de saisir directement les attentes de l'utilisateur ; la charge de travail des évaluateurs perçue comme un frein à l'affinement de la demande et à la réalisation de longues évaluations ; ou encore l'inadéquation entre les besoins identifiés et l'offre territoriale qui conduit les évaluateurs à s'autocensurer.

⁴⁹ Le thème de l'évaluation globale/multidimensionnelle sera traité dans la question 1

7. Analyse détaillée de la question : Comment s'articulent les différents acteurs de l'évaluation ?

I. Modalités d'articulation entre les différents acteurs de l'évaluation

- A. Les réseaux formels
- B. Les réseaux informels

II. Quelles relations entre les différents partenaires de l'évaluation ? Pratiques favorisant ou entravant une bonne articulation des acteurs de l'évaluation

- A. La transmission d'informations : un échange souvent perçu comme insatisfaisant
- B. Le pilotage du réseau partenarial
- C. Le positionnement relatif des partenaires les uns par rapport aux autres : quel rôle pour chacun des acteurs ?
- D. Le L'accompagnement spécialisé à la formulation des demandes dans les MDPH
- E. Le L'accompagnement spécialisé à la formulation des demandes dans les MDPH

Annexe - TYPOLOGIE DES RELATIONS PARTENARIALES

Alors que les MDPH et les Conseils généraux assurent principalement l'évaluation des besoins permettant l'ouverture des droits aux personnes en situation de perte d'autonomie, d'autres acteurs réalisent des évaluations au cours de leur activité d'information et d'orientation (pré-évaluation et détection des besoins pour les CLIC et les CCAS) ou de leur activité de suivi (les structures et établissements médico-sociaux, hospitaliers,... constituent des évaluateurs de la situation quotidienne des personnes et de leur évolution).

La prise en compte de cette dimension multiple et itérative de l'évaluation des besoins semble fondamentale pour comprendre la nécessité d'une articulation des différents acteurs présents sur un territoire : détenteurs de logiques d'évaluation différentes et producteurs *de facto* d'informations diverses et complémentaires concernant la situation des personnes, leur mise en relation semble être une condition de base pour que les pratiques d'évaluation des besoins aient une dimension réellement globale et pluridisciplinaire.

Cette nécessité a bien été prise en compte par les lois du 20 juillet 2001 et du 11 février 2005 qui ont confié aux Conseils généraux et Maisons départementales des personnes handicapées, les missions de coordination du dispositif de compensation, d'animation du réseau de partenaires et de suivi de la mise en place des plans d'aide et des plans de compensation établis en faveur des personnes en situation de perte d'autonomie. A ce titre, ils constituent les instances vouées à garantir la qualité de cette articulation au niveau départemental.

Afin de remplir l'ensemble de leurs missions, les Conseils généraux et les MDPH ont donc établi des relations partenariales et ont adopté des schémas d'échange d'information plus ou moins formalisés avec ces partenaires, en charge de l'orientation et/ou du suivi des personnes en perte d'autonomie (structures intervenant à domicile ou établissement).

Dans ce cadre, l'objectif de cette section est double. Dans un premier temps, nous chercherons à expliquer les modalités d'articulation des différents acteurs de l'orientation, de l'évaluation et du suivi des personnes qui ont pu être identifiées au cours de cette étude. Nous distinguerons pour cela les « réseaux » (ou partenariats) formels (externalisation des évaluations, conventionnement pour bénéficier d'expertises de façon ponctuelle, réunions de coordination de secteur organisées dans une optique d'animation de réseau) des « réseaux » (ou partenariats) informels (« réseaux » professionnels, participation d'autres évaluateurs aux évaluations réalisées par le Conseil général ou la MDPH).

Dans un deuxième temps, nous chercherons à identifier les pratiques qui semblent faciliter ou, à contrario, constituer des écueils à une bonne articulation entre acteurs de l'évaluation. Celles-ci relèvent de la mise en place de structures de coordination, de stratégies d'accompagnement à la formulation des demandes ou d'animation de réseau et de gestion des flux d'informations.

III. Modalités d'articulation entre les différents acteurs de l'évaluation

L'articulation entre acteurs de l'évaluation dans les différents départements est perçue par les Conseils généraux comme plutôt satisfaisante : sur 75 Conseils généraux ayant répondu à l'enquête quantitative, 85% ont affirmé être tout-à-fait ou plutôt satisfaits de la coordination existante entre les acteurs responsables de l'évaluation dans leur département. La même satisfaction se retrouve côté MPDH : sur 52 MDPH répondantes, 76% ont affirmé être très satisfaites de la coordination entre les différents acteurs de l'évaluation dans le département.

L'enquête qualitative menée auprès des 11 départements conforte cette perception : les échanges entre les différents acteurs sont plutôt fréquents et les réseaux partenariaux existent dans tous les départements visités à des degrés de formalisation différents.

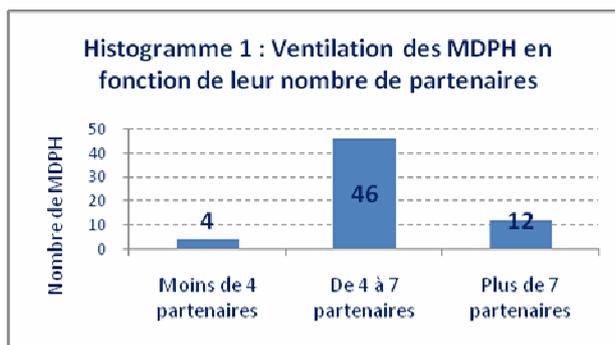
La nature des relations établies entre acteurs ne relève en effet pas toujours du même degré de formalisation : la fréquence et la standardisation des échanges sont très variables et peuvent se situer sur une échelle allant du simple échange ponctuel d'informations téléphoniques sur un cas individuel, à l'externalisation des évaluations par les Conseils généraux ou les MDPH, dans le cadre de cahiers des charges précis.

Les domaines de travail abordés dans le cadre de ces relations sont aussi divers, mais de manière générale, il est possible de dégager trois grandes thématiques : (i) les relations afférentes à la fonction d'évaluation des besoins dans le cadre de l'élaboration des plans d'aide/compensation ; (ii) les relations concernant les activités d'information et orientation des publics (préliminaires à l'évaluation effectuée par les Conseils généraux et MDPH) et (iii) les activités concernant le suivi des personnes évaluées. Ces deux dernières thématiques seront abordées sous l'angle de leur articulation avec la phase d'évaluation des besoins réalisée par les Conseils généraux et les MDPH afin de mettre en lumière la façon dont elles nourrissent ou, a contrario, peuvent constituer un facteur d'entrave à l'évaluation des besoins.

A. Les réseaux formels

Le terme de « réseau formel » fait référence aux coopérations, réunions et échanges d'informations systématiques entre un groupe d'acteurs prédéfini, dans un cadre formalisé.

D'après les observations de terrain et les enquêtes quantitatives la formalisation des partenariats mis en place par les Conseils généraux est plutôt faible : seuls 21 des 75 Conseils généraux ayant répondu à l'enquête quantitative ont affirmé faire appel à des partenaires pour la réalisation des évaluations. En revanche, la quasi-totalité des MDPH répondantes déclare faire appel à des partenaires pour la réalisation des évaluations. Dans la majorité des cas, ces relations partenariales sont multiples : 58 MDPH sur les 67 répondantes disposent d'au moins quatre partenaires



Base : 67 MDPH répondantes

De plus, l'analyse des organisations et les monographies de terrain nous ont permis de constater qu'une distinction peut être faite entre la nature des relations partenariales établies par les Conseils généraux et celles des MDPH. Si les MDPH mobilisent des partenaires pour la mise en place d'actions d'évaluation des besoins, les Conseils généraux, eux, n'ont pas recours à ce type de partenariat formel, mais les cantonnent à des activités d'information/orientation des personnes âgées et à leur suivi.

a. Les réseaux formels mis en place pour évaluer

L'évaluation des besoins dans le cadre des demandes formulées au Conseil général ou à la MDPH est une activité qui reste majoritairement du ressort de ces acteurs. L'externalisation de la totalité des évaluations et les conventions visant la reconnaissance mutuelle des évaluations faites par d'autres acteurs sont de ce fait peu fréquentes.

En revanche les pratiques d'externalisation partielle de l'évaluation ou de participation des partenaires à l'évaluation des besoins et à la définition des plans de compensation dans le cadre d'instances pluridisciplinaires sont plus courantes, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins d'insertion scolaire et d'orientation professionnelle par les MDPH.

- La déconcentration de l'activité d'évaluation des besoins par les Conseils généraux ou les MDPH

Seul un département parmi ceux visités a effectué le choix organisationnel d'externaliser la totalité des évaluations. Le département des Yvelines a choisi d'organiser la fonction d'évaluation sur une base déconcentrée (aussi bien le Conseil général que la MDPH).

Le Conseil général des Yvelines a souhaité organiser un parcours avec la plus grande proximité pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les missions de CLIC niveau 3, d'évaluation des demandes APA, de lutte contre la maltraitance et d'articulation avec le réseau de santé ont donc été confiées à des gestionnaires qualifiés par territoire gérontologique. Le département est découpé en 11 territoires gérontologiques, avec un gestionnaire par territoire, appelé « coordination gérontologique ». Cette organisation traduit le souhait de mutualiser les services en créant une porte d'entrée unique pour l'utilisateur. Elle a été mise en place avant le texte créant les CLIC.

Afin de garantir la qualité et la cohérence des évaluations effectuées des formations et un accompagnement des équipes médico-sociales ont été mis en place (repères pour les aides techniques envoyés aux coordinations, réunions pour définir des objectifs communs et harmoniser les pratiques. L'objectif est de rendre un même service sur tout le territoire, même si les différences de gestion sont, aux yeux du Conseil général, source de richesse et de diversité, chaque gestionnaire s'organisant comme il le veut.

Etude des organisations – CG 78

La MDPH 78 s'est elle aussi progressivement structurée sur une base territoriale, dans un même souci de proximité avec les demandeurs. Les 7 « coordinations handicap locales » qui maillent le département sont chargées de l'ensemble du traitement des demandes formulées par les personnes handicapées adultes, évaluation incluse. Elles ont leurs propres équipes pluridisciplinaires locales. Réservée aux adultes pour le moment, cette organisation territoriale devrait être étendue aux enfants en 2009.

Etude des organisations – MDPH 78

- **L'externalisation des évaluations par les Conseils généraux et les MDPH**

Bien que peu nombreux, quelques départements ont mis en place une externalisation de l'évaluation des besoins. De manière générale, ces expériences ont été mises en place dans la perspective soit de bénéficier d'une compétence manquante dans les équipes d'évaluation propres au Conseil général ou à la MDPH, soit de remédier à une charge de travail très importante.

- Externalisation afin de remédier à une charge de travail importante : Quelques départements ont fait appel à des évaluateurs externes à la MDPH ou au Conseil général afin de pallier des manques en termes de ressources compétentes. D'après les résultats de l'enquête quantitative, cette pratique a surtout lieu dans les Conseils généraux afin de renforcer les compétences médicales (3 départements sur 21) et paramédicales (1 département) des équipes d'évaluation.

Le Conseil général du département des Alpes-Maritimes a établi des conventions avec des médecins libéraux afin qu'ils réalisent l'évaluation des besoins des demandes d'APA. Ils sont mobilisés lorsque l'afflux de demandes au Conseil général est très important. Cette pratique, qualifiée par le Conseil général comme de grande utilité pour décharger les équipes, nécessite cependant une formation régulière des médecins à l'outil AGGIR et la démarche d'évaluation. 163 médecins ont été formés aux outils. Parallèlement à ce dispositif, le Conseil général a par ailleurs mis en place :

- une convention de mutualisation avec les services sociaux de la CRAM pour éviter une double évaluation CRAM-CG lors des sorties d'hospitalisation ;
- une mutualisation avec les réseaux de santé pour essayer d'éviter la redondance. Soit le Conseil général transmet aux réseaux l'évaluation faite, soit c'est l'inverse.

Etude des organisations, Conseil général des Alpes Maritimes - 06

Le Conseil général du Finistère a mis en place des partenariats avec l'ensemble des médecins libéraux du département. Tout demandeur d'APA peut s'adresser à son médecin généraliste (rémunéré par le Conseil général) pour que ses besoins soient évalués dans le cadre d'une demande d'APA. Le médecin traitant établit le « girage » qui est ensuite validé par le médecin territorial du Conseil général. Une visite à domicile a ensuite lieu pour élaborer le plan d'aide. C'est un travailleur social ou une infirmière qui se déplace. De facto, ce système mène à une double évaluation, d'où une remise en cause probable de ce système. Les médecins traitants conventionnés n'ont pas suivi de formation spécifique.

Groupe de travail de Rennes

- Externalisation des évaluations afin de bénéficier d'une compétence manquante dans les équipes propres du Conseil général / de la MDPH : Bien que beaucoup moins fréquente, cette pratique a été retenue par certains départements afin de rendre plus spécialisés certains types d'évaluations.

La MDPH des Alpes Maritimes a ainsi décidé de confier l'évaluation des demandes de PCH de toute personne présentant un handicap moteur à l'APF.

Etude des organisations, MDPH 06

Du fait de l'absence d'ergothérapeutes dans les équipes du Conseil général d'Ille-et-Vilaine, celui-ci confie les évaluations APA de retour au domicile après hospitalisation à des ergothérapeutes d'associations telles que l'APF ou PACTARIM.

Etude des organisations, CG 35

La MDPH de la Marne a signé une convention avec le Service d'aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) de l'AGEFIPH pour l'évaluation dans le cadre de demandes de RQTH. L'évaluation est entièrement réalisée par le SAMETH, qui formule le plan d'insertion professionnelle pour la personne. L'ensemble des dossiers traités est renvoyé à la MDPH. La CDAPH valide les plans proposés. Aucune réévaluation des dossiers proposés n'est réalisée par la MDPH.

Etude des organisations, MDPH 51

- Conventions prévoyant la participation d'évaluateurs externes dans les évaluations réalisées par les MDPH

Les MDPH font aussi appel à des partenaires afin qu'ils participent à la réalisation des évaluations par leurs équipes, en particulier lorsque le type de problématique traitée demande un niveau de spécialisation poussé.

Il existe deux modalités de mobilisation des partenaires pour la réalisation d'évaluations avec les équipes de la MDPH :

- 1. La constitution d'équipes pluridisciplinaires élargies à d'autres partenaires :** 6 départements parmi les 11 visités ont adopté cette modalité d'évaluation (Ardennes, Vienne, Marne, Sarthe, Essonne et Yvelines). Il s'agit de l'organisation d'équipes spécialisées par âge (une équipe pluridisciplinaire « enfants » et une « adultes ») et/ou par type de demande, sollicitant la présence des représentants des établissements scolaires ou d'insertion professionnelle.

A la MDPH de la Marne, les demandes d'orientation professionnelle donnent lieu à une évaluation dans le cadre d'une Commission « Insertion professionnelle » qui a lieu 1 fois par mois. Elle est composée de :

- un représentant de l'AFPA,
- un représentant de l'ANPE,
- un représentant du service social de la CRAM,
- un représentant des missions locales,
- un représentant RMI,
- un responsable d'ESAT (Etablissement de Service et Aide par le Travail),
- un médecin de la MSA,
- et du médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

La Commission travaille strictement sur dossier, aucun entretien individuel (ni à domicile ni à la MDPH) des personnes n'est réalisé. Lors des cas difficiles, les personnes sont réorientées vers des partenaires afin de réaliser une deuxième évaluation. Cependant la majorité des plans

d'orientation sont établis directement par la Commission. Les dossiers traités sont transmis à la CDAPH.

La direction de la MDPH nous a indiqué souhaiter renforcer et élargir le travail d'évaluation de cette Commission par la rencontre des demandeurs à la MDPH, lors des sessions de la Commission.

Etude des organisations, MDPH 51

- 2. Les conventions prévoyant la participation des partenaires à l'évaluation des situations ponctuelles :** Il s'agit de la mobilisation d'associations spécialisées par type de handicap lors de l'évaluation des situations considérées comme « complexes »⁵⁰.

La MDPH des Ardennes a établi des conventions avec des structures disposant de compétences complémentaires à celles de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH afin qu'elles participent à la réalisation des évaluations de situations complexes concernant les différents types de handicap:

- *Centre de réadaptation fonctionnelle pour adultes de Charleville : pour l'évaluation des besoins des personnes adultes présentant un handicap moteur*
- *Centre de réadaptation fonctionnelle pour enfants de Warnecourt : pour l'évaluation des besoins des enfants présentant des problématiques de handicap moteur ou de polyhandicap*
- *EDPAMS Jacques Sourdille : évaluation de déficiences intellectuelles*
- *Centre d'audiophonologie et d'éducation sensorielle : évaluation des personnes présentant des handicaps auditifs et visuels*

Etude des organisations, MDPH 08

Bien que les évaluations des demandes d'APA par les équipes médico-sociales des Conseils généraux sollicitent aussi la présence d'autres partenaires, nous n'avons constaté aucun cas de conventionnement d'associations à cet égard. La mobilisation des partenaires pour la réalisation d'évaluations avec le Conseil général semble donc être ponctuelle et relever de ce fait des relations informelles (c.f. ci-dessous, partie sur les « réseaux informels »).

- **Evaluations réalisées sur la base d'autres évaluations fournies par des partenaires**

Le recours à des partenaires pour la réalisation d'une partie des évaluations ou pour la réalisation d'une pré-évaluation servant de base à celle effectuée par le Conseil général ou la MDPH semble être une pratique plutôt fréquente. L'étude des organisations et les monographies des cas nous ont permis d'identifier que le recours à cette pratique a lieu :

- **lors du traitement de certaines demandes d'aide nécessitant une mobilisation rapide**, le cas type étant l'évaluation des demandes d'APA en urgence par d'autres équipes. En général une première évaluation est donc établie par un partenaire en charge du suivi de la personne (SSIAD, SAAD, hôpital dans le cas d'un retour à domicile après hospitalisation...) et validée (sans réévaluation) par

⁵⁰ Sur la notion de « complexité » voir *Question 1 – Comment les acteurs répondent-ils à l'exigence d'évaluation globale ? – Partie 1.*

le Conseil général afin de déclencher la mise en place rapide des aides. L'évaluation du Conseil général n'est réalisée qu'après (généralement lorsque le délai légal de prise en charge par l'APA d'urgence de 2 mois touche à sa fin), afin d'évaluer l'évolution de la situation de la personne et de mettre en place un plan d'aide mieux adapté à ses besoins dans le cadre d'une demande d'APA « normale ».

Dans l'Indre et Loire, les associations d'aide à domicile et les services sociaux hospitaliers effectuent l'évaluation des demandes d'APA en urgence (envoi au Conseil général d'un dossier comprenant un certificat médical, une note sociale et le « girage ») pour l'ouverture rapide des droits. Dans les 2 mois suivant l'attribution, l'évaluateur du Conseil général refait par lui-même l'évaluation et formule la demande d'APA "normale".

Etude des organisations, CG 37

- **lorsqu'une expertise technique**, que la MDPH ou le Conseil général ne sont pas en mesure de fournir, **est requise**. En général, il s'agit de l'évaluation de certains types de handicap (notamment les handicaps sensoriels) ou de certains types de demandes, telle l'orientation professionnelle, pour lesquels le recours à un spécialiste du sujet permet de guider la MDPH ou le Conseil général dans la prise de décision.

Dans le Gers, une convention établie avec l'ANPE prévoit la transmission à la MDPH des évaluations faites par l'AFPA (pour le compte de l'ANPE) concernant les parcours de formation de travailleurs handicapés (faites par une psychologue). Ces évaluations servent de base à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pour réaliser sa propre évaluation des demandes d'orientation professionnelle.

Etude des organisations MDPH 32

- **lorsqu'un partenaire dispose d'une connaissance avérée de la situation de la personne** : c'est une pratique récurrente dans le cas des personnes disposant d'un suivi par un établissement ou par une structure d'aide à domicile.

Dans l'Indre et Loire, la MDPH a mis en place une procédure spécifique pour les évaluations de besoins dans le cadre de demandes de PCH aides techniques formulées par des personnes déjà inscrites en centre de rééducation ou accompagnées par des associations (SESSAD pour les enfants par exemple). Les essais sont faits en centre ou par les associations et les ergothérapeutes de la MDPH se basent sur les évaluations et les essais effectués par ces organismes et font une évaluation sur dossier. Ils estiment pouvoir faire confiance à l'évaluation faite par les ergothérapeutes extérieurs car ils ont l'habitude de travailler en réseau.

Etude des organisations, MDPH 37

Certains départements, comme les Alpes-Maritimes (MDPH), ont formalisé un modèle de compte-rendu d'évaluation pour les acteurs du suivi et réalisent des formations sur leur rédaction afin de favoriser l'harmonisation des pratiques. En effet, les évaluateurs de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH estiment qu'une analyse sur dossier efficace n'est possible que si les partenaires fournissant les différents éléments (sociaux, médicaux, psychologique,...) sont informés du type d'informations attendues par la MDPH. Le rôle d'animateur de réseau de la MDPH est, selon elle, une composante importante de sa capacité à traiter dans des délais acceptables et de manière objective les demandes qui lui sont adressées.

- **La reconnaissance mutuelle des évaluations de besoins dans le cadre des demandes d'APA**

Le dispositif d'aide aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie tel qu'organisé aujourd'hui, prévoit que les plans d'aide destinés aux personnes peu dépendantes (classements dans les groupes Iso-ressources 5 et 6) doivent être mis en place par les caisses de retraite des différents régimes, alors que ceux destinés aux personnes les plus dépendantes (classements Iso-ressources 1, 2, 3 et 4) sont du ressort des Conseils généraux, responsables de l'attribution de la prestation d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Dans la pratique il s'avère que tant les Conseils généraux que les caisses de retraite effectuent des évaluations de besoins sur la base de la grille AGGIR dans la perspective d'établir le classement Iso-ressources et de décider si la personne relève de leur dispositif.

Les observations de terrain nous ont permis d'établir que les personnes âgées sont souvent orientées vers les différents dispositifs d'aide par les CLIC et CCAS qui réalisent une pré-évaluation de la situation de dépendance de la personne. Quand cette phase d'orientation est absente, la réalisation de deux évaluations, l'une par le Conseil général et l'autre par leur caisse de retraite est fréquente (généralement une « pré-évaluation » par le premier acteur rencontré qui détecte que le niveau de dépendance de la personne ne lui permet pas de bénéficier de ce dispositif et renvoi le dossier à l'autre institution afin qu'elle évalue).

Ce doublon est d'autant plus fréquent, que la reconnaissance mutuelle des évaluations réalisées respectivement par les Conseils généraux et les caisses de retraite constitue une pratique peu fréquente. L'enquête quantitative réalisée montre que sur les 21 départements ayant répondu travailler avec des partenaires, seuls 8 ont affirmé avoir signé des conventions avec les différentes caisses de retraite et parmi eux, seuls 2 départements ont signé des conventions visant la reconnaissance mutuelle des évaluations réalisées sur la base de la grille AGGIR (le Conseil général de la Loire avec la CRAM et le Conseil général des Alpes Maritimes avec la CRAM et la MSA). En revanche, 5 départements ont établi des conventions visant une meilleure coordination de la répartition du travail entre ces deux institutions (envoi des dossiers des personnes dont une pré-évaluation semble montrer qu'elles ne relèvent pas du dispositif APA et doivent être évaluées par les caisses de retraite –Gir 5 et 6- et vice versa).

Le Conseil général de la Loire a ainsi signé une « convention de réciprocité visant à la reconnaissance mutuelle des évaluations sociales entre les caisses de retraite et le Conseil général (Evaluation GIR 1 à 4 faite par une caisse de retraite reconnue par le Conseil général et évaluation GIR 5 à 6 [faite] par le Conseil général reconnue par la caisse de retraite) ».

Questionnaire CG 42

b. Les réseaux formels mis en place pour orienter/aider à la formulation des demandes

- Les partenariats avec les CLIC et les CCAS

Mis en place par les Conseils généraux en tant que structures de proximité (échelon local) en charge des missions d'information, d'évaluation des besoins et de préconisation et suivi des plans d'aide pour les personnes âgées*, les CLIC constituent les partenaires naturels des

* Les missions des CLIC se déclinent en fonction du niveau de label qui leur a été donné : Niveau 1 (« informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux »), Niveau 2 (toutes les fonctions du niveau 1 plus « évaluer des besoins, élaborer un plan d'accompagnement ou un plan d'intervention »), Niveau 3 (toutes les fonctions des niveaux 1 et 2 plus « accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs, coordonner »).

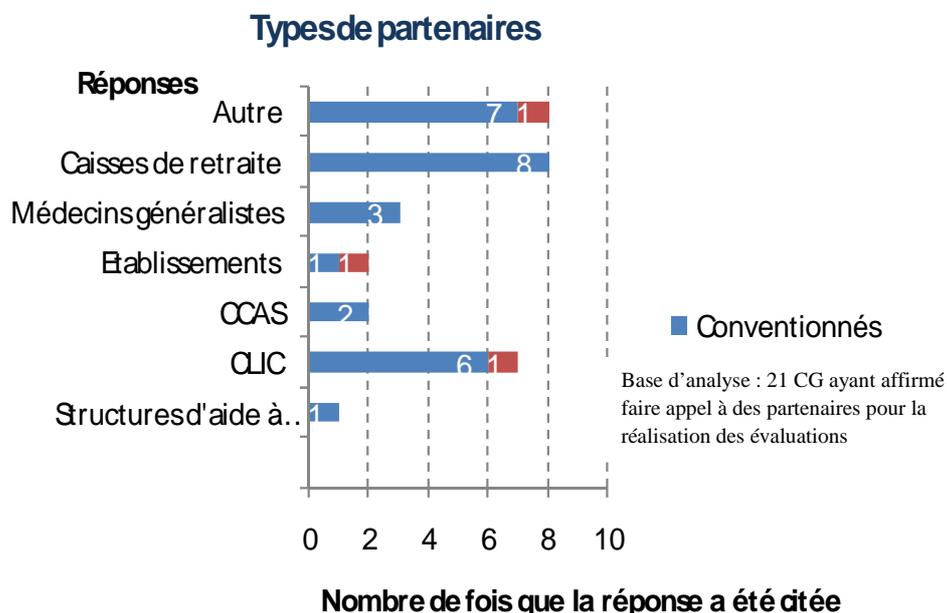
équipes médico-sociales des Conseils généraux. La circulaire DGAS/AVIE/2 du 18 mai 2001 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) prévoit ainsi qu'« *intrinsèquement rattachée à l'Allocation (APA) qui financera le plan d'aide adapté à la couverture des besoins qu'elle aura évalués, l'équipe médico-sociale doit trouver avec les CLIC un dispositif qui couvre, en amont de l'allocation, l'information sur l'accès aux droits et, en aval, la mise en œuvre coordonnée des prises en charge* ».

Malgré ces dispositions réglementaires, seuls 8 Conseils généraux sur 75 ayant répondu à l'enquête quantitative ont affirmé avoir établi des partenariats avec les CLIC, dont 4 seulement afin de leur confier des tâches d'évaluation des besoins dans le cadre des demandes d'APA.

Cependant l'enquête qualitative réalisée sur 11 départements nous a permis de constater l'existence de relations de travail régulières et assez formalisées entre les Conseils généraux et les CLIC dans 8 départements. Malgré l'existence de relations partenariales, il semblerait donc que la pratique de conventionnement entre les équipes médico-sociales des Conseils généraux et les CLIC soit marginale.

En ce qui concerne les CCAS, les relations de partenariat sont encore moins importantes. Seuls 2 Conseils généraux ayant répondu au questionnaire ont déclaré avoir établi des partenariats de travail avec les Centres Communaux d'Action Sociale pour la réalisation d'évaluations des besoins.

Nombre de partenariats établis par type de partenaire



- Nature des relations partenariales établies entre les Conseils généraux/MDPH et les CLIC et CCAS

L'enquête qualitative et l'étude des organisations réalisées nous ont permis de constater que les modalités d'organisation de l'activité d'évaluation (centralisée ou territorialisée) retenues par les Conseils généraux et les MDPH semblent avoir une influence sur la manière dont ces acteurs s'articulent avec les CLIC et CCAS.

Les Conseils généraux et MDPH ayant effectué le choix de la territorialisation ont souvent confié, en plus des activités d'accueil et d'orientation du public, la réalisation d'une partie ou de la totalité des évaluations des besoins aux CLIC.

Dans le Gers cette déconcentration concerne l'évaluation des besoins dans les territoires géographiquement les plus éloignés.

Etude des organisations – CG 32

Le département de la Vienne a établi des conventions avec les CLIC afin de leur confier la réalisation d'une partie des évaluations des besoins. Ainsi les équipes médico-sociales du Conseil général réalisent l'évaluation des besoins des premières demandes d'APA alors que l'évaluation des renouvellements a été confiée aux CLIC.

Etude des organisations – CG 86

Le cas des Yvelines est un peu particulier car le Conseil général a confié à la fois la mission CLIC (de niveau 3) et la mission APA aux « coordinations gérontologiques ». Celles-ci apportent donc la réponse la plus large possible à toute demande d'intervention. La double sollicitation est systématique : toute sollicitation qu'elle soit dans le cadre de la mission CLIC ou de la mission APA donne lieu à une réponse globale et une évaluation peut être mise en place en dehors de l'APA.

Etude des organisations – CG 78

De plus, dès lors qu'une territorialisation d'une partie de l'activité a eu lieu avec l'appui des CLIC, il est aussi fréquent de trouver des fonctions administratives créées au sein des Directions de l'Action Sociale des Conseils généraux ou des MDPH pour coordonner et piloter l'activité :

- La MDPH de la Seine-et-Marne a territorialisé les missions d'accueil et d'orientation via les CLIC. Le poste de « Chargé de mission développement territorial » a été créé au niveau central afin de fournir un soutien aux CLIC et d'organiser des formations à leur demande.

Pour les départements où les activités d'orientation du public et d'évaluation restent du domaine des MDPH et Conseils généraux les relations avec les CLIC et CCAS ont été établies dans la perspective de :

- Réaliser des réunions régulières avec ces partenaires afin d'effectuer le suivi des cas et discuter des situations difficiles à évaluer ou dont la mise en œuvre des plans d'aide s'avère difficile.
- Proposer des guichets de proximité (CCAS et CLIC) pour effectuer le retrait des dossiers de demandes d'aide et obtenir des informations concernant le dispositif.

- **L'animation du réseau d'évaluateurs par des acteurs différents des Conseils généraux ou des MDPH**

En dehors des relations de travail évoquées ci-dessus, il est nécessaire de souligner que, dans la plupart des départements visités, certains réseaux de type réseaux gérontologiques* ou réseaux de santé, ainsi que certaines associations, exercent un rôle majeur de coordination et d'articulation des différents acteurs du suivi et de l'évaluation des personnes âgées.

Cette activité qui implique ou non la participation des Conseils généraux et/ou des MDPH, comprend d'importantes initiatives d'animation de réseau qui semblent parfois sous-exploitées par ces derniers.

Nous avons constaté que dans la plupart des cas, ces instances sont à l'origine de l'organisation des **réunions de coordination de secteur** (réunissant des représentants des réseaux médicales et hospitaliers, des structures de suivi, des associations d'aide aux aidants, des Conseils généraux...) ; **des réunions de synthèse** organisées avec les évaluateurs afin de faire le point sur les cas les plus complexes à évaluer ou dont la mise en œuvre du plan d'aide s'avère difficile ou des **formations d'évaluateurs**.

- **Les permanences d'aide à la formalisation des demandes et l'identification des besoins**

Trois MDPH sur onze visitées lors de l'étude des organisations ont décidé de confier à des associations l'activité d'accueil, d'orientation des personnes et d'aide à la rédaction du projet de vie. Ces associations interviennent dans le cadre de créneaux de « permanence » à la MDPH. Ces MDPH ont affirmé avoir recours à cette pratique par manque de personnel suffisant pour pouvoir assurer cette activité :

- Dans la MDPH d'Ille-et-Vilaine, trois associations, disposant d'une permanence, accompagnent les bénéficiaires dans la formulation de leur projet de vie. Un partenariat a également été établi avec des travailleurs sociaux du secteur associatif (ADAPEI, APF, AFM) afin d'accompagner les demandeurs dans le choix du service/structure de prise en charge adéquate (la MDPH n'a pas suffisamment de travailleurs sociaux pour s'occuper de cet aspect).
- Deux associations assurent des permanences à la MDPH de la Marne où elles aident les bénéficiaires à remplir leurs dossiers de demande et établir leur projet de vie. Ces associations sont respectivement des spécialistes de l'insertion professionnelle et du handicap sensoriel, elles s'adressent donc en priorité à ces types de publics.

* Créés depuis 2000 par la MSA (Mutualité Sociale Agricole) en partenariat avec la CNAM et la CANAM, les Réseaux gérontologiques constituent des filières des soins qui articulent, sur la base du volontariat de tous les acteurs, une équipe pluridisciplinaire médicale et sociale travaillant en étroite concertation sous l'égide du médecin traitant pour prévenir ou limiter les hospitalisations et assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions des personnes âgées habitant en milieu rural. Actuellement existent 19 réseaux constitués et la MSA s'est fixé pour objectif la création d'une vingtaine de plus d'ici 2010.

- Alors que l'activité d'évaluation est de type centralisé, la MDPH de Seine-et-Marne a territorialisé l'activité d'accueil et d'information du public : ainsi, un premier niveau d'orientation et d'information des personnes est assuré par les Unités d'action sociale du département et les CCAS. Un deuxième niveau, d'accompagnement à la formulation des demandes, a été mis en place sur la base d'un partenariat avec des SAVS qui propose une aide à la définition du projet de vie dans le cadre d'entretiens individuels. Ces entretiens ont lieu au sein des locaux des services concernés.

c. Les réseaux formels mis en place pour favoriser le suivi

- Les réunions de synthèse

Les réunions de synthèse et de coordination réalisées au sein des équipes techniques des établissements, structures d'aide à domicile, ou organisées à l'initiative des CLIC et Réseaux gérontologiques avec les différents acteurs du secteur constituent la principale instance d'évaluation de la situation des personnes par les évaluateurs chargés de leur suivi au quotidien. Ces réunions sont d'autant plus importantes que la constitution des équipes de suivi des établissements est dans la plupart des cas de type pluridisciplinaire et que certaines structures, telles les réseaux gérontologiques, prévoient la réalisation de bilans de la situation de la personne par différents types de spécialistes (bilan médical, bilan social, bilan moteur, bilan psychologique, ...). De ce fait ils sont en mesure de fournir à la MDPH et au Conseil général des informations riches, issues des échanges pluridisciplinaires.

Dans certains départements, les Conseils généraux ont établi des relations partenariales formelles (même si pour la plupart non conventionnées) avec ces acteurs afin de participer à ces réunions. Dans plusieurs départements visités les Conseils généraux participent aux réunions de secteur (réunion de tous les acteurs intervenant dans le suivi des personnes âgées sur le territoire, généralement pour faire le point sur les situations difficiles), organisées à l'initiative des CLIC.

En Ille-et-Vilaine, les coordinations de secteur organisées par les CLIC sont l'occasion de discuter des situations problématiques une fois par mois avec les partenaires médicaux ou paramédicaux de terrain. Elles réunissent les responsables de SSIAD, de services d'aides à domicile et les équipes médico-sociales du Conseil général.

Etude des organisations - CG 35

Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique et ayant formulé une demande d'APA. Des réunions de synthèse ont lieu tous les mois entre l'accueil de jour et la coordination gérontologique, à l'initiative de cette dernière. Au cours de ces réunions sont passés en revue les dossiers d'un certain nombre de personnes (nouveaux accueillis, personnes parties, personne dont le cas particulier doit être abordé). La coordination ou l'accueil de jour demande de mettre à l'ordre du jour les dossiers de certaines personnes en fonction de l'évolution de leur situation. La réunion rassemble la coordination, les bénévoles de l'accueil de jour, le médecin coordonateur, le cadre infirmier de l'accueil de jour, ainsi que tous les professionnels qui y évoluent (psychologue, ergothérapeute, aide soignante).

Cas n°104 - Département des Yvelines

Reste à souligner que la coordination avec les partenaires pour la mise en place d'un suivi coordonné de la personne après la phase d'évaluation est une pratique fréquente dans le cas

des Conseils généraux mais très peu présente dans le cas des MDPH. Pour ces dernières, le suivi de l'évolution des personnes qui ont déjà été évaluées prend forme aujourd'hui presque exclusivement lors de l'évaluation des demandes de révision ou de renouvellement des plans.

- **La transmission systématique d'informations issues des réunions de coordination/de synthèse faites par les structures de suivi :**

Cette pratique semble constituer la principale modalité d'accès à ces informations par les MDPH qui participent rarement à ces réunions.

La principale modalité de transmission à la MDPH des synthèses et comptes-rendus portant sur la situation des personnes évaluées par des établissements est le dossier de demande d'aide lorsque la MDPH demande ces documents en tant que pièces constitutives du dossier.

Par ailleurs, les structures de suivi des travailleurs handicapés (milieu ordinaire et adapté) et les établissements éducatifs et de suivi d'enfants en milieu protégé de certains départements transmettent de manière presque systématique les comptes-rendus issus de leurs réunions de synthèse et des équipes de suivi de scolarisation à la MDPH. A cet égard le rôle de coordination exercé par l'Inspection académique (par le biais de l'enseignant référent) doit être souligné.

Demande de renouvellement d'orientation en établissement pour un enfant de 6 ans présentant un handicap psychique. La transmission systématique des comptes-rendus des équipes de suivi de scolarisation et des comptes-rendus issus des réunions de synthèse réalisés par l'ITEP ont permis à la MDPH de reconstituer l'historique de la situation de la personne, malgré un changement de secteur éducatif (et donc d'enseignant référent) plutôt récent.

Cas n°12 – Département de la Marne

Cette pratique est en revanche peu fréquente en ce qui concerne le suivi des personnes âgées vivant en établissement par les Conseils généraux. Un certain nombre de Conseils généraux ont d'ailleurs mentionné la difficulté pour eux de suivre les personnes en établissement, leur intervention dans ce domaine tenant principalement du contrôle du « girage ».

B. Les réseaux informels

Par « réseau informel » nous entendons les échanges ponctuels (réunions, échanges téléphoniques, ...) qui ont lieu entre évaluateurs en fonction des cas. Le contact entre professionnels est dans la plupart des cas facilité par l'existence préalable à l'intervention de relations personnelles entre les acteurs concernés.

La contribution des relations informelles aux activités d'évaluation des besoins et suivi des personnes en situation de perte d'autonomie semble incontestable. Ainsi, 28 des 70 Conseils généraux interrogés déclarent contacter régulièrement les structures d'aide à domicile afin d'obtenir des précisions ou des compléments d'information. Ils sont également 22 (sur 71 répondant) à demander régulièrement des informations complémentaires aux médecins traitants.

- **Les réseaux professionnels**

La communication informelle entre professionnels de la même discipline constitue une pratique très fréquente. Les évaluateurs ont de manière générale la perception que l'appartenance au même groupe professionnel facilite le premier contact et l'échange d'informations par la suite. Ce constat est très important dans les cas des professions médicales ou paramédicales (tels les médecins ou les infirmières) pour lesquelles une obligation de secret médical s'impose et l'échange d'informations avec des professionnels non médicaux est presque inexistant.

L'existence d'une relation de confiance entre évaluateurs de la même profession amène parfois à confier aux professionnels des établissements de suivi la réalisation d'une partie de l'évaluation de manière complètement informelle. C'est une pratique qui a été constatée avec une certaine récurrence pour les réseaux d'ergothérapeutes où dans certains cas l'ergothérapeute de la MDPH reprend et valide l'avis technique qui lui a été transmis par l'ergothérapeute de l'établissement, sans rencontrer lui-même la personne évaluée.

Personne âgée vivant à domicile, présentant des troubles psychiques, ayant présenté une demande d'APA. *Importance de la communication informelle intra-professionnelle. Les assistants sociaux entre eux et les médecins entre eux se font régulièrement passer des informations, hors de tout circuit formalisé. Cela enrichit l'évaluation, mais la rend également dépendante de la qualité des relations interpersonnelles.*

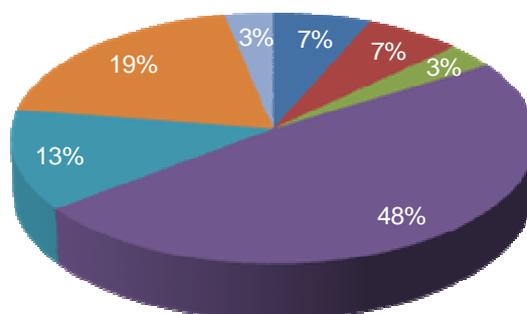
Cas n°3 – Département d'Ille-et-Vilaine

Reste à souligner que cette pratique peut constituer aussi une entrave au bon déroulement des évaluations lorsque les Conseils généraux ou les MDPH ne disposent pas de certains profils professionnels, notamment lorsque une transmission d'informations médicales à des professionnels non médicaux est requise.

- **La participation d'autres évaluateurs aux évaluations réalisées par le Conseil général/ la MDPH**

Malgré la quasi-inexistence de partenariats formalisés avec les structures de suivi et les établissements, le questionnaire CG indique que dans 44 des 68 départements répondants les évaluateurs des équipes médico-sociales réalisent des visites communes avec d'autres évaluateurs. Dans la plupart des cas (51 conseil généraux sur 68) la participation des partenaires externes à la réalisation des évaluations tient à leur connaissance de la situation de la personne (services déjà en place, réseaux gérontologiques suivant la personne). Concernant les MDPH, 44 des 68 structures ayant répondu au questionnaire affirment avoir réalisé des évaluations à domicile avec d'autres acteurs de l'évaluation. Dans la moitié des cas, l'acteur mobilisé suivait déjà la personne et a été sollicité au titre de sa connaissance de la situation.

Précisez les raisons qui expliquent que des partenaires vous accompagnent lors des évaluations à domicile



Base : 56 MDPH

- A la demande de la personne
- Pour mettre en place le Plan de compensation
- En fonction de la complexité du cas
- Lorsque l'acteur connaît déjà la situation de la personne
- Partenaire conventionné pour participer à la réalisation de certains types d'évaluations
- Pour bénéficier d'une compétence complémentaire
- Pour bénéficier d'une compétence manquante dans l'EP

Les enquêtes qualitatives nous ont permis d'établir que la mobilisation des partenaires pour participer avec les Conseils généraux et MDPH à la réalisation des évaluations se réalise de manière ponctuelle, principalement lorsque la pathologie est perçue comme complexe ou que la situation de la personne rend difficile la réalisation de l'évaluation par une seule personne (aidants très invasifs, isolement, déni du besoin par l'évalué, situation sociale difficile).

D'après les évaluateurs rencontrés, cette pratique, qui était très marginale lors des premières années d'activité des MDPH, est de plus en plus courante car la présence d'un évaluateur déjà connu par la personne au moment de l'évaluation facilite la création d'un climat de confiance et de ce fait permet d'avoir accès plus facilement à la totalité des informations.

Les services de l'APF 35 (SAVS et SAMSAH) peuvent être présents, sur demande de la personne évaluée, lors de la visite médicale du médecin du CG pour l'évaluation des demandes de PCH-Aide humaine. Les usagers craignent toujours l'évaluation, ils ont peur de ne pas tout dire, de ne pas être compris. La présence d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire de l'APF permet de faire part de la situation d'analyse et des besoins, notamment dans les situations complexes (parentalité, etc...).

Cette situation d'accompagnement de l'APF 35 lors de la visite d'évaluation est cependant peu fréquente.

Par ailleurs, s'il est nécessaire d'insister sur un point spécifique, l'ergothérapeute ou le médecin du SAMS APF 35 téléphonent au médecin du CG après sa visite.

Etude des organisations- APF 35 (SAVS et SAMSAH)

Demande de PCH Aide Humaine formulée par un adulte polyhandicapé. *L'association qui suit la personne a contribué à l'évaluation menée par la coordination handicap locale (antenne de la MDPH).*

La personne de l'association en charge du suivi était présente lors de la deuxième visite d'évaluation du coordonnateur de la CHL, sur demande de la personne concernée. Elle a ainsi pu donner un certain nombre d'informations à l'évaluateur.

Cette possibilité a un intérêt tout particulier dans le cadre d'une maladie évolutive. « Ce qui est valable aujourd'hui ne l'est peut-être plus demain ». L'objectif de l'association est donc d'intégrer un peu de souplesse dans les plans d'aide proposés pour prendre en compte les spécificités de la pathologie.

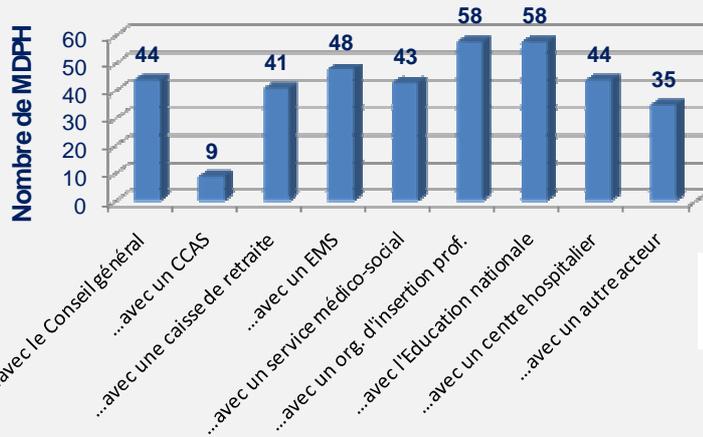
De plus, la personne concernée était très angoissée, d'où sa demande d'être accompagnée, et l'intérêt de la présence de l'association suite à l'évaluation. Il s'agit non seulement de contribuer à l'évaluation, mais aussi de soutenir le demandeur dans une démarche pas évidente pour lui.

Cas n°118 – Département des Yvelines

ENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR LES PARTENARIATS NOUES PAR LES MDPH (issus du questionnaire MDPH)

- Ces partenariats sont divers, tous les acteurs étant également représentés parmi les partenaires des MDPH (CG, associations, établissements, ...), sauf les CCAS avec lesquels les partenariats sont moins fréquents.

Histogramme 2 : MDPH déclarant posséder un ou plusieurs partenariats..



Base : 380 réponses pour un total de 67 MDPH ayant déclaré avoir des partenaires

- **Les modalités de partenariat les plus fréquentes** sont :
 - Des conventions à titre gratuit avec la plupart d'acteurs (48 % des cas). Toutefois, les partenariats non conventionnés sont majoritaires avec les CCAS, les EMS, les caisses de retraite et les centres hospitaliers.
 - Les conventions impliquant une contrepartie financière de la MDPH dépassent rarement 30 % des cas pour chacun des partenaires.
 - Les partenariats non conventionnés représentent 32 % de l'ensemble et sont particulièrement fréquents avec les CCAS, les centres hospitaliers, les établissements et services médico-sociaux.

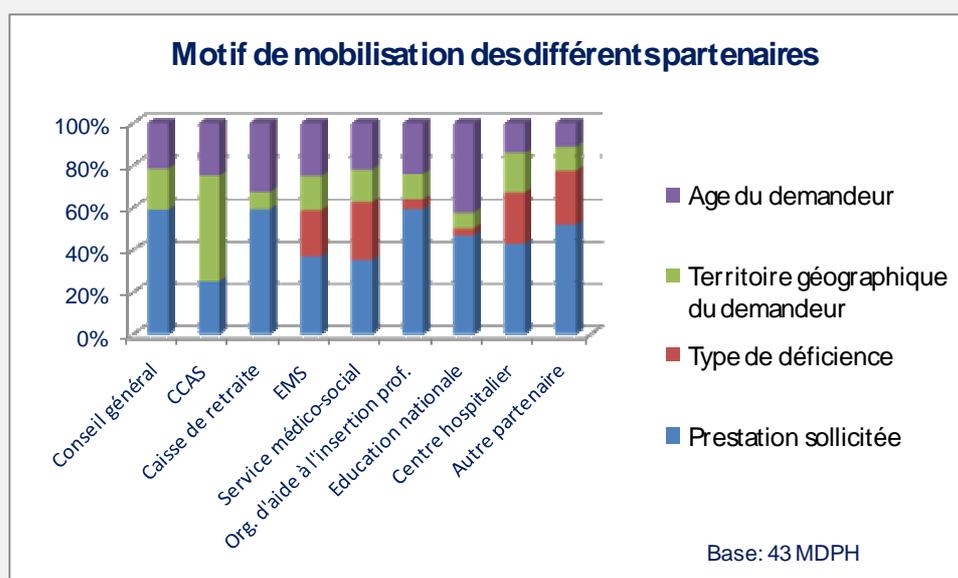
Formes des partenariats en fonction des partenaires des MDPH



Base: 62 MDPH

▫ **Les différents motifs de recours aux partenaires**

- **Dans la majorité des cas, les MDPH mobilisent les partenaires dans le cadre de la prestation sollicitée.**
- **Les autres partenaires sont mobilisés pour apporter leurs compétences spécifiques en fonction : de l'âge du demandeur, du territoire géographique du demandeur ou du type de déficience. A ce titre :**
 - l'Education nationale est sollicitée pour les problématiques relatives à l'enfance ;
 - les CCAS sont sollicités en fonction du territoire géographique du demandeur en raison du fort maillage territorial ;
 - les acteurs « spécialisés » (établissements et services médico-sociaux, CH) sont sollicités pour les différents types de déficiences.



• **Mobilisation en fonction du type de prestation**

- **Les MDPH ont un recours fréquent aux partenaires pour les prestations suivantes :**
 - PCH
 - RQTH
 - Prestations relatives à l'orientation (orientation en établissement enfant/adulte; orientation scolaire; orientation professionnelle).
- **La PCH, l'AAH et la RQTH requièrent le plus grand nombre de compétences.**
- **Toutes prestations confondues, les partenaires les plus sollicités pour leur expertise sont :**
 - les organismes d'aide à l'insertion professionnelle (cités par 88 % des MDPH) ;
 - l'Education nationale (cités par 80 % des MDPH) ;
 - les autres partenaires (cités par 92 % des MDPH).

- **Mobilisation par type de déficience**

- **Les MDPH ont un recours fréquent aux partenaires pour les déficiences motrices, les déficiences sensorielles et le plurihandicap.**
- **Tous types de déficience confondus, les partenaires les plus sollicités pour leur expertise sur une déficience particulière sont :**
 - les services médico-sociaux (cités par 54 % des MDPH) ;
 - les « autres » partenaires (cités par 46 % des MDPH) ;
 - les médico-sociaux et les centres hospitaliers (cités par 42 % des MDPH).

II. Quelles relations entre les différents partenaires de l'évaluation ? Pratiques favorisant ou entravant une bonne articulation des acteurs de l'évaluation

Un Conseil général sur trois ayant répondu au questionnaire considère que les difficultés de communication avec les autres acteurs de l'évaluation constituent un frein à leur activité. La même proportion souhaite obtenir des informations concernant la coordination mise en place avec les partenaires dans d'autres départements. Pour les MDPH, les difficultés de communication avec les autres acteurs de l'évaluation n'ont pas été soulevées en tant que difficulté prioritaire dans le questionnaire (raison peu fréquemment citée et généralement en position 3 ou 4 parmi les difficultés proposées). Cependant, au cours de l'étude terrain et des groupes de travail, la question de l'articulation avec les partenaires et du positionnement de la MDPH vis-à-vis d'eux a souvent été soulevée.

Nous présentons ci-après quelques constats issus des observations de terrain concernant les aspects qui semblent favoriser l'articulation entre partenaires ou, à contrario, qu'il serait souhaitable de renforcer afin d'améliorer cet axe de travail des Conseils généraux et des MDPH.

A. La transmission d'informations : un échange souvent perçu comme insatisfaisant

- Peu de transmission régulière et formalisée d'informations des établissements et structures de suivi vers la MDPH ou le Conseil général

- *Un risque de déperdition d'information important*

La rencontre systématique de tous les acteurs étant intervenus dans la réalisation des évaluations de la situation d'une personne dans le cadre de monographies de terrain, nous a permis de constater que les risques de déperdition d'informations entre les différents acteurs sont importants.

Qu'il s'agisse des cas des personnes âgées ou de ceux des personnes handicapées, nous avons constaté que les circuits standardisés de transmission d'informations entre acteurs sont presque inexistantes et que, de facto, les échanges ne s'opèrent que lorsque :

- **Les évaluations concernent le renouvellement des plans déjà en place.** La MDPH a tendance à procéder davantage à une évaluation sur dossier et à ne pas rencontrer directement la personne. La transmission d'informations par les acteurs du suivi devient alors primordiale et prend la forme d'un envoi de documents joints à la demande, complété parfois par des échanges téléphoniques. Etant donné que dans la plupart des cas de renouvellement, des structures de suivi sont déjà en place, il est alors plus probable que des informations soient transmises.
- **Un acteur joue le rôle de collecteur et diffuseur d'information.** C'est le cas dans les Yvelines où l'évaluation des demandes d'APA est confiée à des coordinations gérontologiques responsables à la fois des missions d'information et de suivi (missions CLIC) et des missions d'évaluation de demandes d'APA pour un territoire gérontologique. La coordination est l'interlocuteur unique pour les personnes âgées, les informant sur l'ensemble des aides disponibles et menant les évaluations. L'évaluatrice de la coordination gérontologique a un vrai rôle de coordination de l'ensemble des intervenants. Elle transmet et reçoit des informations sur l'état du demandeur (qui nourrissent les évaluations des

différents intervenants), mobilise les acteurs du suivi (prise de contact avec l'accueil de jour, l'aide à domicile et le SSIAD), assure un suivi régulier de l'état de dépendance. Ce rôle d'animation mêle évaluation et suivi de la personne. Le suivi permet de nourrir en continu l'évaluation.

Pour le reste des départements visités, ce rôle est d'avantage exercé par les CLIC et les réseaux gérontologiques dans les cas des personnes âgées, mais les Conseils généraux ne semblent pas toujours profiter des informations produites de manière optimale.

En dehors de ces situations, il existe une déperdition d'informations très importante lorsque les situations sont considérées comme « peu complexes » à évaluer, la mise en relation des différents acteurs étant souvent associée aux cas considérés « difficiles » par les évaluateurs. Les acteurs du suivi, notamment à domicile, estiment souvent être trop peu consultés alors qu'ils ont une connaissance précise de la situation de la personne.

Lors de l'étude sur les perceptions des usagers, il est apparu que le vécu de l'articulation des différents acteurs de l'évaluation était fonction du type de handicap d'une part et du lieu de résidence de la personne âgée d'autre part.

– Pour les personnes handicapées :

- Dans les cas de déficience motrice, les partenaires de l'évaluation se connaissent, échangent entre eux et avec la MDPH. L'utilisateur est conscient et informé de cet échange d'informations.
- Dans les situations de handicap sensoriel et/ou psychique, les partenaires se connaissent moins bien. Ils sont souvent spécialistes d'un seul handicap. La MDPH centralise l'information, mais les partenaires communiquent rarement les uns avec les autres.

– Pour les personnes âgées : les partenaires de l'évaluation sont en constante relation lorsqu'un usager réside en établissement. A contrario, les interrelations sont moins fréquentes lorsque les personnes vivent à domicile. Les usagers perçoivent cette absence de communication car des visites redondantes sont effectuées, des demandes similaires leur sont adressées.

Illustration : Personne âgée vivant en établissement

Les évaluateurs au sein de l'établissement où vit Maryse se réunissent en comité afin de finaliser le dossier d'évaluation des résidents. Chaque intervenant dans le quotidien de Maryse peut alors s'exprimer sur l'évaluation qui a été faite, et apporter son regard sur les capacités et donc les besoins nécessaires à la résidente.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil général des Alpes-Maritimes

Une qualité d'information parfois perçue comme insatisfaisante

Même lorsque la communication est établie entre les partenaires, la qualité des échanges n'est pas toujours satisfaisante pour plusieurs raisons :

- Soit les informations transmises sont incomplètes. Les MDPH et les Conseils généraux ne cherchent pas tant l'exhaustivité de l'information que sa pertinence par rapport à la situation d'évaluation. Le certificat médical est ainsi un document clé mais rarement complet. Les évaluateurs estiment que c'est un point à améliorer, d'autant plus que l'évaluation sur dossier est fréquente.

- Soit les éléments d'évaluation ne sont pas clairement distingués des éléments de préconisation, par les établissements et structures de suivi qui transmettent leurs bilans ou synthèses.
 - Soit il y a un doute quant au vocabulaire employé ou aux modalités d'utilisation des outils, qui s'exprime sous la forme d'un « Mettons-nous bien la même réalité derrière tel ou tel terme ? ».
- **Peu de transmission régulière et formalisée d'informations des MDPH ou Conseils généraux vers les établissements et structures de suivi**

En termes de suivi de la mise en place des plans d'aide, la situation est très différente pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées. Les pratiques de transmission d'information (par le biais de documents ou dans le cadre de réunions de coordination) sont peu formalisées mais plutôt fréquentes dans le cas des personnes âgées vivant à domicile. En revanche, un faible échange d'informations de la MDPH vers les acteurs chargés du suivi des personnes handicapées a souvent été observé.

Très peu de MDPH semblent vraiment remplir la fonction de suivi de la mise en place des plans de compensation, leur intervention se limitant à l'évaluation des besoins et l'établissement des plans.

Dans un grand nombre de cas étudiés, la transmission des plans de compensation par les MDPH se limite à l'envoi au partenaire de la notification présentant le nombre d'heures de prise en charge. Aucune synthèse de l'évaluation ou compte-rendu n'est envoyé afin de fournir des éléments d'information sur la situation de la personne.

En dehors des considérations concernant les missions de suivi de la MDPH ou du Conseil général (qui sortent du champ de cette étude), cette faiblesse des échanges pose problème en termes de parcours d'évaluation des personnes. Elle peut mener à des redondances dans les évaluations difficilement compréhensibles pour l'utilisateur et éventuellement préjudiciables à la qualité des évaluations successives.

Lorsque deux évaluations sont faites par deux professionnels de même compétence, l'un d'eux peut ressentir de la frustration quant à son implication dans l'évaluation globale des besoins de l'utilisateur. De plus, ces deux évaluations risquent d'engendrer une confusion dans le dossier et ainsi de retarder la mise en place du plan d'aide.

Illustration : Enfant handicapé vivant à domicile

Les besoins en aide technique de l'enfant ont été évalués par deux professionnels, ne travaillant pas en concertation mais en doublon. Deux ergothérapeutes d'instituts différents ont réalisé une évaluation des besoins en aide technique. Or ces deux évaluations faites par des professionnels de même compétence n'aboutissaient pas aux mêmes conclusions d'aides techniques. Cette redondance d'évaluation a entraîné un retard dans l'aboutissement du dossier de Clément.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH des Ardennes

- **Pratiques observées intéressantes en termes de transmission d'information**

Au vu des éléments énoncés ci-dessus, les stratégies d'animation de réseau et de gestion des flux d'information mises en place par les Conseils généraux et les MDPH mériteraient donc d'être renforcées. A ce titre quelques pratiques intéressantes peuvent être mentionnées en termes de transmission d'information.

Les cahiers de liaisons : moyen de remontée d'informations des acteurs du suivi vers les évaluateurs Conseils généraux et MDPH ?

Dans le cas des personnes âgées, une pratique intéressante constatée consiste en la mise en place d'un « cahier de liaison » : il s'agit d'un cahier de « relais » entre les différentes aides (soignantes, médicales, sociales, ...) placé au domicile de la personne dans lequel les différents intervenants notent leurs passages et les faits marquants de l'état de la personne au quotidien. La consultation de ce cahier par les évaluateurs (notamment lors des renouvellements et des révisions des plans d'aide) pourrait s'avérer utile pour la compréhension des situations de dépendance associées à des pathologies cycliques. Cela suppose néanmoins une certaine qualité des informations contenues.

La mise en œuvre de plateformes d'échange d'informations

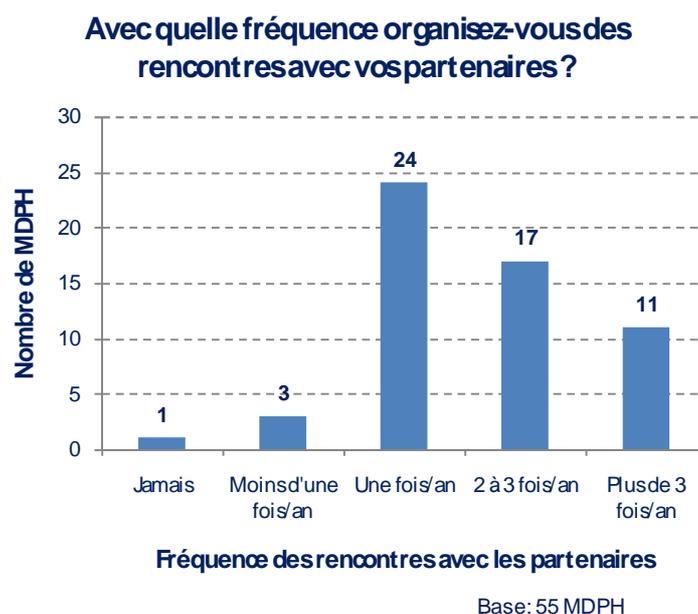
Le partage d'informations via l'informatisation s'il est une pratique courante dans de nombreux domaines, ne semble être qu'à ses débuts concernant les éléments d'évaluation des personnes en situation de perte d'autonomie, qu'ils soient médicaux, sociaux ou autres.

Dans le Rhône, le Conseil général travaille actuellement avec les centres hospitaliers sur la question des sorties d'hospitalisation, en collaboration avec l'ARH Rhône Alpes. L'objectif est de pouvoir repérer les personnes les plus fragiles et de partager une information disponible. L'idée de la plateforme serait d'informatiser les dossiers médicaux APA et de donner des accès plus ou moins large selon les partenaires. Un travail est en cours avec les hôpitaux pour savoir ce qui leur serait utile de savoir sur la personne. Le travail, commencé avec la partie sanitaire, pourrait ensuite être étendu à d'autres acteurs. C'est l'ARH qui gère la plateforme.

Dans les Alpes Maritimes, l'informatisation du dossier APA n'est pas nouvelle, mais le travail porte actuellement sur un dossier plus facilement partageable, l'objectif étant d'arriver à un suivi longitudinal.

A. Le pilotage du réseau partenarial

Au-delà du simple échange d'informations se pose la question plus large du pilotage du réseau partenarial. La quasi-totalité des MDPH ayant répondu au questionnaire (55 sur 56 répondantes) organisent des rencontres avec leurs partenaires au minimum 1 fois/an. Cependant, on observe une grande diversité dans la gestion des partenariats (durée des réunions, contenu et format des rencontres).



Côté partenaires, cependant, est fréquemment exprimé le besoin d'être inclus dans un réseau leur permettant de partager l'information, d'échanger sur des situations particulières ou plus généralement sur leurs pratiques. Or l'étude terrain a permis de constater que les réunions formelles sont dans certains départements peu nombreuses et ont cédé la place à des échanges de type informel. Si ces derniers ont l'avantage de la souplesse, ils ont également pu être qualifiés de « dérive du secteur médico-social » par certains acteurs.

Lors des rencontres avec les évaluateurs, certains relatent que la fonction d'évaluation est très impliquante. Ils ressentent le besoin de partager leur vécu des différentes situations. Cela va ainsi leur permettre de gérer un ressenti douloureux, de partager avec les autres des situations parfois lourdes. Face à des situations d'incurie chez des personnes âgées, la mise en commun des épisodes vécus permet de lever des blocages et de gagner en sérénité tout en faisant avancer les situations.

Illustration :

L'évaluatrice du CLIC a échangé avec l'infirmière pour connaître la situation de la personne âgée. Dans certaines situations difficiles, cela lui a permis de pouvoir discuter, d'échanger sur des situations afin de prendre du recul et de réaliser une évaluation la plus objective possible.

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil général des Yvelines

- **Pratique intéressante : la mise en place de petites structures de coordination afin de renforcer l'articulation entre acteurs de terrain**

L'existence d'unités d'évaluation de petite taille semble favoriser une meilleure coordination entre acteurs de l'évaluation sur le territoire.

Les expériences de territorialisation de l'activité étudiées nous ont permis d'établir que ce choix organisationnel permet de renforcer l'articulation entre acteurs de l'évaluation du fait :

- de la proximité : les évaluations sont confiées à des acteurs locaux (UAS, CLIC, CCAS) disposant d'une connaissance avérée du territoire, des autres intervenants et des personnes suivies.
- d'une spécialisation du travail des Conseils généraux et des MDPH : la territorialisation de l'évaluation semble aussi favoriser le partage de tâches entre les « évaluateurs » (équipes de terrain) et les « coordinateurs » de l'activité (Conseils généraux et MDPH). Le suivi de l'activité et la réalisation d'activités d'animation de réseau (formations, création de groupes d'échange sur les pratiques professionnelles) par les Conseils généraux/MDPH semblent être plus importants dans les départements où l'activité a été territorialisée.

Cependant, cette pratique peut présenter des limites, notamment lorsque les unités territorialisées doivent, malgré le partage du territoire, gérer un volume de dossiers très important et ne disposent pas de moyens humains à la hauteur pour assurer cette activité. Dans ces cas, la concentration des activités d'information, d'évaluation et de suivi par ces acteurs peut nuire à la qualité du service fourni aux usagers.

- **Pratique intéressante : la présence au sein de la MDPH d'un correspondant chargé de l'animation du réseau**

Dans les Pyrénées Atlantiques, il existe au sein de la MDPH une **coordinatrice du réseau**. Elle sensibilise les partenaires (assistantes sociales de la sécurité sociale, maisons de la solidarité départementale,...) à l'activité de la MDPH et à certaines problématiques liées au handicap.

Cette recherche de proximité avec les partenaires se traduit au moment de l'évaluation avec rencontre par la volonté d'associer les acteurs du suivi de la personne. Lorsque la personne est contactée pour prendre rendez-vous pour la visite à domicile, on lui demande systématiquement si elle souhaite la présence du partenaire. Partant du constat qu'en une seule visite, l'évaluateur MDPH n'a pas une vision très large de la situation de la personne, cet appui sur le réseau partenarial est recherché comme un moyen d'enrichir l'évaluation.

De plus la MDPH 64 a gardé les **équipes labellisées** qui réalisent des évaluations pour son compte. Au final, les préconisations de l'équipe MDPH, sont souvent nourries de nombreux échanges avec les partenaires.

- **Pratique intéressante : pilotage de l'externalisation**

- **Modalités de l'externalisation dans la MDPH de l'Hérault**

La MDPH de l'Hérault a recours à des équipes conventionnées qui mènent les évaluations dans le cadre de demande de PCH. Ces équipes couvrent tous les types de déficiences et tout le territoire géographique. Trois éléments concourent au pilotage des partenaires :

- L'existence de fiche navette, mise au point avec le CREAI, pour la transmission d'information entre la MDPH et ses partenaires,
- Des réunions régulières d'harmonisation des pratiques,
- La formation dispensée sur le GEVA.

• **Modalités de l'externalisation dans la MDPH des Alpes Maritimes**

La MDPH des Alpes Maritimes a un recours relativement fréquent à l'externalisation dans sa pratique de l'évaluation. Pour harmoniser les pratiques entre les différentes équipes internes et externes (équipes conventionnées, ergothérapeutes libéraux, infirmières libérales), plusieurs démarches ont été entreprises :

- un travail a été mené dès la mise en place des partenariats sur l'obligation d'utiliser l'outil GEVA comme outil commun.
- La synthèse et la construction des plans d'aide est faite en équipe de finalisation regroupant les évaluateurs 'externes' et des membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. C'est un des moyens de « pulser » une logique commune et de diffuser l'information du fait de la présence systématique de personnes de la MDPH et de personnes extérieures.
- Un travail de formation continue est mené, pour travailler en commun à approfondir la qualité de l'évaluation, partager les questionnements liés à la pratique de l'évaluation.

Ce dispositif permet à l'ensemble des membres des équipes de finalisation d'être porteurs d'une culture commune.

B. Le positionnement relatif des partenaires les uns par rapport aux autres : quel rôle pour chacun des acteurs ?

Au-delà de la question du pilotage du réseau se pose plus largement la question du positionnement relatif des acteurs les uns par rapport aux autres dans le processus d'évaluation.

Si les évaluateurs de la MDPH et des Conseils généraux reconnaissent l'intérêt de l'implication des partenaires dans le processus, tous n'ont pas la même conception du rôle qu'ils doivent y jouer. Sont-ils source d'informations, d'outils ou de conseil ? Sont-ils évaluateurs ou experts ? Comment se positionner par rapport à leur expertise issue d'une bonne connaissance de la personne (pour le « réseau de la personne » ou acteurs du suivi) ou d'une maîtrise d'un certain type de handicap (dans le cas d'expertise sollicitée ponctuellement auprès d'« experts » de tel ou tel type de déficience) ?

Un certain nombre de qualificatifs associés à ces partenaires ont été mentionnés au cours des groupes de travail :

- « le médecin traitant n'est pas un médecin évaluateur »
- « on ne peut transformer le soignant en évaluateur, mais c'est un apport essentiel en termes d'éclairage, d'informations sur la situation de la personne »
- « une infirmière libérale apporte un témoignage, on ne lui demande pas une évaluation »

- « toute personne porteuse d'éléments d'évaluation est prise en compte, mais la MDPH reste le pilote, intégrateur des informations et producteur de sa propre évaluation »

Les partenaires semblent donc bien positionnés en tant que détenteur de savoir sur la personne ou sur sa déficience. Mais face à ce savoir les Conseils généraux et les MDPH expriment parfois des difficultés à se positionner :

- « on a l'impression de se faire avoir », à propos de centres sollicités pour leur expertise dans le domaine du handicap visuel
- « on est très embarrassé par rapport à la parole de l'expert »

C. L'accompagnement spécialisé à la formulation des demandes dans les MDPH

Les monographies réalisées auprès des acteurs de terrain nous ont permis de constater l'importance de la formulation des demandes dans l'évaluation des besoins. Les évaluateurs s'accordent sur le fait que lorsque les demandes formulées par les personnes sont précises, que les dossiers ont été bien renseignés et que des éléments d'information permettant de mieux cerner la situation de la personne ont été fournis (comptes-rendus d'évaluation faits par des partenaires, ...), les personnes ont plus de « chances » d'accéder à un plan de compensation complet et adéquat.

La pré-évaluation de la situation de la personne par un partenaire spécialisé (tel que les associations, les CCAS,...) qui oriente le renseignement du dossier et aide à la rédaction du projet de vie semble donc constituer un moyen efficace pour garantir la qualité des plans de compensation auxquels accèdent les personnes.

A la différence du dispositif d'orientation des personnes âgées institutionnalisés par les CLIC, la pratique d'orientation par les MDPH est très hétérogène d'un département à l'autre et l'existence de cellules exerçant une fonction d'accompagnement à la formulation des demandes à l'intérieur des MDPH n'est pas toujours constatée. Ce constat semble d'autant plus frappant si l'on pense à l'importante quantité des cas dans lesquels le projet de vie n'a pas été renseigné ou dont l'objectif a été mal compris par les demandeurs, préoccupation qui nous a fréquemment été signalée par les évaluateurs de terrain

L'accompagnement de la part des partenaires de l'évaluation est fortement apprécié par les usagers. Ces derniers sont rassurés par le fait que les membres d'associations qu'ils connaissent les accompagnent dans l'ensemble du processus d'évaluation de leurs besoins.

De plus, les personnes handicapées se trouvent confrontées à l'écriture d'un projet de vie. L'aide à la rédaction est fortement appréciée car les usagers ne perçoivent pas toujours le sens de ce projet de vie et l'importance qu'il tient dans le dossier.

Illustration : Enfant Handicapé vivant chez ses parents

Les parents sont en permanence accompagnés et soutenus par l'Association Française contre les Myopathies. Sans l'aide de l'AFM, les parents estiment qu'ils auraient été totalement perdus dans le dédale administratif. La technicienne d'insertion de l'AFM connaît parfaitement le handicap et tous les « rouages » du processus d'évaluation. Elle sait orienter les familles dans les démarches et s'implique pour l'application des droits des personnes handicapées. Lors de la rédaction du projet de vie, elle a pu les aiguiller. .

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH des Ardennes

Annexe - TYPOLOGIE DES RELATIONS PARTENARIALES

Du simple échange ponctuel d'informations téléphoniques sur un cas individuel à l'externalisation des évaluations par les Conseils Généraux ou les MDPH, les relations partenariales peuvent prendre de multiples formes.

Pour donner une vision plus globale du réseau partenarial existant sur un territoire, les distinctions établies dans l'analyse ont été reprises :

- Degré de formalisation de la relation partenariale : *Réseau formel vs Réseau informel*
- Moment de l'évaluation où intervient la relation partenariale : en *amont*, en *aval* ou au moment de *l'évaluation* à proprement parlé

En croisant ces 2 critères, les différentes manifestations de relations partenariales (réunions, transmissions d'informations, visites d'évaluation communes, etc...) ont été positionnées de façon à donner une vision globale de ce qui peut exister en termes de réseau partenarial sur un territoire.

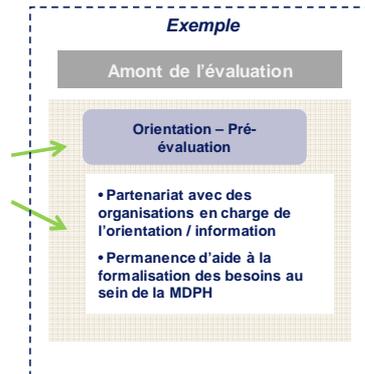
Le travail a été fait pour les MDPH et pour les Conseils Généraux, de façon distincte, car les manifestations des relations partenariales sont différentes, mais en reprenant la même segmentation (degré de formalisation et moment de l'évaluation).

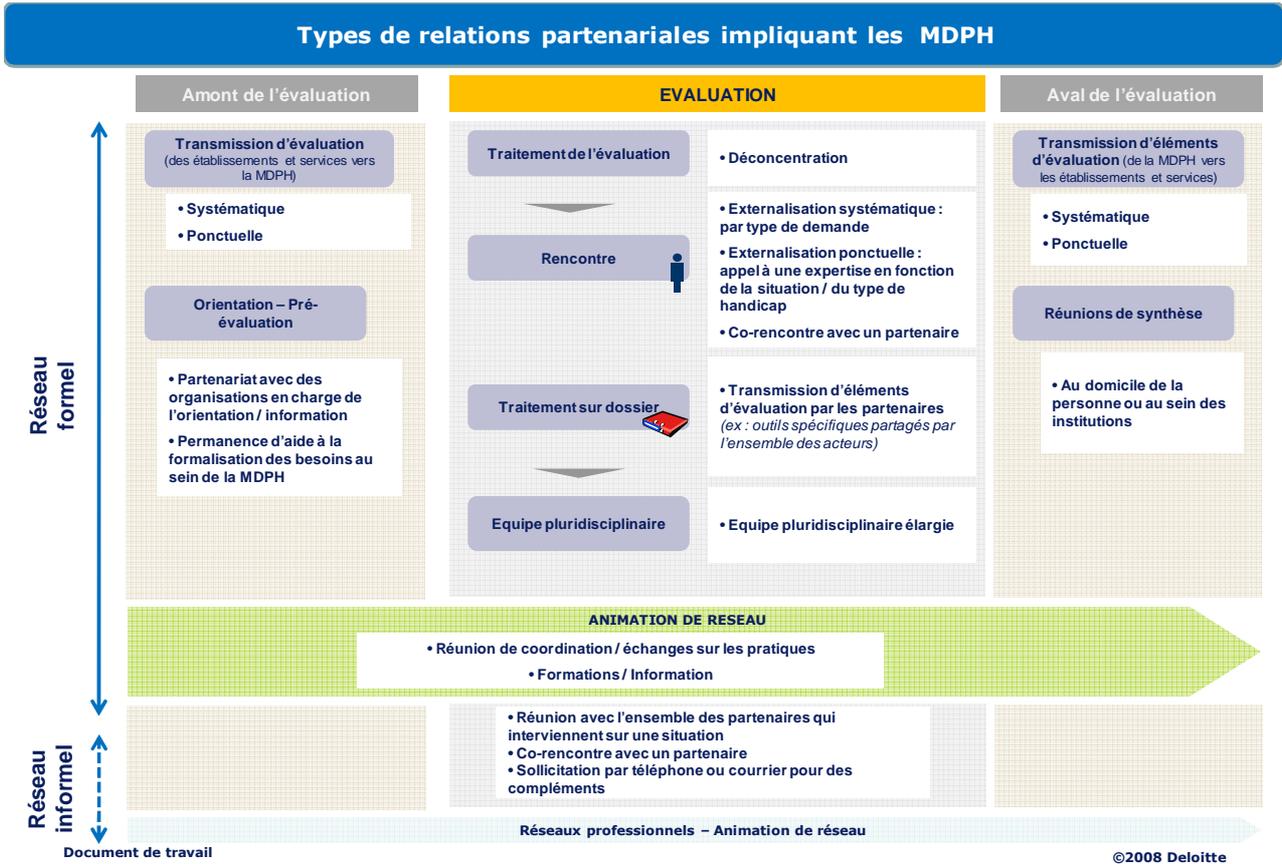
Relations partenariales impliquant les MDPH

Schéma global

- La page suivant présente le schéma global des relations partenariales pouvant exister sur un territoire, impliquant la MDPH, sur les 2 axes dégagés
 - Degré de formalisation de la relation partenariale : *Réseau formel vs Réseau informel*
 - Moment de l'évaluation où intervient la relation partenariale : en *amont*, en *aval* ou au moment de *l'évaluation* à proprement parlé

- A l'intérieur de cette grille de lecture, sont positionnés
 - les *sous-moments* où une relation partenariale peut exister
 - et les différentes *manifestations* possibles.

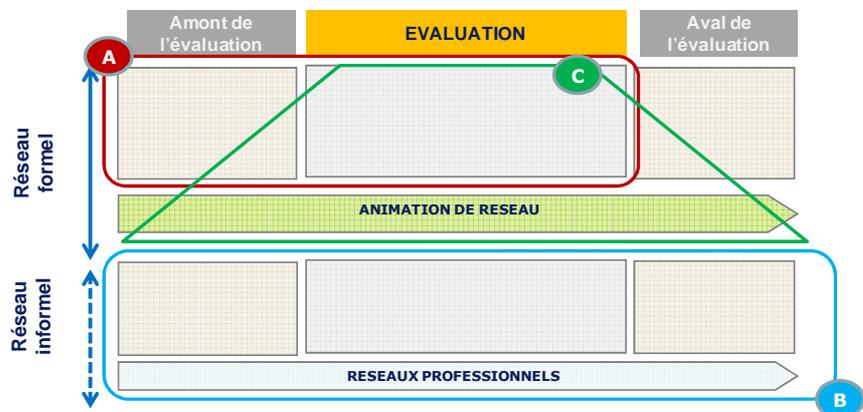




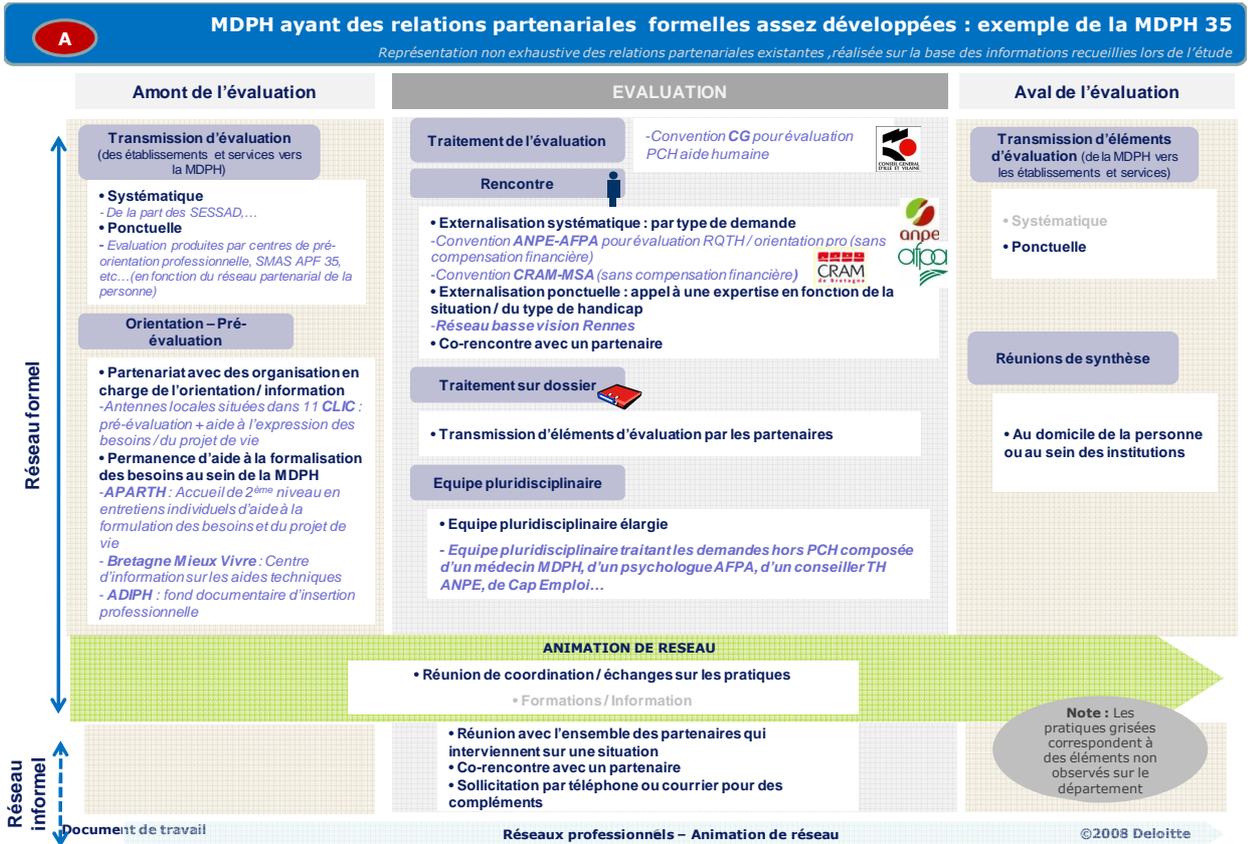
Relations partenariales impliquant les MDPH

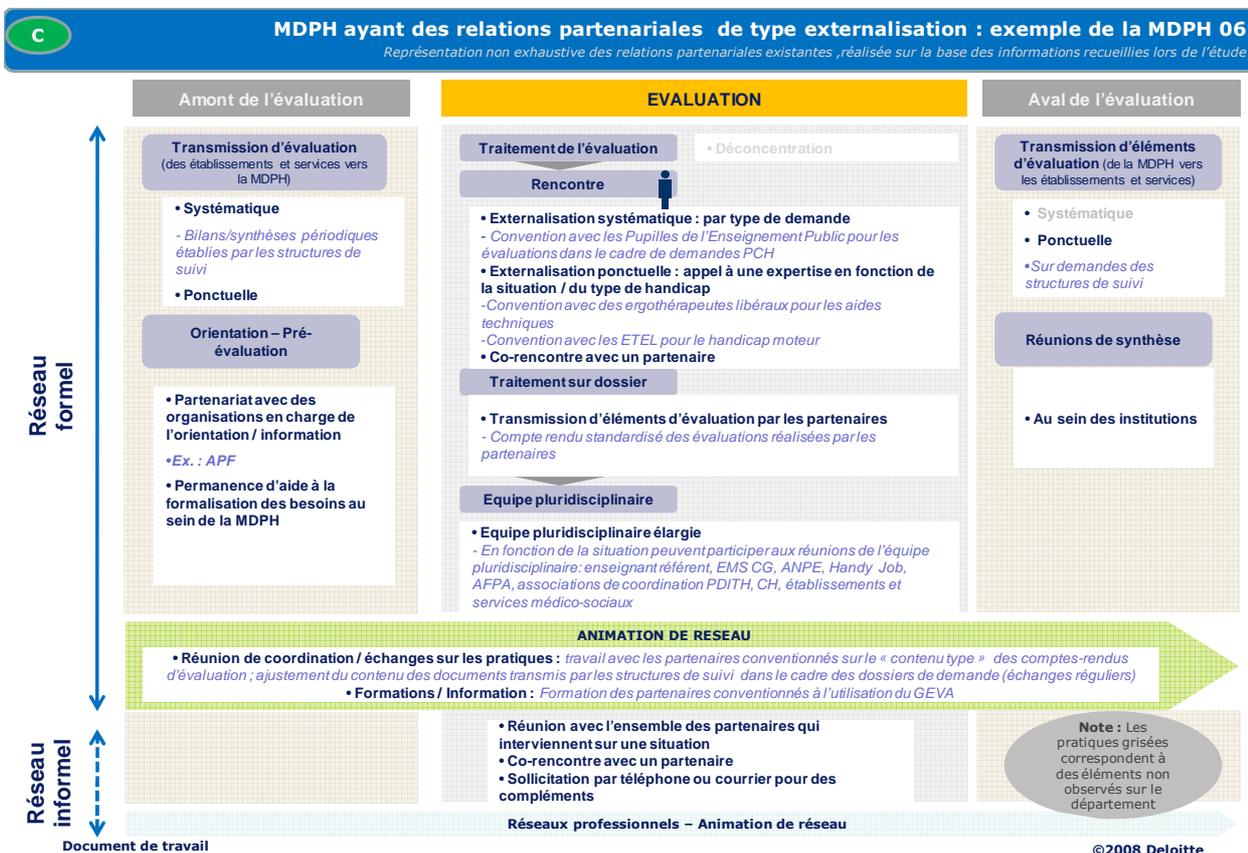
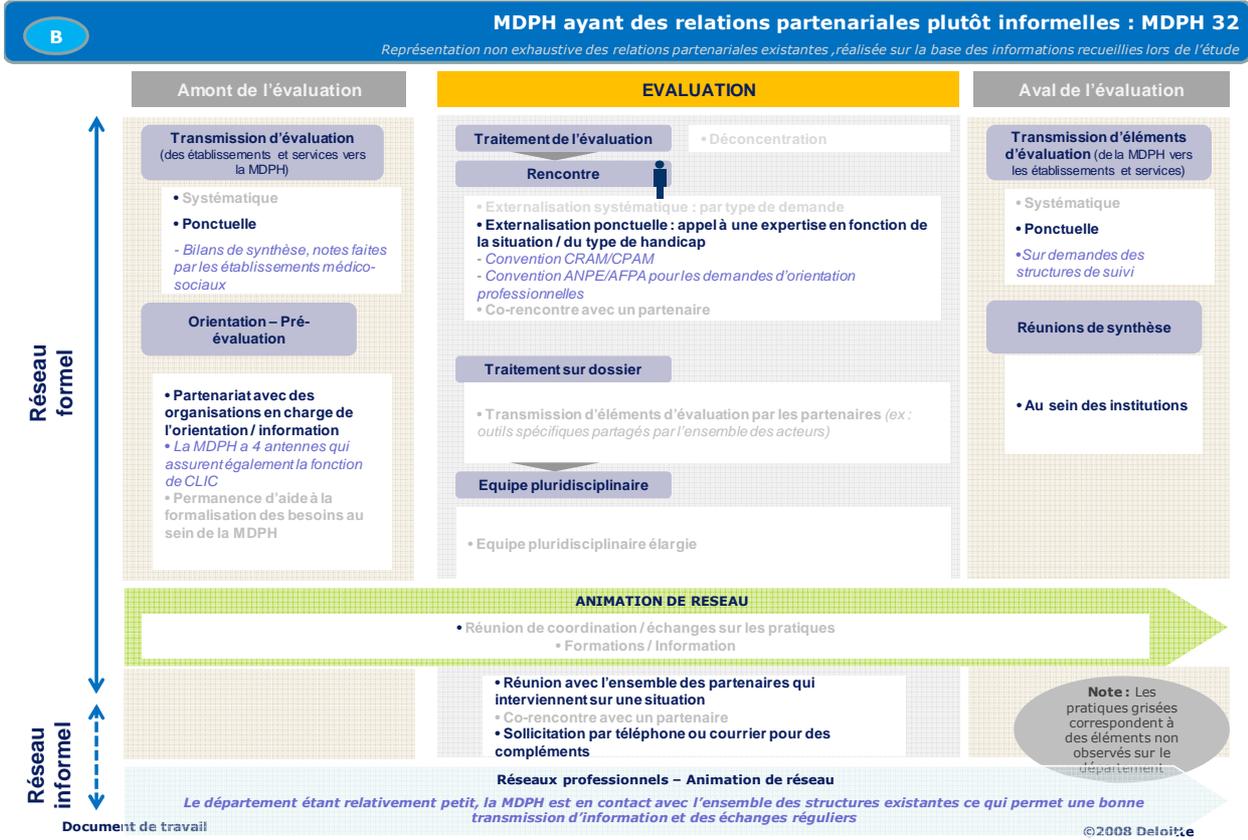
Trois combinaisons illustratives des relations partenariales

- Les MDPH investissent de façons variées le champ des relations partenariales, utilisant selon des combinaisons variables, les différentes possibilités décrites ci-dessus.
- Nous avons choisi de représenter 3 de ces combinaisons, à titre illustratif. Ces 3 combinaisons n'ont pas vocation à représenter l'ensemble des possibles, mais bien à illustrer les différentes formes que peuvent prendre les réseaux partenariaux des MDPH.



- A Fort investissement dans les partenariats formels portant sur l'amont de l'évaluation et l'évaluation elle-même**
 - Ex MDPH 35 : Appui fort sur le réseau partenarial
 - B Prédominance des relations partenariales informelles**
 - Ex MDPH 32 : Volonté de ne pas dépendre des partenaires + Peu d'acteurs sur le territoire
 - C Fort investissement dans les partenariats formels portant sur l'évaluation elle-même (externalisation d'évaluation) et dans l'animation du réseau (du fait notamment de ces externalisation)**
 - Ex : MDPH 78 : Déconcentration de l'activité d'évaluation au niveau de coordination handicap locales- Politique d'animation de réseau très développée.
- Nota Bene : Ces combinaisons sont schématiques. Dans la réalité la plupart des organisations rencontrées nouent des relations formelles et informelles, à tous les moments de l'évaluation (la distinction entre les différents moments pourrait à ce titre sembler artificielle). L'intérêt est de représenter là où l'investissement de la MDPH est le plus important.



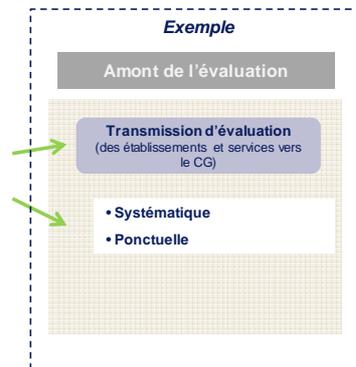


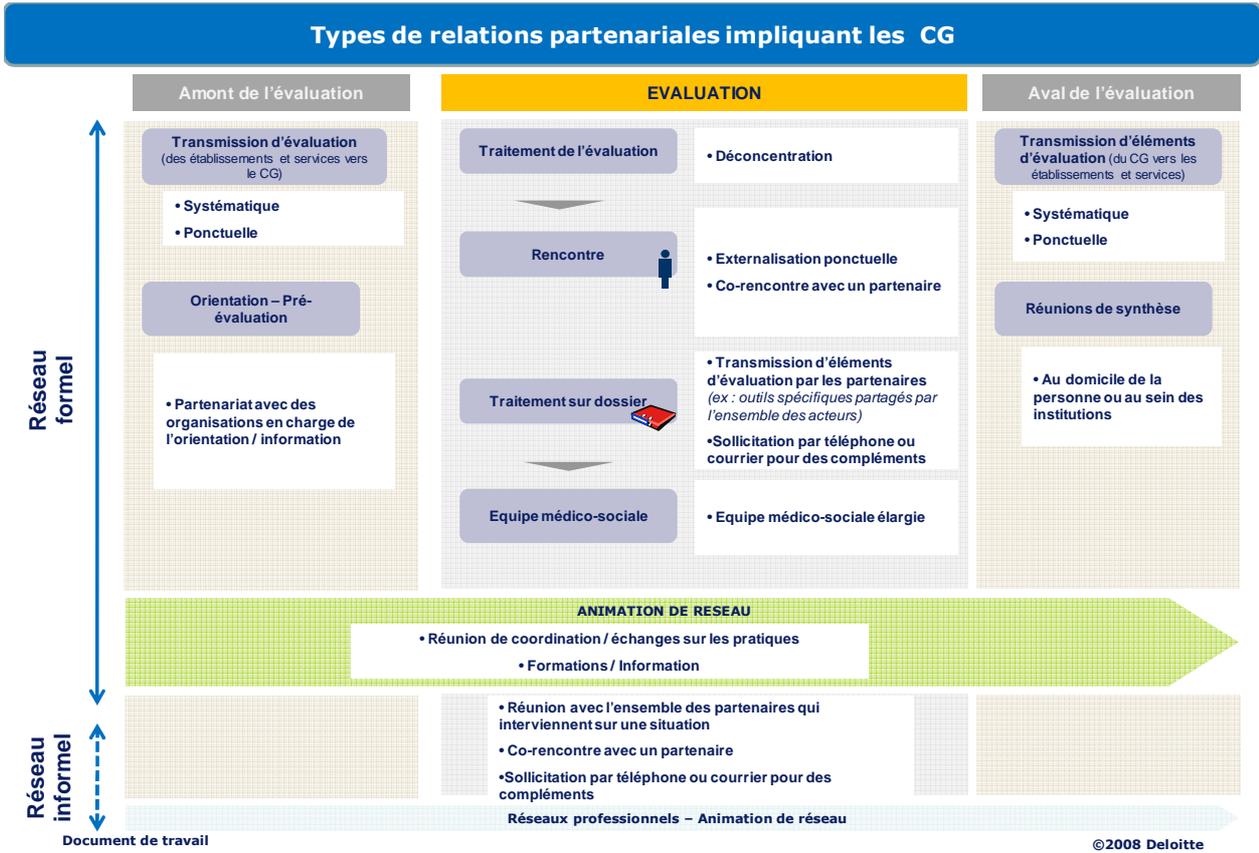
Relations partenariales impliquant les Conseils Généraux

Schéma global

- La page suivant présente le schéma global des relations partenariales pouvant exister sur un territoire, impliquant le Conseil Général, sur les 2 axes dégagés
 - Degré de formalisation de la relation partenariale : *Réseau formel* vs *Réseau informel*
 - Moment de l'évaluation où intervient la relation partenariale : en *amont*, en *aval* ou au moment de *l'évaluation* à proprement parlé

- A l'intérieur de cette grille de lecture, sont positionnés
 - les *sous-moments* où une relation partenariale peut exister
 - et les différentes *manifestations* possibles.

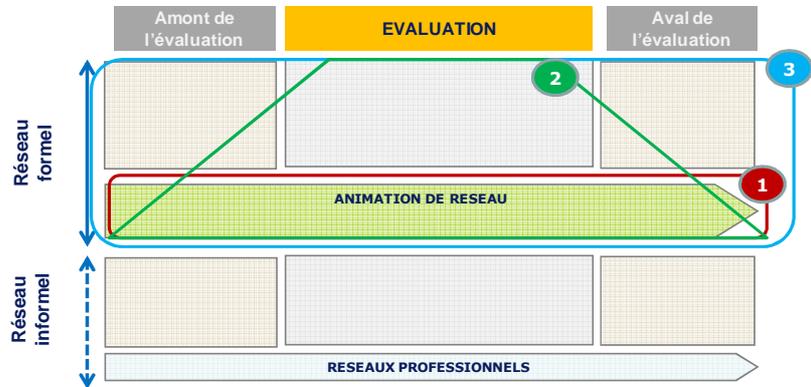




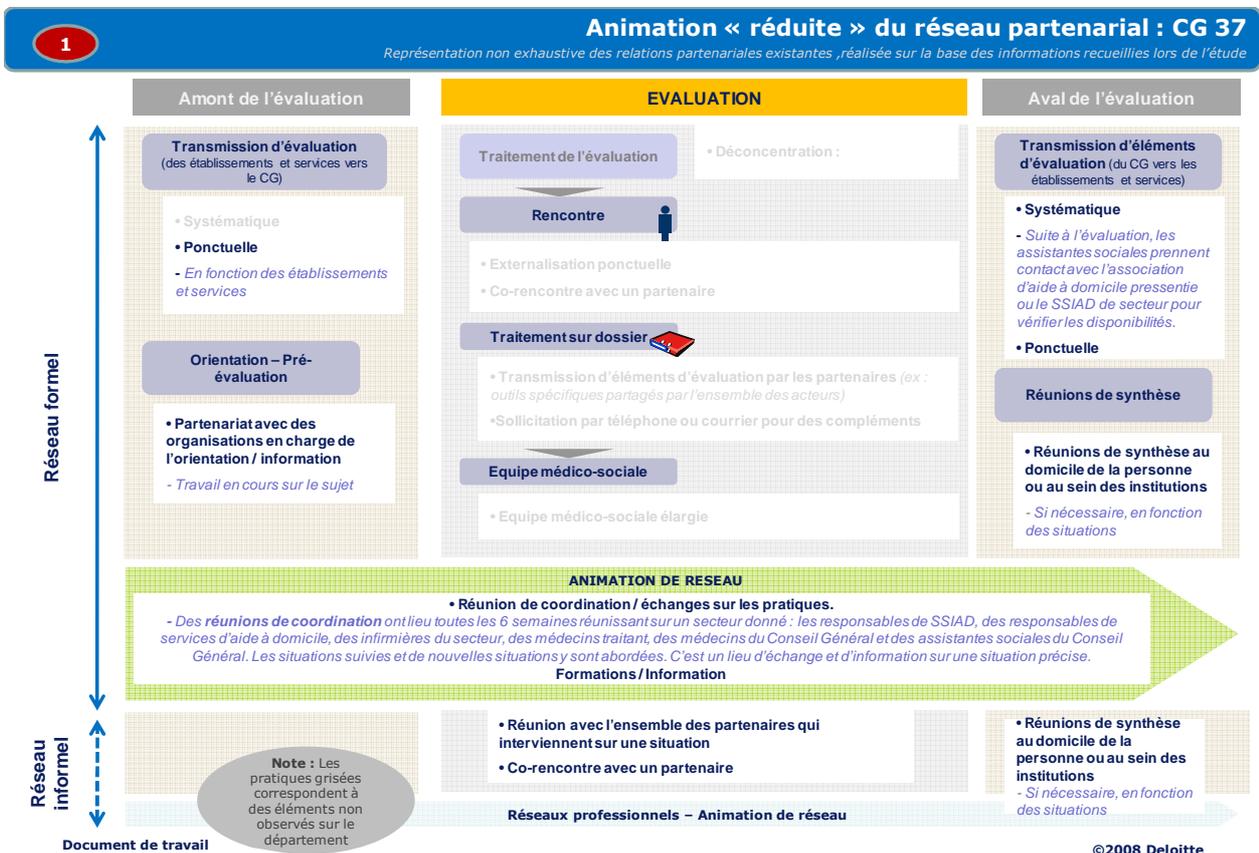
Relations partenariales impliquant les Conseils Généraux

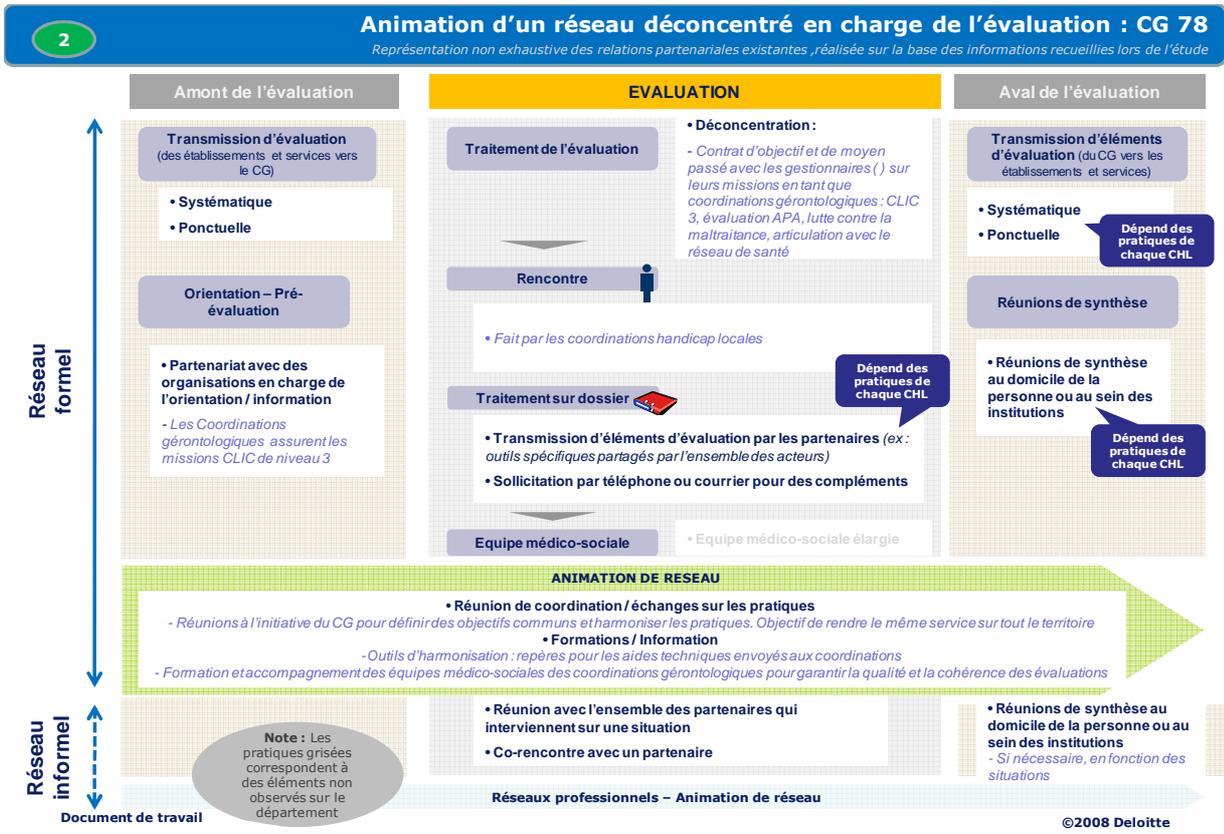
Trois combinaisons illustratives des relations partenariales

- Tout comme les MDPH, les **Conseils Généraux investissent de façons variées le champ des relations partenariales**, utilisant selon des combinaisons variables, les différentes possibilités décrites ci-dessus.
- Nous avons choisi de représenter 3 de ces combinaisons, à titre illustratif. Ces 3 combinaisons n'ont pas vocation à représenter l'ensemble des possibles, mais bien à illustrer les différentes formes que peuvent prendre les réseaux partenariaux des Conseils Généraux.

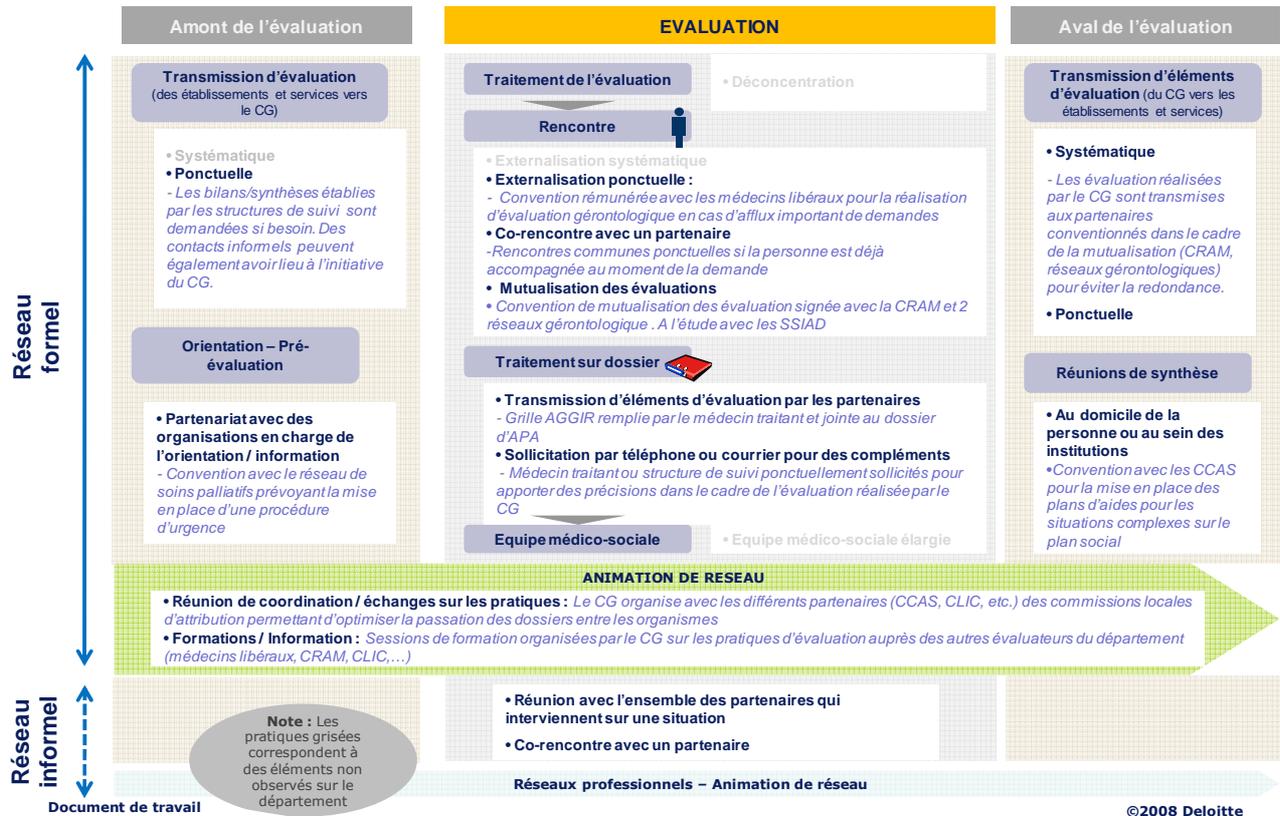


- 1 Fort investissement sur la partie animation du réseau de nature formelle**
 - Ex : CG Indre et Loire
 - 2 Fort investissement dans les partenariats formels portant sur l'évaluation elle-même (externalisation d'évaluation) et dans l'animation du réseau (du fait notamment de ces externalisation)**
 - Ex : CG Yvelines
 - 3 Utilisation de tous les types de relations partenariales formelles**
 - Ex : CG des Alpes Maritimes
- Nota Bene : Ces combinaisons sont schématiques. Dans la réalité la plupart des organisations rencontrées nouent des relations formelles et informelles, à tous les moments de l'évaluation (la distinction entre les différents moments pourrait à ce titre sembler artificielle). L'intérêt est de représenter là où l'investissement du Conseil Général est le plus important.





3 Animation importante du réseau partenarial : CG 06
 Représentation non exhaustive des relations partenariales existantes, réalisée sur la base des informations recueillies lors de l'étude



8. Analyse détaillée de la question : Quelles sont les difficultés rencontrées par les évaluateurs ? Quels sont les facteurs facilitant ? Quelles sont les pistes possibles pour une amélioration des pratiques ?

I. Les difficultés rencontrées par les évaluateurs

- A. Les difficultés liées aux modalités de réalisation de l'évaluation
- B. Les difficultés liées aux exigences de qualité de l'évaluation et de pertinence de la réponse que se fixent les évaluateurs

II. Les facteurs considérés comme facilitant l'évaluation par les professionnels

Les difficultés rencontrées par les évaluateurs des équipes des Conseils Généraux et/ou des Maisons Départementales des Personnes Handicapées relèvent de natures et de portées différentes. Certaines sont spécifiquement liées à la réalisation de l'évaluation soit sur dossier soit lors de la rencontre avec la personne (à domicile ou en consultation), d'autres relèvent plus de la représentation que se font les évaluateurs du niveau de qualité qu'ils souhaiteraient atteindre au regard des situations qu'ils rencontrent.

Qu'elle concerne les personnes âgées ou les personnes handicapées, la pratique d'évaluation apparait confrontée aux mêmes types de difficultés – qu'il conviendra de détailler et de préciser lorsqu'une distinction entre personnes âgées et personnes handicapées sera nécessaire : il n'a pas semblé justifié de présenter distinctement les deux types d'évaluation.

Au-delà des difficultés rencontrées, des pistes d'amélioration ont été indiquées par les évaluateurs et les organisations étudiées. Les difficultés rencontrées par les évaluateurs.

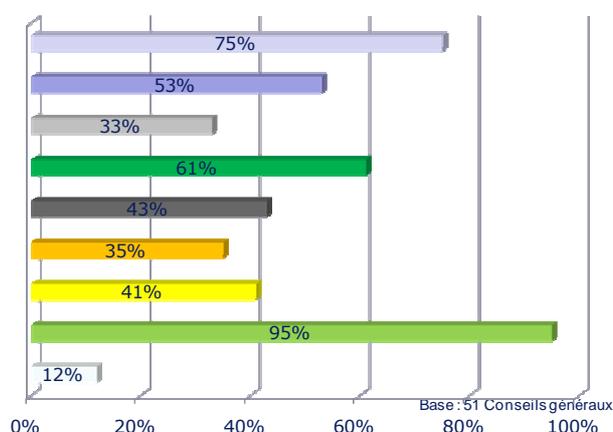
A. Les difficultés rencontrées par les évaluateurs

1. Les difficultés liées aux modalités de réalisation de l'évaluation

Les questionnaires proposés aux Conseils généraux et aux MDPH ont recensé une partie des difficultés rencontrées par les évaluateurs.

Notez de 1 à 5 les principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des évaluations des besoins des personnes (plusieurs réponses possibles)

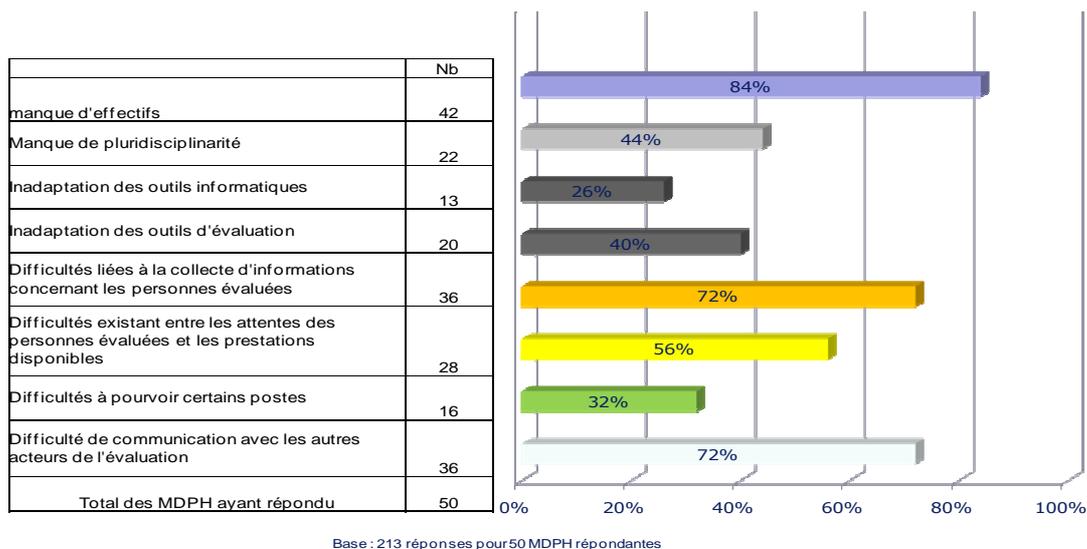
	Nb
Manque d'effectifs au regard du nombre de dossiers à évaluer	38
Difficultés à pourvoir certains types de postes	27
Manque de pluridisciplinarité au sein des équipes médico-sociales	17
Inadaptation des outils d'évaluation que vous utilisez	31
Inadaptation des outils informatiques	22
Difficultés liées à la collecte d'informations concernant les personnes évaluées	18
Difficultés de communication avec les autres acteurs de l'évaluation sur le département (partenaires conventionnés et non conventionnés, associations, services à domicile, établissements, CLIC,...)	21
Difficultés liées au décalage existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles	48
Autre	6



Source : questionnaire Conseils Généraux

NB : Les pourcentages indiqués correspondent à la proportion des CG ayant coché cette réponse (plusieurs réponses possibles)

Notez de 1 à 5 les cinq principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des évaluations des besoins des personnes



Source : questionnaire MDPH

NB : Les pourcentages indiqués correspondent à la proportion des MDPH ayant coché cette réponse (plusieurs réponses possibles)

- **Disposer des ressources internes suffisantes pour traiter les demandes et évaluer le besoin**

Qu'elle concerne les personnes âgées ou les personnes handicapées, la difficulté majeure identifiée relève de la **charge de travail** liée à l'évaluation et au manque d'effectif estimé pour traiter cette charge de travail. Une équipe sur deux d'évaluateurs des Conseils Généraux sur deux considère que le manque d'effectifs (toutes compétences confondues) constitue une des principales difficultés dans l'exercice de leur profession. Ce chiffre s'élève à 72% pour les MDPH ayant répondu au questionnaire.

Deux situations sont à relever néanmoins : les organisations qui parviennent à traiter les demandes dans des délais considérés comme acceptables et celles qui affichent aujourd'hui des délais de traitement hors des moyennes nationales. Quelles que soient les causes de ces difficultés (organisation peu optimisée, volume de demandes élevé, manque d'effectifs ...) elles apparaissent néanmoins au cœur des préoccupations des évaluateurs.

L'étude des représentations et de la fonction d'évaluation illustre bien cette difficulté perçue par les évaluateurs. Ils regrettent de ne pas disposer de suffisamment de temps pour mener de façon systématique une évaluation fine des besoins et assurer un suivi du dossier du demandeur. Ceci est d'autant plus vrai que les évaluateurs du Conseil général du Gers tentent de coller au plus près des délais réglementaires.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile

L'infirmière évaluatrice du Conseil Général regrette de ne pouvoir faire plus de suivis des personnes. « *Peut-être un petit regret d'avoir beaucoup de dossiers à traiter et de ne pas être en terme de suivi - plus près. On sacrifie les suivis pour traiter les nouvelles demandes. Les suivis viennent, des fois des services d'aide à domicile qui nous alertent. On est à une échelle où l'on ne peut pas faire du suivi personnalisé comme on aimerait le faire.* »

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général du Gers

Au-delà du nombre d'évaluateurs, c'est aussi la **nature de la ressource disponible** et mobilisée qui pose question. La vacance persistante de certains types de postes, les difficultés à recruter des professionnels médicaux spécialistes ou généralistes pour assurer la lecture

médicale d'une situation, sont considérées comme un frein important dans la pratique d'une évaluation de qualité, au-delà même des aspects de respect de la réglementation. 35% des conseils généraux questionnés indiquent que la vacance de poste constitue une difficulté majeure pour l'organisation.

Cette situation est d'autant plus signalée par les évaluateurs lorsque ce manque de ressources est considéré comme un **frein à une évaluation pluridisciplinaire**.

En effet, alors que certains évaluateurs estimeraient nécessaire le recours à une compétence complémentaire à la leur, après une première visite ou même lors des réunions d'équipes pluridisciplinaires, afin d'affiner et valider leur évaluation, ces ressources ne sont pas toujours disponibles en interne dans les équipes du Conseil général ou de la MDPH. Dans ce cas, le recours à des partenariats externes est d'autant plus fondamental pour compléter l'évaluation.

C'est pourquoi l'absence de ressources internes spécialisées et/ou expertes rend, le recours à des partenaires indispensable (associations notamment) pour réaliser une évaluation pluridisciplinaire et globale. Ces associations contribuent à l'analyse de besoins et à la proposition de réponse à apporter.

Dans ce cas se pose la **question de la capacité des équipes du Conseil général ou de la MDPH à effectuer la synthèse de l'évaluation :**

- Lorsque le **partenaire sollicité** est en **acteur du suivi de la personne**, le risque de parti pris de tel ou tel partenaire est réel et la MDPH ou le Conseil Général ont parfois du mal à se positionner par rapport à leurs éléments d'évaluation ou leurs préconisations.
- **Autre source de difficulté : les déficiences sur lesquelles il y a coexistence d' « écoles de pensées » aux conceptions diverses et/ou opposées.** La difficulté de l'Institution à poser son propre regard sur une situation et à proposer elle-même une réponse à l'évaluation des besoins identifiés est ainsi d'autant plus forte pour certains types de déficiences. En effet, alors que sur le champ du handicap moteur, les écoles théoriques sont parvenues à définir un « corpus » commun tant dans l'évaluation des besoins que dans les réponses à apporter, elles n'ont pas abouti à ces mêmes dispositions sur les champs des handicaps psychique ou sensoriel par exemple.
De ce fait, les partenaires ou associations porteurs de l'une ou l'autre des théories – auxquels font appel la MDPH ou le Conseil Général – dictent les positions sans réelle possibilité pour l'Institution d'en apprécier le bien fondé.
Cette difficulté a été soulevée à plusieurs reprises par les évaluateurs.

- **S'appuyer sur des outils adaptés à l'analyse de la situation de la personne**

- **Disposer d'un outil adapté à l'évaluation des besoins et non réduit à l'éligibilité**

Concernant les évaluations des besoins des personnes âgées, les professionnels soulignent très souvent la difficulté liée au manque d'outils adaptés à l'analyse de la situation de la personne rencontrée. C'est l'une des premières difficultés identifiées par les évaluateurs des Conseils Généraux ayant répondu au questionnaire: 40,3% des conseils généraux considèrent que les outils d'évaluation sont inadaptés.

Si AGGIR est bien un outil partagé, adopté par la quasi-totalité des professionnels, élément facilitateur dans leur pratique quotidienne de l'évaluation et garant d'une harmonie dans la nature des données recueillies, il n'est pas un outil d'évaluation des besoins, ni à domicile ni en établissement.

Les professionnels de l'évaluation le ressentent bien, en explicitant ses limites. La grille AGGIR est davantage perçue comme un outil d'aide à l'analyse de l'éligibilité aux prestations que comme un outil d'analyse des besoins de la personne évaluée. C'est ce point qui incite les conseils généraux et les MDPH à développer et utiliser des outils « maison » qu'ils considèrent plus proches des nécessités de leurs pratiques professionnelles.

Selon les évaluateurs rencontrés dans le cadre de l'étude des représentations, la grille AGGIR n'est pas totalement adaptée aux personnes âgées en établissement.

Les items se rapportent essentiellement à la dépendance physique du patient et pas suffisamment aux autres aspects de la dépendance. Le GIR reflète uniquement le degré d'autonomie de la personne et non la charge de travail qui incombe à l'établissement. La grille « Pathos » semble plus adaptée et est attendue par les établissements notamment.

Illustration : Personne âgée vivant en établissement

Isabelle, gériatre coordinatrice de l'établissement, pense que la grille AGGIR actuelle, n'est pas le meilleur outil d'évaluation des besoins de prise en charge des résidents par le personnel de l'établissement. « *Le GIR ne traduit pas la charge de travail qui incombe à l'établissement. Il n'y a pas forcément de corrélation entre cette évaluation et la réalité; un GIR 1 peut prendre moins de temps qu'un GIR 2 ou 3.* »

Elle est en attente de la prise de considération de la grille Pathos⁵¹ : « *La grille Pathos est très différente du GIR, qui évalue les états pathologiques du résident. Et après, on fait un croisement des deux, GMP et PMP, et on arrive à un chiffre qui, à mon avis, reflèterait davantage la réalité de la prise en charge.* »

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général d'Indre et Loire

Pour évaluer les besoins des personnes handicapées, le problème se situe plus en termes d'appropriation de l'outil (voir ci-dessous). Le GEVA est bien reconnu comme un outil d'évaluation des besoins mais son maniement exige un investissement fort des équipes. Cet outil est en effet très complet et très structuré. Il nécessite d'être bien compris pour être bien utilisé mais une fois son fonctionnement et ses objectifs compris, il est très intéressant pour réaliser le travail d'évaluation des besoins.

▫ **Disposer d'un outil adapté à toutes les situations, tous les handicaps**

Concernant l'évaluation des situations des personnes âgées, la grille AGGIR ne semble pas correctement convenir aux situations suivantes :

- Analyse d'une situation d'une personne présentant des troubles cognitifs ;
- Analyse d'une situation d'une personne souffrant de pathologies psychiques;
- Analyse d'une situation dont la pathologie est évolutive ;
- Analyse d'une situation dont la pathologie est cyclique ;
- Analyse d'une situation d'une personne souffrant d'un pluri-handicap et d'une très faible autonomie (imprécision de la grille);
- Faiblesse de prise en compte de l'environnement social de la personne dans les critères de la grille.

⁵¹ Pathos n'est pas un outil d'évaluation des besoins individuels de compensation mais un outil d'évaluation de la charge en soins médicaux statiques.

Personne âgée présentant un pluri-handicap et prise en charge à domicile

Les évaluatrices estiment que la grille AGGIR n'est pas toujours mobilisable pour évaluer les besoins. Le demandeur présente ici un très faible niveau d'autonomie – l'évaluation des besoins doit permettre de mettre en évidence des facteurs environnementaux et préciser finement le niveau d'autonomie de la personne, ce qu'elles considèrent comme difficilement réalisable avec la seule grille AGGIR.

Cas 109 Département Seine et Marne

Personne âgée présentant un handicap psychique et prise en charge à domicile

Personne âgée de sexe féminin, présentant un handicap psychique. Une première évaluation a lieu à l'hôpital. L'évaluatrice estime que la grille AGGIR est difficilement mobilisable et peu adaptée à ce type de handicap : il convient de pouvoir faire la part des choses entre ce qui relève du trouble du comportement et ce qui relève de l'état réel de cette personne.

Cas 108 Département Seine et Marne

Concernant l'évaluation des situations des personnes handicapées, le GEVA ne permettrait pas d'évaluer de manière satisfaisante les situations notamment celles relevant du handicap psychique. En outre, l'inadaptation des outils d'évaluation a été citée par 72% des MDPH ayant répondu à l'étude quantitative comme étant une des principales difficultés rencontrée dans la réalisation des évaluations.

▫ **S'approprier l'outil**

Le changement et/ou l'adaptation des outils utilisés comme support de l'évaluation est identifié comme une difficulté importante.

La diffusion des outils sur le terrain est longue, les termes et les objectifs des outils faisant référence à des concepts et pratiques professionnelles attendues.

Aussi est-il nécessaire à la fois d'accompagner des équipes à l'utilisation des nouveaux outils par des formations et par ailleurs, d'assurer aux outils une certaine stabilité voire durée de vie afin que les évaluateurs aient le temps de se former et d'utiliser ces outils.

La difficulté apparaît aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées

- Les difficultés de cet ordre pour la grille AGGIR concernent surtout la définition des termes et une appropriation partagée de l'outil et de sa terminologie
- Concernant le GEVA c'est l'utilisation globale de l'outil qui est jugée « lourde », « difficile »

▫ **Outil informatique pour gérer les dossiers**

Pour les MDPH, l'absence d'outils informatiques adaptés et performants constitue une réelle difficulté. 56% du total des MDPH ayant répondu à l'étude quantitative considèrent que ce manque d'outils est handicapant dans leur pratique professionnelle.

Dans la mesure où l'outil informatique permet d'accéder rapidement aux informations concernant les demandeurs (et notamment à l'historique du dossier), cet aspect peut être un vrai obstacle dans la pratique de l'évaluation. Les évaluateurs ne peuvent disposer facilement des informations utiles rapidement

• **Disposer d'une information complète, précise, structurée, informative et la partager**

Disposer d'une information la plus complète possible, précise et de nature à informer l'évaluateur du contexte environnemental constitue pour ceux-ci à la fois un gage de qualité de l'évaluation réalisée mais aussi – en leur absence – une difficulté dans leur pratique quotidienne.

Les évaluateurs peuvent regretter :

- Un manque d'informations – dont les causes peuvent être diverses et/ou un niveau de précision insuffisant ;
- Un manque de transmission d'informations entre acteurs et donc une déperdition d'informations pourtant disponibles;
- Un traitement difficile de l'information disponible et un défaut d'harmonisation des transmissions.

Un manque d'informations nécessaires à la meilleure compréhension de la situation de la personne

Considérant que l'information recueillie par les évaluateurs aux différents moments de l'analyse de la situation de la personne (visite, analyse de dossier, ...) doit permettre d'obtenir une connaissance et une compréhension de sa situation médicale, de son environnement social et affectif, d'éventuels historiques de prise en charge, une évolution de son comportement ou de son autonomie, chaque acteur contribue à livrer une partie de l'information : le médecin traitant, la famille, l'aidant, les proches, les associations/établissements de prise en charge, l'hôpital, la caisse de retraite, ...

Or, les évaluateurs des besoins des personnes âgées soulignent les difficultés à obtenir la totalité des informations utiles à la réalisation de leurs évaluations : absence d'éléments liés au dossier, difficultés à joindre les proches, mais aussi les services hospitaliers ou associations à domicile. Très variable en fonction des départements mais aussi des individus réalisant l'évaluation, il n'en reste pas moins que le recueil de cette information considérée comme essentielle constitue une difficulté majeure pour les évaluateurs.

Cette difficulté est moins évidente pour les MDPH. Le manque de communication avec les autres acteurs chargés de l'évaluation n'apparaît pas comme une difficulté majeure dans le questionnaire renseigné par les MDPH. Cette difficulté apparaît comme l'une des moins citées, même si elle est citée par 40% des personnes interrogées

Un manque de transmission systématique d'informations entre acteurs et donc une déperdition d'informations pourtant disponibles

Cette information multidimensionnelle est recueillie par la plupart des acteurs – chacun dans son domaine respectif. Les évaluateurs regrettent – dans certains départements –

l'absence de formalisation d'un protocole d'échanges d'information qui permettrait de fluidifier la circulation d'une information pourtant existante.

Personne âgée vivant à domicile, présentant des déficiences motrices, suivie par un SSAD

Les évaluateurs du CG regrettent que les informations disponibles au SSAD qui suit la personne ne soient pas formalisées systématiquement et mises à disposition des autres évaluateurs, et notamment ceux du CG, après leur propre évaluation.

Cas 5 Département d'Ille et Vilaine

Personne âgée vivant à domicile, présentant des troubles psychiques, dont l'accompagnement est réalisé par un SSAD

Peu d'échanges entre le SSAD et le CG. L'association estime qu'elle aurait toute sa place dans le processus d'évaluation menée par le CG mais qu'elle n'en a pas les moyens financiers : il leur faudrait dégager du temps d'intervenants pour être présents lors de l'évaluation.

Cas 3 Département d'Ille et Vilaine

Enfin, certains évaluateurs mettent en avant une difficulté à traiter une information parfois riche, disponible, émanant des différents acteurs entourant la personne âgée ou handicapée.

Cette difficulté peut être liée à :

- L'absence de clés de lecture disponibles et partagées entre intervenants
 - Ex. rapports mis à disposition par les établissements suivant une personne handicapée mais qui traitent, classent l'information selon une logique de suivi de la personne en établissement, mais pas dans une logique d'évaluation du besoin.
- L'absence de formalisation de cette transmission d'information (hôpital – CG/ hôpital – MDPH/ établissement-MDPH...) qui ne permet pas un traitement efficace et systématique de l'information disponible.

Les évaluateurs qui ne disposent pas de réseaux organisés dans leur département ou sur le territoire soulignent l'avantage que leur apporterait cette structuration en réseau dans l'identification, la circulation et le traitement de ces informations et la nécessité d'une tête de réseau pour organiser et structurer ces échanges.

Personne âgée vivant à domicile, présentant un pluri-handicap non suivie à domicile

Le travail effectué en amont de l'évaluation menée par le Conseil général, par le réseau gérontologique, constitue une aide précieuse. D'une part parce que cela permet d'accélérer le traitement de la demande formulée, d'obtenir une meilleure réactivité de l'aide en cas de dégradation subite de la situation et par ailleurs une simplification de la démarche d'évaluation et pour le demandeur et pour l'évaluateur Conseil général parce que la personne n'est rencontrée qu'une ou deux fois maximum (y compris Conseil général) pour déterminer son plan d'aide.

Ici l'infirmière du Conseil général a mené l'évaluation en présence d'un des représentants du réseau gérontologique

Cas 105 Département des Yvelines

- **Réunir les compétences nécessaires à la réalisation d'une évaluation globale et pluridisciplinaire**

Au-delà des ressources, des outils et des informations disponibles, une des difficultés relevées par les évaluateurs concerne la possibilité/capacité à mobiliser la compétence la plus adaptée à la situation de la personne et ce, au meilleur moment.

La difficulté présentée par les évaluateurs peut être de plusieurs sortes :

Une difficulté à identifier « en amont » la compétence la plus appropriée pour évaluer la personne.

- La lecture du dossier de demande et la qualité des pièces informatives jointes permettent plus ou moins facilement de « pré-qualifier » une situation afin d'affiner la composition de l'équipe qui va aller évaluer la personne et/ou de mobiliser la personne dont la qualification est la plus proche de la problématique posée. Cette remarque rejoint le point traité ci-dessus concernant la qualité/complétude du dossier transmis lors de la demande. Cette pré-qualification est souvent réalisée par le médecin ou par une équipe d'orientation des dossiers.
 - Par ailleurs, et dans les faits, cette modulation de l'équipe et/ou de la compétence est souvent contrainte par les ressources disponibles soit sur un territoire donné (répartition géographique des personnes suivies), soit au sein de l'organisation (ex : présence ou non d'un ergothérapeute, ...).
- Une difficulté à disposer en interne de la compétence la plus appropriée (ressources disponibles). Ce point a été traité préalablement et apparaît clairement dans les réponses aux questionnaires CG : 22% des CG considèrent qu'il manque certaines compétences (notamment psychologues et ergothérapeutes) pour assurer une réelle pluridisciplinarité à l'évaluation et une évaluation de qualité;
- Une difficulté à mobiliser la compétence la plus appropriée (partenariat) si elle n'est pas disponible en interne.
 - Les évaluateurs indiquent rencontrer des difficultés à mobiliser des ressources pour réaliser une évaluation nécessitant une expertise spécifique (ex. : ergothérapeute, psychologue, médecins spécialistes, ...) lorsqu'un réseau formalisé n'est pas mis en œuvre ou qu'une convention de partenariat n'est pas établie. Ces difficultés sont d'ordre budgétaire mais constituent aussi une charge de travail ou une « consommation de temps » non négligeable pour les équipes d'évaluation. En effet, l'existence d'un réseau plus ou moins structuré permet aux évaluateurs de ne pas perdre de temps à « chercher » le bon interlocuteur et de prendre contact rapidement avec la bonne personne.

- **Connaître le panel des réponses possibles aux besoins identifiés et maîtriser l'environnement institutionnel**

Les évaluateurs indiquent qu'il leur est difficile de maîtriser l'environnement institutionnel des personnes âgées ou handicapées, environnement sur lequel ils pourraient s'appuyer pour apporter utilement une réponse aux besoins identifiés.

Tant la multiplicité des aides portées par des acteurs différents (notamment dans le cadre des Personnes âgées) que l'évolution régulière des prestations mobilisables constituent pour les évaluateurs une difficulté complémentaire ; il leur est nécessaire de se tenir informés ou d'être formés régulièrement sur les aides possibles.

- **Disposer d'un dispositif des aides et des prestations lisible aux personnes âgées et/ou handicapées**

Les dispositifs réglementaires d'aides et de compensation se révèlent pour les usagers relativement peu lisibles tant sur :

- Les acteurs intervenant dans les différents moments de la prise en charge (évaluation, assistance, ...) et leur articulation ;
- Les critères d'éligibilité aux différentes aides et compensation ;
- Les objectifs des prestations possibles ;
- Le parcours administratif à suivre pour déposer un dossier ;
- Le vocabulaire utilisé et les acronymes ainsi que les références à des textes ou décrets.

Cette complexité perçue par les usagers rend le travail de l'évaluateur plus difficile: lors d'une visite à domicile par exemple, il devient tout à la fois évaluateur des besoins de la personne mais aussi « représentant » des possibilités offertes et possibles pour la personne.

La complexité des dossiers et la faible lisibilité des aides disponibles ont été soulignées lors de l'étude des représentations menée par TNS.

Les usagers ne sont pas toujours informés des aides auxquelles ils peuvent prétendre.

L'étude des représentations montre que certains évaluateurs rencontrés se fixent pour objectif de présenter aux demandeurs le panel des aides possibles ainsi que la procédure du traitement de la demande.

Illustration : Personne âgée vivant à domicile.

Elisabeth avait deux objectifs principaux lors de la visite : évaluer les besoins et mettre en place le plan d'aide tout en faisant preuve de pédagogie. Elle explique le contexte de la visite, le fonctionnement de l'aide, les droits, la façon dont l'aide va se mettre en place, l'intervention des prestataires...

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général du Gers

Personne âgée de 65 ans, présentant un handicap moteur et prise en charge à domicile.

La personne du CCAS qui a rédigé la demande avec la personne âgée estime que beaucoup de demandeurs rencontrent des difficultés dans le renseignement des dossiers car ils contiennent de nombreux sigles, des répartitions de questions. Elle considère qu'il est absolument nécessaire qu'une personne aide la personne âgée à rédiger la demande qui n'a sinon aucune chance d'aboutir.

Cas 110 Département de Seine et Marne

2. Les difficultés liées aux exigences de qualité de l'évaluation et de pertinence de la réponse que se fixent les évaluateurs

- **S'imprégner des nouveaux concepts et d'une culture de l'évaluation globale pour modifier/améliorer ses pratiques professionnelles**

Les changements législatifs ont fait évoluer les dispositifs possibles d'accompagnement pour les personnes handicapées et âgées.

Dans le domaine du handicap en particulier, la notion de compensation du handicap et celle d'évaluation globale sont celles autour desquelles s'organisent les dispositifs d'accompagnement des personnes.

La mise en œuvre des changements tant culturels que de pratiques professionnelles nécessite que ces notions soient explicitées pour éclairer et guider le professionnel dans l'évaluation des besoins.

Or, il apparaît que cerner le périmètre de ce qui relève de la compensation du handicap présente pour les évaluateurs une difficulté, source d'interprétations diverses : jusqu'où la société peut-elle ou doit-elle compenser le handicap constaté ? Quelle traduction concrète cette compensation peut-elle prendre et jusqu'où l'aide apportée constitue-t-elle une réponse compensatoire ? La naissance d'une « culture commune » autour de ces nouvelles notions se construit encore chaque jour aujourd'hui avec les équipes de terrain et avec les membres de commissions des droits et de l'autonomie. Aussi, s'imprégner de ces concepts constitue une difficulté actuelle des évaluateurs. Les réunions pluridisciplinaires et les échanges entre équipes d'évaluateurs permettent de répondre aux interrogations relatives au périmètre de ces notions, au risque de créer, par département, des interprétations différentes.

- **Identifier le besoin réel de la personne dans le cas de situations complexes ou spécifiques : le « juste » diagnostic.**

Les évaluateurs indiquent être confrontés à une difficulté liée à la nature de la situation évaluée. Que ce soit pour les personnes âgées ou pour les personnes handicapées, les évaluateurs considèrent que les évaluations des pathologies évolutives et des pathologies « cycliques » constituent des situations complexes à évaluer.

Cette complexité réside tout autant dans la nature même de la pathologie que dans le manque d'appréhension/de connaissance de ces pathologies par les évaluateurs.

Certains évaluateurs se sentent moins « armés » pour réaliser une « juste » évaluation et une identification pertinente des besoins dans ces cas là.

Adulte vivant à domicile et présentant une déficience motrice incomplète du fait d'une maladie évolutive.

Le demandeur habite avec son fils de 13 ans. L'évaluatrice a, en plus des besoins du demandeur, évalué les besoins relatifs à l'accompagnement à la vie sociale notamment pour les périodes de vacances scolaires.

L'évaluatrice a préconisé un suivi par un centre médico-psychologique pour la maman ainsi que la mobilisation de la guidance infantile pour prévenir tout risque de fragilité de l'enfant.

Cas N°67 – Département du Gers.

Ceci est également le cas pour les handicaps psychiques, les évaluateurs relèvent fréquemment la spécificité et la complexité de l'évaluation à mener. Une double raison est avancée :

- Comme pour les pathologies évolutives, c'est la nature même du handicap psychique, mais aussi le manque de connaissance de cette forme de handicap par certains évaluateurs qui constitue une difficulté ;
- Le deuxième facteur réside dans la temporalité de l'évaluation : comme indiqué dans les chapitres précédents, l'évaluation est très souvent réalisée lors d'une unique visite ou rencontre. Or, ce type de handicap ne peut probablement pas être évalué de manière conclusive lors d'une unique visite, influencée par l'état de la personne au moment précis de la visite.

Personne âgée vivant à domicile présentant une déficience mentale et psychique ainsi que des troubles du comportement

La personne refuse d'une part de communiquer avec l'évaluatrice et d'autre part, la personne étant en situation de démence, il est difficile d'évaluer l'état de la personne tant il peut être fluctuant. Dans ce cas, c'est la tierce personne accompagnant le demandeur qui a formulé les besoins.

Cas 70 Département du Gers

Personne âgée vivant à domicile présentant un handicap psychique

La personne a des difficultés à communiquer. L'évaluatrice estime ne pouvoir s'appuyer sur aucun outil pour réaliser l'évaluation de la situation présentée. Elle prend des renseignements dans le voisinage et dans la famille et s'appuie sur des éléments médicaux. Elle réalise une longue visite à domicile (4H) pour être en mesure d'établir une analyse sérieuse du degré d'autonomie de la personne.

Cas 108 Département de la Seine et Marne

Personne âgée vivant à domicile présentant un handicap psychique

La personne est opposante et non coopérative et inconsciente de son état. Elle refuse d'une part de communiquer avec l'évaluatrice et ne comprenait pas sa présence. Dans ce cas, c'est la tierce personne accompagnant le demandeur qui a formulé les besoins.

Cas 111 Département de la Seine et Marne

- **Réaliser une évaluation globale des besoins plutôt qu'une réponse aux besoins formulés par l'utilisateur**

Les évaluateurs indiquent rencontrer des difficultés liées à l'exercice même de l'évaluation : **s'assurer de réaliser l'évaluation globale des besoins** de la personne plutôt que d'apporter strictement une réponse à une simple demande qui peut être formulée par la personne mais aussi par un tiers.

Ainsi, les évaluateurs mentionnent les difficultés à **fonder leur analyse des besoins non** sur le certificat médical **mais bien sur la prise en compte de réalités constatées** lors d'une visite à domicile ou d'une consultation.

Cette difficulté constitue une interrogation forte quant à la qualité de la pratique professionnelle des évaluateurs : les données et informations extérieures contribuent certes, à éclairer l'évaluateur sur la situation personnelle et l'état du demandeur mais peuvent également venir perturber l'analyse qu'il aurait menée. Il est possible en effet qu'il soit influencé dans sa pratique d'évaluation par les informations recueillies. Ainsi, il existe un risque de biaiser l'évaluation du fait des informations disponibles en amont n'est pas neutre.

Par ailleurs, les évaluateurs considèrent qu'il leur est parfois difficile, au cours de l'évaluation de **bien prendre en compte l'expression du besoin de la personne évaluée et non celle des aidants** (même si celle-ci peut par ailleurs être entendue).

Dans certains cas – difficultés d'expression, déni de l'aide, - l'évaluation nécessite de prendre du temps et de croiser de nombreuses informations relatives au contexte, à l'historique, aux capacités de cette personne – le risque de ne prendre en compte que la perception du besoin de la personne âgée par la tierce personne présente lors de l'évaluation est réel.

C'est pourquoi si la grande majorité des évaluateurs considère que la présence d'un tiers lors de l'évaluation constitue un facteur facilitant pour appréhender la situation d'une personne (notamment dans les cas où la personne communique difficilement ou est dans le déni de sa situation), ils n'en restent pas moins vigilants sur ce risque.

L'étude des représentations met en lumière l'importance des éléments recueillis auprès de l'entourage du demandeur (enfant, amis, aide à domicile) et du personnel soignant (infirmière, médecin traitant). Ceci permet d'enrichir mais surtout de confronter le discours de la personne âgée avec l'observation et les propos des tiers lors de la visite d'évaluation.

Illustration : Personne âgée à domicile

Sabine, infirmière évaluatrice du Conseil Général, apprécie la présence d'un aidant lorsque les personnes présentent des déficiences mentales. C'est pour elle un élément important. Mais elle doit faire attention à recueillir au maximum l'avis de la personne concernée : « *On prend beaucoup en compte l'avis des aidants. Un aidant, ça s'épuise et il faut éviter cette situation. C'est important aussi de ne pas mettre en avant l'aidant pendant l'entretien, c'est la personne âgée qui doit s'exprimer autant qu'elle veut.* »

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie Conseil Général des Ardennes

- **Adapter la réponse aux besoins de la personne et à son environnement**

Sans reprendre les éléments décrits dans la question 3 relative à l'adaptation de l'évaluation et de sa réponse à l'utilisateur, les évaluateurs considèrent que l'absence de souplesse dans la réponse formulée aux personnes âgées ou handicapées constitue une réelle difficulté.

Cette absence de souplesse peut être liée soit à la possibilité pour le Conseil Général ou la MDPH de répondre – dans le cadre des prestations existantes - au besoin – soit à la difficulté pour les partenaires (associations, établissements, ...) de prendre en charge cette demande.

L'adaptation de la réponse aux besoins formulés peut relever :

- Des habitudes de vie de la personne et de sa culture (ex. : religion);
- De la prise en compte de son environnement proche et de sa capacité à prendre à sa charge la situation constatée (personne évaluée vivant en couple, problématiques des aidants).

Personne âgée vivant à domicile et présentant une déficience mentale et psychique et des troubles du comportement

La personne est lourdement dépendante et vit dans un environnement particulier : elle se chauffe au bois : elle a donc besoin d'une aide pour porter les bûches de bois qui lui servent à se chauffer.

Cas 70 Département du Gers

- **Répondre à l'ensemble des besoins identifiés par la personne ou l'évaluateur**

Les évaluateurs mettent en avant – de manière évidente pour les équipes du Conseil Général – une difficulté réelle à pouvoir répondre aux demandes des personnes évaluées. 62% des conseils généraux affirment qu'il existe un décalage entre les demandes formulées et les réponses pouvant être apportées.

Les évaluateurs peuvent parfois identifier des besoins dont la réponse participerait à l'augmentation ou au maintien de l'autonomie de la personne mais qui ne sont pas directement liés à la situation en tant que telle de l'évalué (aide au conjoint, aides pour l'entretien des espaces extérieurs, ...).

Parfois, ces besoins ne peuvent être pris en charge par le panel des réponses possibles dans le cadre de l'APA. Ainsi, l'absence de réponse possible dans le cadre de l'APA, ou d'une prestation MDPH constitue pour les évaluateurs un point de blocage.

Dans l'étude des 124 situations, plusieurs cas ont permis d'identifier les limites d'intervention et de réponse de l'APA ou de la PCH.

Personne âgée présentant un handicap psychique à domicile.

Cette femme vit seule avec son mari, de manière totalement isolée, avec un fort soutien du mari. L'évaluation devrait donc porter sur le couple pour tenir compte des besoins de l'aidant : ce n'est donc pas la personne seule qui a été évaluée mais le couple en situation d'isolement. Néanmoins, les aides ne peuvent porter que sur la personne présentant la demande.

Cas 99 Département des Ardennes

Des aides permettant l'accompagnement à des sorties culturelles, l'accompagnement dans ses courses quotidiennes pourraient utilement être proposées afin que la personne âgée vivant à domicile garde un dynamisme physique et social.

- **Gérer /accepter les évaluations contradictoires et/ou discordantes**

On a vu que la pluridisciplinarité prenait sa forme la plus aboutie dans la réunion de coordination réalisée dans les Conseils Généraux ou les MDPH, et partiellement lors de la réalisation des évaluations en tant que telles.

La richesse de l'analyse issue du croisement des expertises et évaluations constitue pour les évaluateurs au moins une réelle amélioration dans le regard porté sur une situation et donc – a priori, dans la réponse qui y est apportée, dans les limites des possibilités de la réglementation..

Les évaluateurs indiquent néanmoins qu'il n'est pas rare qu'une évaluation réalisée par différentes personnes fasse émerger des conclusions différentes ; parfois contradictoires, notamment entre évaluation médicale et autres évaluations.

Dans ces cas, les évaluateurs notent parfois le caractère systématique de la prédominance de l'analyse médicale sur les autres analyses. C'est ce côté systématique qui est regretté, voire incompris.

L'importance du rôle du coordinateur des équipes est soulignée par les évaluateurs pour atténuer ou gérer cette pratique au sein des équipes.

B. Les facteurs considérés comme facilitant l'évaluation par les professionnels

Au cours des entretiens et groupes de travail réalisés et à la lecture des questionnaires renvoyés, plusieurs facteurs apparaissent comme porteurs d'amélioration dans la réalisation de l'évaluation des besoins des personnes âgées et/ou handicapées.

- **Eléments relevant de la définition de concepts et référentiels et de la diffusion d'informations à destination des professionnels de l'évaluation**

Un certain nombre de leviers de changement évoqués par les professionnels lors de l'étude concernent :

- la définition de concepts (qu'est-ce qu'une évaluation globale ?) et de référentiels ;
- le regroupement de l'information (sur les aides disponibles par exemple) ;
- la mise à disposition des évaluateurs de ces éléments et d'outils d'évaluation partagés pour
 - o favoriser la diffusion d'une culture commune basée sur des concepts clairement définis et un langage commun,
 - o leur permettre de se situer en termes de pratiques.

▫ **Préciser et diffuser les concepts de compensation et d'évaluation globale**

La définition plus précise des concepts de compensation (notamment de son périmètre) et d'évaluation globale (son sens et ses modalités) est attendue par les équipes d'évaluation. Plusieurs propositions ont été formulées pour permettre aux évaluateurs de faire « vivre » ces concepts sur le terrain et de les appliquer au plus près du sens donné par la loi.

Ainsi, **la formation** apparaît comme une des réponses pour faire évoluer les cultures professionnelles vers ces nouveaux concepts. Conçue au niveau national pour assurer une harmonie du contenu et des messages diffusés, elle devrait être suivie par l'ensemble des évaluateurs.

Cette formation apparaît d'autant plus indispensable qu'elle devrait constituer à terme le « corpus » minima commun à l'ensemble des intervenants. Pour mémoire, l'évaluation est aujourd'hui réalisée par des métiers et des formations très différentes : formations médicales, médico-sociales, éducatives, ...

Elle constituerait l'assurance d'une certaine homogénéité de diffusion et d'harmonisation des pratiques tant au sein d'une même équipe qu'au niveau du territoire national.

Cette formation serait animée par la tête de « réseau » telle que la CNSA pour les MDPH. L'absence de tête de réseau pour les Conseils Généraux pose une difficulté tant dans la définition de la formation pour les personnes âgées que dans son animation.

La seconde réponse réside dans le **développement des évaluations des pratiques professionnelles** plus régulières qu'elles ne le sont actuellement. Ces évaluations auraient une double vocation : celle du contrôle des pratiques et par ailleurs, la diffusion régulière des concepts et des évolutions. Cependant, la mise en œuvre d'un système d'évaluation des pratiques professionnelles requiert la définition d'un **référentiel des compétences et des savoir-faire** utiles et nécessaires à la fonction d'évaluation qui n'existe pas en tant que tel aujourd'hui. De nouveau, l'existence d'une tête de réseau capable de travailler sur ce référentiel et de veiller à sa diffusion constitue un avantage. De plus, la mise en œuvre progressive d'un tel référentiel permettrait d'assurer une certaine harmonie des pratiques au sein des équipes dans les départements et entre les départements, et donc une meilleure équité entre les usagers.

La troisième réponse proposée réside dans la mise en œuvre de modalités de réalisation des temps d'évaluation des pratiques et d'échanges au sein des MDPH et des Conseils Généraux.

Il pourrait être instauré – dès lors que les ressources le permettraient – un système de binôme de l'évaluation entre personnels pour lesquels les concepts et leurs objets ne sont pas maîtrisés. Ce « tutorat » limité dans le temps permettrait une harmonisation des pratiques et un enrichissement des regards portés sur une situation.

Par ailleurs, plusieurs équipes ont institué la venue régulière – et notamment sur des situations qu'ils estiment complexes – de personnes qualifiées d'expertes (associations, médecins extérieurs à l'Institution, ...) sur un type de handicap par exemple ou sur une pathologie précise. Au-delà du seul traitement de la situation présentée, c'est bien la culture « commune » de l'Institution qui se définit progressivement au cours de ces rencontres.

▫ **S'appuyer sur des outils en adéquation avec la situation évaluée**

De nombreuses suggestions ont été formulées pour adapter les outils en fonction de certains éléments tels que :

- Prise en compte de la présence et du soutien de l'aidant ;
- Adaptation et/ou complément des outils sur certaines pathologies (déficience psychique notamment) ;
- Prise en compte de l'environnement social de la personne ;
- ...

Un travail précis en cours de réalisation au sein de la CNSA devrait apporter des éléments de conclusions sur l'amélioration possible de ces outils actuellement disponibles et leur positionnement respectif par rapport au processus d'évaluation.

De nombreuses institutions MDPH ou CG ont par ailleurs développé des outils qu'ils utilisent de manière complémentaire aux outils AGGIR et GEVA.

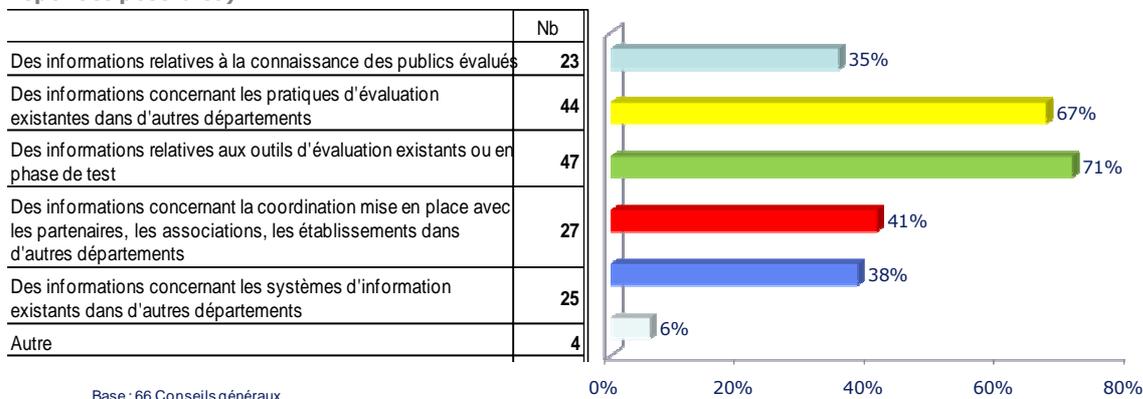
Le recensement de l'existant permettrait des suggestions quant à ces outils et de voir comment ils apportent une information complémentaire et s'articulent avec AGGIR et GEVA.

▫ **Connaître /mettre à jour le panel des réponses possibles aux besoins identifiés**

Les évaluateurs se heurtent parfois à des difficultés liées à l'actualisation des possibilités d'accompagnement et des aides possibles pour des situations particulières. Il ne s'agit pas tant des possibilités offertes par leurs propres institutions (CG ou MDPH) mais par les autres acteurs intervenant dans le soutien et l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées (caisse de retraite, ...). Aussi, un processus de formation professionnelle continue apporterait aux professionnels des éléments de réponse à cette difficulté. Des rencontres entre partenaires pourraient utilement être pratiquées afin de lever cette difficulté. Ceci est d'ores et déjà réalisé dans certains départements.

□ **Disposer de « repères » de pratiques professionnelles et modalités d'organisation**

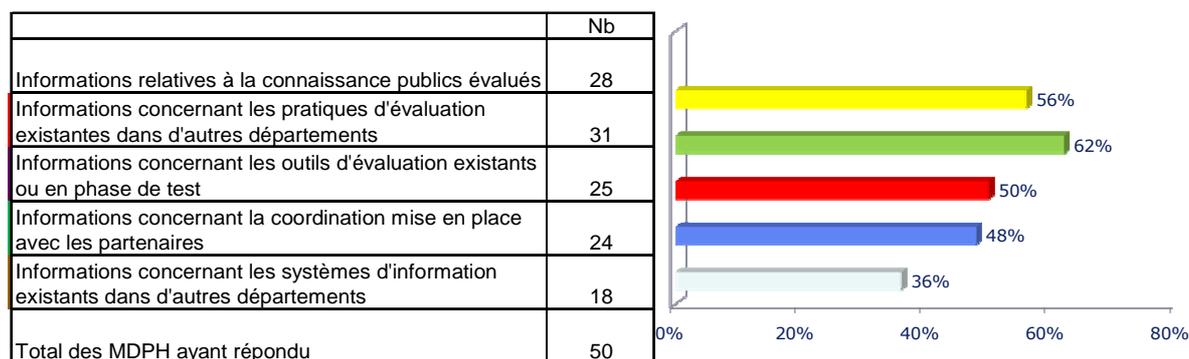
Pour appuyer votre mission d'évaluation, quelles informations pourraient vous être utiles ? (plusieurs réponses possibles)



Source : questionnaire Conseils Généraux

NB : Les pourcentages indiqués correspondent à la proportion des CG ayant coché cette réponse (plusieurs réponses possibles)

Pour appuyer votre mission d'évaluation, quelles informations pourraient vous être utiles ?



Source : questionnaire MDPH

NB : Les pourcentages indiqués correspondent à la proportion des MDPH ayant coché cette réponse (plusieurs réponses possibles)

L'équité de traitement des dépendances qu'elles soient liées à l'âge ou au handicap requiert – au-delà d'une même compréhension par tous du sens de la loi – une démarche identique d'évaluation des personnes et des réponses adaptées aux situations diverses rencontrées.

C'est cette question qui est posée par les évaluateurs lorsqu'ils s'interrogent sur les pratiques professionnelles de leurs collègues. C'est aussi celle de l'efficacité des organisations pour répondre au mieux aux sollicitations des usagers.

Les équipes d'évaluateurs souhaitent disposer de repères de pratiques professionnelles relatives au moment de l'évaluation mais aussi sur l'organisation des institutions et réseaux partenariaux.

Concernant le « moment » de l'évaluation :

- Composition des équipes en effectif rapportées au nombre de demandes ;
- Compétences mobilisées ;

- Modalités précises du processus ;
- Outils utilisés
- Modalités de recueil des informations ;
- Articulation avec des partenaires en amont et en aval ;
- Périmètre du temps d'évaluation ;
- ...

Concernant l'organisation des équipes et des réseaux partenariaux :

- Modalités de « tri » des dossiers ;
- Implication des médecins ;
- Composition de l'équipe pluridisciplinaire/médico-sociale ;
- Fréquence et organisation des équipes pluridisciplinaires ou médico-sociales ;
- Modalités de mobilisation de compétences extérieures ;
- Circuit de l'information interne et externe et limites ;
- Difficultés d'organisation rencontrées/réponses apportées
- ...

La mise en commun de l'ensemble de ces informations et leur diffusion régulière et commentée apporterait à la communauté des évaluateurs une aide dans la réalisation de leur fonction.

- **Eléments relevant de la mobilisation et de l'animation du réseau partenarial, au service du processus d'évaluation**

- **Disposer/Mobiliser la compétence la plus adaptée à l'évaluation de la situation**

La possibilité de mobiliser et/ou de disposer de la compétence la plus adaptée à l'analyse d'une situation personnelle est – de manière évidente – le premier des facteurs facilitant. Au-delà de la question du nombre de compétences disponibles rapportées à la charge de travail requise par les évaluations, c'est la nature de la compétence nécessaire à l'analyse de la situation qui constitue un enjeu.

Plusieurs pistes sont proposées par les Conseils généraux ou les MPDH qui ne disposent pas dans leurs équipes des compétences nécessaires : elles concernent notamment les modalités d'externalisation de l'évaluation ou de parties de l'évaluation. Cette externalisation suppose plusieurs prérequis tels que :

- Une capacité à faire le « tri » en amont, sur la base des dossiers papiers présentés – sur la nécessité de faire intervenir une compétence dont le Conseil Général ou la Maison Départementale des Personnes Handicapées ne dispose pas en interne ;
- Une capacité à mobiliser un réseau de spécialistes pour répondre de manière structurée aux demandes de la MDPH ou du Conseil général. Que ce soient des associations spécialisées sur une pathologie et/ou un médecin généraliste ou spécialiste, le partenariat se doit d'être formalisé et cadré pour permettre de respecter les critères de qualité adoptés par les Conseils Généraux ou les MDPH pour la réalisation de leurs évaluations.

- **constituer et partager une information complète, précise, structurée, informative**

L'absence d'information relative à la personne évaluée et/ou son caractère incomplet donne le sentiment aux évaluateurs soit de « perdre » du temps pour retrouver une information d'ores et déjà disponible mais éparpillée chez différents acteurs soit de ne pas disposer d'informations essentielles dans la compréhension des situations individuelles.

Aussi, la formalisation du recueil d'informations concernant les usagers pourrait être envisagée et ce, à des niveaux d'aboutissement de dispositifs différents.

L'évaluation réalisée par les professionnels des institutions sanitaires ou médico-sociales est un temps au cours d'un processus pluri partenarial. Lors de ce processus, de nombreuses informations sont échangées et détenues par ces acteurs, sans pour autant être partagées et fournies en temps utile.

Une première piste de travail consisterait à formaliser davantage les relations entre partenaires intervenant autour et pour la personne âgée ou handicapée. La définition d'un cadre minimal d'informations à échanger permettrait d'harmoniser le type d'informations échangées et d'en faciliter leur lecture et leur compréhension. Ainsi, des conventions types entre établissements et Conseils Généraux et /ou modèles de retour d'évaluation pour les personnes en établissement constitueraient des exemples de formalisation.

Une seconde piste de travail nécessiterait d'aller plus loin dans l'idée du partage de l'information. Au même titre que le Dossier Médical du Patient, il serait envisagé de mettre en œuvre un **Dossier Médico-Social de l'Usager**. Au-delà des difficultés réelles de mise en œuvre qui se dessinent (question du secret médical, caractère systématique de la transmission entre acteurs, support de l'information, confidentialité des données, gestion des accès, ...), la mise en œuvre de ce Dossier Médico-Social constituerait une source d'améliorations sensible pour l'usager :

- Transmission facilitée des informations relatives à la personne évitant ainsi des évaluations parfois redondantes ;
- Amélioration du caractère pluridisciplinaire de l'information disponible ;
- Amélioration du droit d'information de l'usager sur les évaluations/démarches réalisées le concernant ;
- Conservation de l'historique médico-social de l'usager ;
- Réduction des délais d'études des dossiers ;
-

La mise en œuvre de ce dossier pourrait s'inspirer des travaux actuellement menés sur le Dossier Médical du Patient, en tirant les leçons de l'expérience actuelle.

- **Eléments relevant d'une meilleure prise en compte des usagers**

- **Favoriser la mise en œuvre des réseaux gérontologiques, capables d'aider à l'évaluation et à sa préparation**

Les expériences relativement récentes pour la plupart d'entre elles de constitution de CLIC fonctionnant en réseau ou de réseaux gérontologiques, ... semblent pouvoir constituer un facteur déterminant d'amélioration de l'évaluation des besoins de la personne et de sa prise en charge par la suite. La constitution de ces réseaux permet en effet une amélioration du service rendu à la personne dans le sens où :

- Elle est placée de fait au cœur de l'évaluation : l'usager est évalué selon différents regards professionnels, tous à même de déceler des besoins existants ou futurs ;
- Elle permet de coordonner l'action des différents professionnels évitant ainsi la visite de plusieurs acteurs à des plusieurs moments : ceci est moins perturbant pour l'usager et les familles ou les aidants ;
- Elle permet un travail préparatoire à l'évaluation réalisée par l'équipe du conseil général qui
 - de fait - ne dispose pas toujours des compétences nécessaires à la compréhension rapide et complète d'une situation ;

- Enfin, au-delà de l'évaluation, elle permet un suivi de la personne dans le temps, sans attendre les formalités liées à des renouvellements ou modifications de prise en charge.

La constitution de ces réseaux doit probablement être impulsée et suivie par les institutions qui ont la charge fonctionnelle ou « hiérarchique » du service rendu aux personnes âgées ou handicapées. Leur rôle consiste en des travaux d'animation, de coordination, de mobilisation des professionnels, de veille stratégique par rapport à des évolutions tendancielle.

- **Pour les personnes handicapées, mettre en place des « relais » locaux, permettant de rencontrer systématiquement la personne.**

En effet, lorsqu'une personne handicapée ne formule qu'une simple demande de carte ou de certaines aides techniques, la visite à domicile n'est pas réalisée systématiquement. Il y a donc un risque avéré que l'aide procurée ne couvre pas la totalité des besoins actuels ou à venir. Afin de diminuer ce risque, un réseau d'accompagnement à la formulation de la demande aux côtés du demandeur serait nécessaire et faciliterait une réponse globale. Les modalités de prises en charge de cette charge de travail devront être étudiées.

Illustration : Personne handicapée vivant en foyer d'hébergement

Yannick, jeune homme présentant un handicap sensoriel (malvoyant) s'est adressé à de nombreuses structures dont il garde un souvenir imprécis, et ne sait plus attribuer le rôle de chacune. Il a croisé beaucoup de gens prévenants mais il ressent un décalage entre ces personnes et ce qu'il vit. « *J'ai dû trouver tout seul mon métier.* »

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH des Yvelines

L'absence d'un référent dossier est jugée négativement par plusieurs usagers rencontrés dans le cadre de l'étude. Tant que ce « maître d'œuvre » n'a pas été mis en place, les usagers mettent une pression sur la MDPH afin que leur dossier ne soit pas « oublié ».

Illustration : Enfant handicapé vivant à domicile

Le père d'un enfant présentant un handicap moteur (maladie neuromusculaire) déclare que le manque de référent a été assez difficile à gérer pour lui et sa famille: « *je n'arrivais pas à joindre la MDPH, j'avais l'impression d'être un dossier. Tout a changé quand l'ergothérapeute de la MDPH a pris le dossier en main, à partir de ce moment là, on savait où on allait.* »

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH des Yvelines

- **Rendre les dispositifs plus accessibles et lisibles aux publics concernés**

La connaissance et la compréhension par les publics concernés des informations relatives aux dispositifs mis en œuvre par les MDPH ou les Conseils Généraux constituent un enjeu important.

Aussi, afin d'améliorer l'accueil des personnes qui formulent une demande, mais aussi de préparer le temps de l'évaluation qui peut être un temps mal vécu par l'utilisateur (cf. résultats

des études des monographies réalisées par TNS Healthcare dans le cadre de cette mission), il est proposé :

- De définir un document envoyé préalablement à la personne évaluée et à sa famille afin de lui expliquer le sens de l'évaluation et ses modalités pratiques. Les éléments précisés dans ce document auraient vocation à préparer la personne aux types de questions posées lors de l'évaluation et à permettre à la personne de rassembler les éléments nécessaires à la prise en charge (ex. : documents relatifs aux revenus, ...) ;
- De proposer aux associations de visite à domicile des personnes âgées de préparer un document de présentation à la fois des possibilités offertes par la loi mais aussi les modalités de réalisation du temps d'évaluation ;
- De valoriser la fonction Accueil qui constitue d'une part le premier contact entre l'usager et la personne âgée ou handicapée et/ou leur famille, d'autre part le premier niveau d'information/réponse donné à ces publics et enfin, le lieu d'orientation vers d'autres institutions plus à même de répondre à la problématique soulevée par la personne.
 - Ces accueils ne sont pas seulement physiques, ils sont tout autant téléphoniques que sur Internet.

Le langage administratif des MDPH reste encore peu accessible aux familles. Les professionnels qui accompagnent les personnes âgées et/ou personnes handicapées parviennent à traduire les termes techniques. Les familles semblent cependant être en demande d'une plus grande « vulgarisation » : la seule lecture du dossier ou des pièces administratives transmises par la MDPH pouvant dérouter la famille.

Illustration : Personne handicapée vivant à domicile

Les parents de Xavier sont aidés depuis de nombreuses années par la technicienne d'insertion de l'AFM pour remplir les dossiers des différentes demandes. Sans cette aide, ils reconnaissent que les dossiers auraient pris plus de temps par manque d'information.

« Elle (Viviane, technicienne d'insertion AFM), nous a toujours aidé pour tous les papiers à remplir. Elle connaît tous les trucs. Elle sait que si on coche telle case, on n'aura pas le droit à ça ou à ça. C'est elle qui vérifie si le dossier est complet avant de l'envoyer, comme ça, ça évite des allers-retours. C'est un vrai jargon tous ces papiers, je ne sais pas comment font les familles qui n'ont pas une aide comme celle là ! Elle nous est vraiment précieuse. »

Extrait du volet de l'étude consacré aux représentations et vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers - Monographie MDPH de Seine et Marne

Les difficultés liées à la fonction d'évaluation relèvent tant de la représentation que se font les évaluateurs de leur rôle vis-à-vis des personnes âgées ou handicapées que de problématiques très concrètes d'organisation et de référentiels de travail : s'assurer de la qualité de leurs travaux dans le respect de l'esprit de la loi qui affirme l'objectif d'équité de traitement de l'ensemble des usagers sur le territoire.

Des propositions et améliorations d'ordres différents sont avancées : donner aux évaluateurs les clés pour mieux comprendre leur rôle et donc mieux se positionner à l'écoute de l'utilisateur et construire la démarche d'évaluation afin qu'elle permette de véritablement déceler les besoins de la personne dans le respect de sa vie privée.

9. Analyse détaillée de l'étude des représentations, de la fonction d'évaluation et des expériences vécues par les professionnels et les usagers.

I. Objectifs de l'étude

II. Méthodologie

III. Remarques sur les cas proposés par les MDPH et les Conseils Généraux pour la réalisation des monographies.

IV. Analyse de la représentation et du vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers.

V. Les enseignements transversaux des monographies

VI. Intégration des 5 questions du Cabinet Deloitte sous l'angle de la perception

VII. Synthèse globale des pistes de réflexion

I. Objectifs de l'étude

L'étude a pour objet d'explorer les représentations et le vécu de la fonction d'évaluation par les professionnels et par les usagers au travers de situations rencontrées sur le terrain. Au-delà, l'objectif de l'étude est de tirer les enseignements nécessaires pour faire évoluer les pratiques d'évaluation vers une approche plaçant les usagers au centre de l'évaluation et vers une plus grande homogénéité des pratiques afin de garantir une équité de traitement des usagers.

Au travers de 16 situations, il s'agissait de rechercher les points positifs et les difficultés rencontrées lors des évaluations, tant du point de vue des évaluateurs que de celui des usagers. Cela devait nous permettre d'identifier des leviers susceptibles d'aider les différents acteurs à optimiser leur pratique, dans un objectif d'amélioration du vécu de la situation d'évaluation et de la qualité des interactions.

Il s'agissait aussi de détecter les éventuels blocages et les réticences lors des situations d'évaluation, de comprendre ce qui les fondait, et de faire émerger des réponses

II. Méthodologie

L'étude sur les représentations et le vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers a été conçue de façon globale. Pour ce faire, nous avons considéré chaque situation d'évaluation comme un « objet d'étude » en lui-même. Dans ce dispositif, l'utilisateur est au centre d'un système d'influences et d'informations polymorphes qui agissent sur ses ressentis. Dès lors, nous évaluons des attitudes plus qu'un comportement lequel est la résultante d'un arbitrage. Dans de nombreux domaines où un changement de comportement est attendu, le basculement des attitudes est l'aboutissement de négociations mettant en jeu l'individu bien entendu, l'entourage, l'équipe (ici, équipe d'évaluation) et les interactions entre toutes ces personnes. C'est cette analyse structurelle mettant en lumière les dynamiques en présence qui permet de décrire les facteurs expliquant les perceptions et donc les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour faciliter un meilleur vécu.

Nous avons donc recueilli le point de vue des usagers et de leur entourage. Nous avons également interrogé les évaluateurs, ainsi que les partenaires de l'évaluation (professionnels des secteurs sanitaire, scolaire, social...) qui contribuaient d'une manière ou d'une autre au processus. Chaque situation étudiée a fait l'objet d'une monographie.

Dans un premier temps, nous avons rencontré les équipes des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) et des Conseil Généraux des départements sélectionnés en accord avec les cabinets Deloitte et 2I Conseil, afin de leur présenter notre démarche.

Suite à cette première visite, et pour initier le recrutement de l'ensemble des personnes d'une monographie, une demande a été formulée auprès des équipes MDPH et Conseil Général de nous proposer trois profils d'utilisateurs ayant eu dans l'année en cours une évaluation de leurs besoins. Initialement, différents types de déficiences et de lieu de vie des usagers ont été demandés aux MDPH. Au fil du recrutement, certains critères sont devenus exclusifs.

Suite à la sélection du profil recherché, et afin de recruter l'ensemble des personnes en relation avec l'utilisateur, nous avons mis en œuvre la démarche de recrutement par « boule de neige », c'est-à-dire : une personne recrutée nous apportait un ou plusieurs contacts qui constituaient eux-mêmes les prochaines personnes à interviewer.

Pour rencontrer les personnes âgées vivant en établissement - le Conseil Général n'ayant qu'un rôle de décideur d'attribution des budgets annuels pour ces établissements - nous avons pris directement contact avec des directeurs d'EHPAD. En effet Les évaluations des besoins des personnes âgées en établissement sont menées en interne par les équipes médico-sociales de chaque établissement.

Au final, 16 monographies ont été réalisées sur 9 départements afin de prendre en compte la diversité des acteurs et des structures impliquées dans l'évaluation des usagers. Nous avons confié la réalisation des 16 monographies à 7 enquêteurs différents, tous psychosociologues spécialisés dans le champ médico-social.

Les 9 départements dans lesquels les monographies ont été conduites sont : le Gers (03), les Alpes Maritimes (06), les Ardennes (08), l'Indre et Loire (37), la Marne (57), la Seine et Marne (77), les Yvelines (78), la Vienne (86) et le Val d'Oise (95).

La répartition des profils rencontrés dans les départements est la suivante :

- Gers : un enfant ayant une déficience sensorielle, un adolescent déficient mental et une personne âgée vivant en établissement ayant un pluri handicap ;
- Alpes Maritimes : une personne âgée vivant en établissement présentant un pluri handicap ;
- Ardennes : un enfant présentant un handicap moteur, une personne âgée présentant un pluri handicap ;
- Indre et Loire : une personne âgée présentant une déficience motrice et vivant en établissement ;
- Marne : une personne âgée, présentant un pluri handicap et vivant en établissement, une personne présentant un handicap moteur et vivant en foyer d'hébergement ;
- Seine et Marne : un jeune adulte handicapé moteur vivant chez ses parents, une personne âgée présentant une légère déficience psychique et motrice et vivant en établissement ;
- Yvelines : un adulte présentant une déficience visuelle et vivant en foyer d'hébergement, une personne âgée présentant une légère déficience motrice vivant seule à domicile, et une personne âgée présentant une déficience motrice importante et vivant en couple à domicile ;
- Vienne : une adulte présentant un pluri handicap et vivant au domicile de sa mère ;

- Val d'Oise : une jeune adulte présentant une déficience mentale et vivant en foyer d'hébergement.

Comme on peut le constater, les monographies réalisées couvrent des situations diverses qui prennent en compte les facteurs : « type de perte d'autonomie », « âge », « sexe » et « lieu de vie ».

Ainsi, huit monographies ont été réalisées auprès de personnes handicapées : six concernent de personnes handicapées à domicile dont deux adultes et quatre enfants. Deux monographies concernent des personnes handicapées adultes en institution. Huit autres monographies ont été réalisées auprès de personnes âgées : quatre auprès de personnes âgées vivant à domicile dont trois femmes et un homme et quatre monographies concernent des personnes âgées vivant en EHPAD dont trois femmes et un homme. 109 personnes ont été rencontrées au total dont 32 usagers / entourage et 77 personnes impliquées dans l'évaluation des besoins.

Chaque entretien réalisé a été enrichi par une fiche préalablement complétée par les usagers ou les professionnels. L'objectif de ces fiches était de mettre en évidence d'éventuelles différences de perception des évaluations entre les professionnels et les usagers⁵².

Chaque enquêteur ayant mené les entretiens d'une monographie a rédigé une analyse de son cas. Un travail de croisement des informations et des analyses a été réalisé en commun aboutissant aux résultats présentés dans cette étude.

III. Remarque sur les cas proposés par les MDPH et les Conseils Généraux pour la réalisation des monographies.

Les équipes des Conseils généraux nous ont proposé en priorité des femmes âgées vivant à domicile. Cela reflète bien évidemment la proportion plus grande de femmes vivant seules à domicile dans la population. Nous avons tenu compte du souhait de la CNSA d'inclure deux monographies d'hommes seuls, l'un vivant à domicile, l'autre en EHPAD.

Lors de nos contacts auprès des EHPAD, une réticence à participer à l'étude est apparue. Le personnel de ces établissements a perçu notre démarche comme un contrôle. Des explications sur la nature prospective et non intrusive de notre démarche sur leur pratique d'évaluation des besoins ont permis de désamorcer les réticences. Par la suite, les entretiens au sein des EHPAD se sont bien déroulés.

Les MDPH nous ont principalement proposé des profils d'usagers atteints de déficience motrice. Ce biais dans les cas proposés correspond sans doute, a posteriori, au fait que les MDPH connaissent mieux le champ du handicap moteur que celui du handicap psychique ou sensoriel (cf. chapitre sur la perception des usagers). Nous avons donc argumenté sur l'importance d'étudier des types de handicaps divers et les MDPH ont été coopératives sur ce point.

⁵² Les fiches ont été jointes en annexe de ce rapport

IV. Analyse de la représentation et du vécu de la fonction d'évaluation des besoins par les professionnels et par les usagers.

1. Divergences entre les pratiques d'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées

L'étude de ces 16 monographies montre qu'on ne peut considérer les évaluations des personnes âgées et des personnes handicapées comme des pratiques superposables. En effet, l'étude met en évidence de nombreux points de divergence.

L'évaluation des besoins des personnes âgées a lieu très majoritairement lors de rencontres alors que celle des personnes handicapées peut se faire couramment sur dossier. L'évaluation des besoins des personnes âgées est assurée par les équipes des Conseils Généraux, tandis que des partenaires extérieurs sont fréquemment sollicités pour les personnes handicapées. Pour les personnes âgées, un seul type de demande, l'APA, est traitée de manière uniforme par les Conseils Généraux alors que les dossiers des personnes handicapées sont traités selon le type de demandes, plus variées, par les MDPH. Le temps de traitement des demandes d'APA par les Conseils généraux est dans l'ensemble court (quelques semaines) alors que celui des demandes auprès des MDPH est plus long (certaines personnes handicapées confient que le traitement des dossiers de demandes peut durer plusieurs mois voire près d'une année).

Les compositions des équipes d'évaluation sont un autre point de divergence entre les évaluations des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées. Celles dédiées aux personnes âgées sont plus restreintes en nombre et en compétences alors que le champ du handicap fédère des compétences multiples et variées autour d'une évaluation.

Le panel des aides mobilisables est aussi un élément différenciant : le nombre d'aides existantes est plus important dans le domaine du handicap. Le périmètre couvert par les aides est aussi plus étendu dans le champ du handicap.

Enfin, la perte d'autonomie n'est pas vécue de façon similaire par les personnes âgées et les personnes handicapées. Là où elle correspond à une compensation pour les personnes handicapées, elle est naturellement plus associée à une démarche d'accompagnement, de soutien par les personnes âgées.

Autant de points qui montrent que les évaluations des personnes âgées et celles des personnes handicapées ne doivent pas être considérées comme des pratiques communes mais comme des concepts différents.

2. Les représentations et le vécu de l'évaluation des besoins du point de vue des personnes âgées en établissement

Nous avons rencontré quatre personnes en établissement. Pour les besoins de l'enquête, nous avons souhaité interviewer des personnes en capacité de s'exprimer. Il est important de noter que les personnes âgées qui vivent en établissement aujourd'hui sont en majorité des personnes dont le maintien à domicile a été prolongé le plus longtemps possible et qui ont été orientées en établissement lorsque toutes les aides possibles pour un maintien à domicile ont été épuisées. En conséquence, l'âge des personnes en établissement est souvent très élevé (deux des quatre personnes rencontrées étaient âgées de 91 et 94 ans) et leur perte d'autonomie importante en raison d'un état de santé le plus souvent dégradé.

De nombreuses personnes présentes en établissement présentent des déficiences cognitives plus ou moins importantes (très nombreux cas de démences en établissement dont la maladie d'Alzheimer), les autres personnes âgées étant plus ou moins grabataires. Seule, une faible proportion des personnes en établissement sont des personnes plutôt bien portantes. Elles ont choisi de vivre en établissement pour diverses raisons : isolement trop grand, envie d'un environnement médical ou social, demande des enfants ...

Les personnes âgées ne savent pas toujours que leurs besoins sont évalués en établissement. Les visites des personnels soignants sont quotidiennes et continues. L'infirmière et l'aide soignante passent les voir chaque jour, elles délivrent les soins et s'enquêtent de savoir si tout va bien. Les personnes âgées perçoivent ces moments comme des visites de routine où le personnel vient les voir. Par ailleurs, le mot « besoins » évoque plus, pour ces personnes, la nourriture, le coucher et les soins.

Louis, 84 ans, a été placé en maison de retraite suite à un AVC car il ne pouvait plus rester seul à son domicile. Il n'est pas conscient que ses besoins aient été évalués lors de son arrivée dans l'établissement, ni des actions mises en place. Mais il se sent plus en sécurité dans la maison de retraite que seul chez lui.

Monographie Conseil Général de Seine et Marne

Lili, 91 ans, est arrivée sur sa demande en maison de retraite car elle était trop fatiguée pour rester seule chez elle. Ses besoins ont été évalués lors de son arrivée. Elle a souvenir d'une visite au cours de laquelle un médecin lui a posé des questions pour savoir ce qu'elle faisait elle-même et les aides dont elle pouvait avoir besoin : *« je me rappelle bien que le médecin m'a posé des questions sur ce que je pouvais faire, ça me paraît normal, c'est pour voir si tout va bien ».*

Mais elle ne se rappelle pas le but de la visite.

Monographie Conseil Général des Alpes-Maritimes

L'étude auprès des évaluateurs (cf. chapitre perceptions des évaluateurs) montre que les personnes âgées sont dans le vrai lorsqu'elles évoquent l'absence d'une rencontre proprement dite d'« évaluation des besoins ». En effet, il n'existe pas de réel moment d'évaluation des besoins des personnes âgées en établissement mais uniquement un GIRage qui permet le calcul du GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement. Celui-ci est calculé sur l'ensemble des résidents. Il sert de base au Conseil Général pour le calcul de la dotation annuelle de

l'établissement. Le calcul du GMP revêt donc un caractère important pour les établissements. Chaque résident est « GIRé » à partir des appréciations de l'ensemble des personnels soignants afin de définir une notation précise. Ce travail de mise en commun des observations et des ressentis des personnels soignants se fait en dehors de la présence des personnes âgées. C'est en partie pour cela qu'elles n'ont pas conscience de l'évaluation de leurs besoins et, d'autre part, du fait d'un manque d'interrogation directe de la personne.

La différence qui existe entre les procédures d'évaluation clairement identifiées à domicile et une activité beaucoup plus intégrée au fonctionnement quotidien des professionnels dans les établissements rend difficile les comparaisons et peut aboutir à des contresens sur l'absence d'évaluation ou sur le fait qu'elle est réservée aux personnes les moins dépendantes qui ont des besoins plus importants en matière de vie sociale. En fait l'évaluation des besoins ne se limite pas au moment du girage, elle est réalisée, dans le cadre de leur activité quotidienne par les professionnels, pour les besoins d'aide en actes essentiels ou même pour la vie sociale. Peu visible pour les personnes elles-mêmes, l'évaluation est parfois mal identifiée par les professionnels eux-mêmes qui ne lui donnent pas le même sens que celui donné par les professionnels intervenants à domicile.

3. Les représentations et le vécu de l'évaluation des besoins du point de vue des personnes âgées vivant à domicile

- a) Les fondements des perceptions positives des personnes âgées vivant à domicile à l'égard de l'évaluation de leurs besoins

Nous avons rencontré quatre personnes âgées à leur domicile. Contrairement aux personnes âgées vivant en établissement, celles vivant à domicile ont conscience de l'évaluation de leurs besoins. Dans l'ensemble, elles relatent ce moment comme un intermède agréable et constructif. Un premier point de satisfaction est lié au temps passé par l'évaluateur (association, conseil général) au domicile des personnes. Dans les cas étudiés, il avoisine l'heure et demie et est perçu comme un temps suffisant. Les échanges avec l'évaluateur sont jugés positifs. Le temps et la personnalité de l'évaluateur permettent l'établissement d'un lien de confiance entre l'usager et l'évaluateur pendant l'entretien. Il facilite par la suite les relations avec l'évaluateur. Celui-ci devient de fait une « personne référente » pour la personne âgée ; elle connaît son nom et sait qu'elle peut l'appeler en cas de besoin. La relation avec l'évaluateur est de fait humanisée et mieux perçue par la personne âgée et son entourage.

En raison du temps passé et de l'approche structurée de la démarche (utilisation de la grille AGGIR, nombreux items balayés, visite du lieu de vie...), les personnes âgées perçoivent les évaluateurs comme des professionnels compétents. Elles observent qu'ils sont à leur écoute, qu'ils ne les heurtent pas lors du recueil des éléments nécessaires, qu'ils cherchent à les aider. La rapidité dans le traitement des demandes et dans la mise en place des aides conforte les

personnes âgées dans l'idée de professionnalisme des intervenants. Elles se sentent véritablement prises en charge par la société au travers des institutions.

Yolande, 85 ans, vit chez elle avec son mari. Elle a bien vécu le moment de l'évaluation réalisé par la personne du CLIC : « *elle est venue seule et a pris son temps, elle est restée une bonne heure et demie. Elle a posé beaucoup de questions. Ensuite, elle a observé le logement, elle est montée à l'étage pour regarder la chambre puis s'est rendue à l'extérieur pour voir la douche* ». Cette implication de l'évaluatrice a été bien perçue par Yolande et son mari. Celle-ci a laissé ses coordonnées : « *si vous avez un problème, vous pouvez me téléphoner* ».

Monographie Conseil Général des Yvelines

Henriette, 95 ans, vit seule dans sa maison à la campagne. A la suite d'une baisse de son état de santé général, elle a fait une demande d'APA en 2002. En avril 2008, son autonomie diminuant, elle a fait une demande de réévaluation du nombre d'heures d'aide à domicile. Une infirmière évaluatrice du Conseil Général s'est rendue chez elle pour évaluer ses besoins. Elle a apprécié la façon dont l'infirmière a mené l'entretien, l'a trouvé à l'écoute, essayant de bien comprendre ses besoins au quotidien. « *Elle m'a dit si vous avez un problème, vous me téléphonez.* »

Monographie Conseil Général des Ardennes

Guy, 81 ans, vit seul depuis 4 ans dans un appartement. A l'occasion d'une visite, sa fille se rend compte de sa perte d'autonomie. Elle s'adresse à une association d'aide à domicile qui l'oriente vers le SIMAD (Syndicat Intercommunal pour la Maintien à Domicile). Une évaluatrice du SIMAD vient évaluer les besoins de Guy. Celui ci relate qu'il a très bien vécu cette visite : « *la personne est venue, elle est restée une bonne heure et demie. Elle m'a posé des questions, elle a regardé l'appartement, elle a noté toutes mes réponses* ». Guy est rassuré d'avoir une interlocutrice au SIMAD : « *c'est important pour moi qui suit seul, ça me rassure. Elle m'a dit que je pouvais l'appeler à n'importe quel moment. Elle est bien cette fille* ».

Un autre point intervient dans la perception positive des personnes âgées. Celles-ci sont en effet souvent dans une logique d'acceptation du système d'aides. Il existe très probablement un effet générationnel à cette constatation : les personnes âgées que nous avons rencontrées n'étaient pas revendicatives sur les aides à leur apporter et prenaient en compte le fait de ne pas coûter trop cher au système de protection collectif. Elles acceptaient le plan d'aide proposé dans la mesure où elles estimaient les aides justifiées. Comme il est difficile pour les personnes âgées de séparer le moment de l'évaluation proprement dit des aides accordées (le résultat), les personnes âgées se déclaraient globalement satisfaites de l'évaluation de leurs besoins.

Par ailleurs, elles ne connaissent pas toujours leurs droits. Les personnes rencontrées ne connaissaient pas le dispositif APA avant d'en être informées par les évaluateurs. Nous n'avons pas observé d'anticipation des besoins chez les personnes âgées rencontrées ni de démarche prospective en vue d'anticiper l'évolution du niveau d'autonomie. Les demandes d'aides avaient souvent été amorcées au décours d'un évènement (maladie, deuil, chute...). A cette occasion, elles découvraient qu'elles avaient des droits et s'en trouvaient plutôt satisfaites.

Il existe aussi des situations dans lesquelles un élément culturel et social facilite l'évaluation et influe positivement sur la perception. C'est le cas des familles modestes que nous avons

rencontrées par exemple, peu demandeuses d'aides.

Enfin, nous avons rencontré des personnes âgées fatalistes face au vieillissement et à la perte progressive de leurs capacités. Elles acceptaient alors les choses telles qu'elles étaient ce qui avait une répercussion positive sur leur perception de l'évaluation.

Le mari de Yolande est resté seul chez lui lorsque sa femme a été hospitalisée. Lors d'une visite à sa femme, une assistante sociale de l'hôpital lui a demandé comment il envisageait le retour à domicile. Il lui a répondu : « *je suis tout seul pour tout faire* ». Elle lui a répondu : « *il vous faudrait quelqu'un, une aide ménagère pour vous aider* ». C'est leur fille qui par la suite a pris le relais, et effectué une demande d'APA avec l'aide de l'assistante sociale. Marcel est très satisfait des aides apportées : « *c'est bien comme ça pour le moment, je n'attendais rien de plus, c'est tout à fait adapté, surtout pour le ménage* »

Monographie Conseil Général des Yvelines

b) Les fondements des perceptions négatives des personnes âgées vivant à domicile à l'égard de l'évaluation de leurs besoins

Dans quelques cas, nous avons relevé des motifs d'insatisfaction des personnes âgées à l'égard de l'évaluation de leurs besoins. Ces situations sont minoritaires dans notre étude. Dans un cas par exemple, l'évaluation des besoins a été vécue comme une intrusion par la personne âgée. De fait, l'évaluateur est parfois tenu de poser des questions qui relèvent de la vie privée, pour mieux saisir la globalité d'une situation. Certaines questions touchant à la pudeur, à l'intimité peuvent mettre les personnes âgées mal à l'aise. Cela peut aussi être lié au comportement individuel de l'évaluateur qui peut heurter la sensibilité des personnes âgées en étant trop directif. La visite du logement peut en effet apparaître comme trop intrusive.

Parfois c'est l'étude des revenus qui peut être mal vécue par les personnes âgées. Certaines personnes âgées ne veulent pas montrer leurs revenus à des personnes qu'a priori elles connaissent peu, par crainte, peut-être, d'attirer la convoitise alors qu'elles se sentent vulnérables.

Emma, 96 ans, vit chez sa sœur depuis 8 ans. Elle nous parle spontanément du fait qu'elle aurait aimé depuis longtemps bénéficier d'une aide, mais était tributaire de sa sœur qui refusait de lui fournir certains papiers : « *ça fait très longtemps que je demandais une aide sociale. Alors ça, c'est entre nous mais il manquait les revenus de ma sœur qui n'a pas voulu me les donner. Alors, moi, j'étais tombée, j'avais eu un étourdissement et mon neveu m'avait déjà dit que j'avais le droit d'avoir quelqu'un.* »

Sa sœur a finalement montré ses revenus lorsqu'elle-même a souhaité bénéficier de l'APA. L'infirmière relate que « *le problème, c'était que pour avoir droit à certaines aides, il fallait faire des dossiers, envoyer les déclarations de revenus, et sa sœur y était opposée. Elle ne voulait pas étaler tout ça à des personnes inconnues.* »

Monographie Conseil Général du Gers

Enfin, toute visite au domicile d'une personne âgée peut perturber un équilibre de vie, des habitudes dans un quotidien rythmé par différents repères. Les personnes âgées attendent de l'évaluateur une attitude et un comportement discrets et respectueux envers ces personnes qui

perdent l'habitude d'entretenir une conversation.

Ces ressentis négatifs (minoritaires) viennent souvent du fait que l'évaluateur et l'utilisateur n'ont pas réussi à établir un lien de confiance pour des raisons de personnalités discordantes ou de comportement de l'évaluateur

A la suite de la mise en place des aides, Guy a reçu la visite d'un chargé de mission de l'association à domicile. Guy n'a pas apprécié cette visite. Il a jugé le chargé de mission trop intrusif : *« il a ouvert mes placards, a regardé sous le lit, il n'a pas fait ça, on n'est pas à l'armée, je ne veux plus voir cette personne chez moi ! »*

Monographie Conseil Général des Yvelines

Un autre motif d'insatisfaction peut être dû au plan d'aide accordé qui parfois, n'est pas à la hauteur des espérances. Le montant d'aide accordée sur la base d'un niveau de GIR ne permet pas toujours la mise en place de l'ensemble des aides nécessaires. Cela peut être source de frustration pour le bénéficiaire de l'APA, et impacter négativement le ressenti de l'évaluation des besoins. La personne peut interpréter le résultat comme une prise en compte insuffisante de ses besoins. Dès lors, elle ne comprend pas le sens de l'évaluation menée. A titre d'exemple, nous avons rencontré une personne en GIR 5 à laquelle la CNAV avait accordé 12 heures d'aide ménagère par mois. Ce nombre d'heures est passé de 12 heures par mois à 10 heures par mois en raison d'une rationalisation des aides allouées par la CNAV. L'utilisateur en a ressenti une frustration et une incompréhension sur le principe même de l'évaluation ainsi que sur le bien-fondé de la politique de la CNAV à l'égard des « anciens ».

Dans d'autres cas, ce sont les aides matérielles qui peuvent être perçues comme insuffisantes. Si les personnes âgées ne peuvent financer les aides qu'elles estiment nécessaires à leur état, elles ne peuvent qu'éprouver de la déception à l'égard de l'évaluation.

Lors de l'évaluation des besoins d'Henriette, l'infirmière du Conseil Général a proposé des aides techniques comme un rehausseur de toilettes, des barres pour l'aider à se relever. Suite à l'annonce que ces aménagements seraient à sa charge car l'APA dont elle bénéficie n'englobe pas ces aménagements, Henriette a jugé qu'elle n'en avait pas besoin. Or l'infirmière évaluatrice a noté de gros problèmes de mobilité, mais Henriette prétend qu'elle se *« débrouille très bien comme ça »*.

Monographie Conseil Général des Ardennes

Enfin, nous avons observé un autre motif de déception à l'égard de l'évaluation. Il s'agit des personnes âgées qui en toute bonne foi surévaluent leurs capacités. Cela correspond à une des étapes identifiées du parcours de deuil lié à la perte de quelque chose ou quelqu'un (le déni). Cela a pour conséquence une déception par rapport aux aides allouées et par-delà à l'évaluation.

Le neveu d'Emma n'a pas été consulté lors de l'évaluation de sa tante, et il aurait aimé l'être pour valider ses déclarations parce qu'il sait qu'elle a tendance à minimiser ses incapacités : *« Oui, pour voir si elle ne se trompe pas dans sa réponse, car elle minimise beaucoup son handicap »*.

Monographie Conseil Général du

Gers

3. Les représentations et le vécu de l'évaluation des besoins du point de vue des personnes handicapées

- a) Les fondements des perceptions positives des personnes handicapées à l'égard de l'évaluation de leurs besoins

Nous avons observé que l'accompagnement des usagers, « en amont » du moment d'évaluation proprement dit, a une influence sur la perception du processus d'évaluation. En effet, le fait de délivrer de l'information aux usagers, de les aider dans la formulation d'un projet de vie, de réfléchir avec eux, sont autant de moments qui aident les usagers à mieux penser leur handicap et à mieux cerner leurs besoins réels. L'évaluation des besoins ne se réduit pas à un moment précis, c'est un processus dans le temps dont tous les moments sont importants dans la construction d'une perception.

Les personnes handicapées ou les proches rencontrés nous ont fait part de leur difficulté à remplir la partie « projet de vie » du dossier de demande d'aides. En réalité, ils ne comprenaient pas le sens de l'expression « projet de vie ». Grâce à des partenaires extérieurs (associations, assistantes sociales), ils ont intégré le sens de la démarche et ont adhéré au concept. En dépit des difficultés de compréhension initiale du chapitre « projet de vie », à aucun moment nous n'avons entendu de critique sur ce concept, tant de la part des usagers que de celle des évaluateurs. Au contraire, la formulation d'un projet de vie est apparue comme un exercice bénéfique pour l'utilisateur car il a permis de préciser une pensée, de réfléchir sur un avenir et *in fine*, de structurer une histoire personnelle. C'est une démarche qui place l'utilisateur comme acteur de son accompagnement. En aidant à la formulation du projet de vie, les accompagnateurs (personnes d'associations, de la MDPH) permettent aussi d'écartier ce qui ne relève pas du projet de vie (demandes hors contexte, demandes impossibles à satisfaire...). Ils ne retiennent que ce qui relève des aides existantes et participent ainsi à la construction d'un dossier cohérent.

Le concept de « projet de vie », même s'il a dû être déroutant initialement de par sa nouveauté et son originalité est un élément important dans le parcours d'un usager.

Morgan, 3 ans, souffre d'une maladie neuromusculaire génétique. Ses parents ont été accompagnés par la technicienne d'insertion de l'AFM dès l'annonce du diagnostic. Progressivement et au contact de la technicienne de l'AFM, les parents ont exprimé des besoins pour leur enfant : un fauteuil électrique pour sa scolarisation, une demande d'auxiliaire de vie scolaire, et un aménagement du domicile et du véhicule. La mère explique qu'initialement « Morgan voulait écrire ses rêves dans son projet de vie. »

Monographie MDPH des Ardennes

L'accompagnement des usagers par des partenaires de l'évaluation ne se limite pas à l'aide à la formulation du projet de vie. Les associations en particulier jouent un rôle important dans l'accompagnement des usagers tout au long de leur parcours. Elles connaissent bien les handicaps / les déficiences autour desquelles elles se sont créées. Elles sont des interlocuteurs a priori « désintéressés » qui cherchent à aider les usagers. Ceux-ci le perçoivent bien et se

sentent soutenus dans leurs démarches. Bien souvent, les associations les aident à s'orienter dans un environnement administratif complexe, à décoder le langage des MDPH qui n'est pas toujours intelligible par les usagers car trop « jargonnant ». Les personnes handicapées sont rassurées lorsque des personnes d'associations participent aux différentes étapes de l'évaluation de leurs besoins.

Nadia, 22 ans, déficiente psychique, a construit avec l'aide de son référent éducatif le projet de vivre en foyer d'hébergement et de travailler en ESAT pour être autonome. *« Je suis contente de ma vie aujourd'hui. »*

Monographie MDPH du Val d'Oise

Les associations connaissent aussi l'évolutivité des handicaps / déficiences et peuvent jouer un rôle de sensibilisation des MDPH sur l'importance d'anticiper les besoins dans certains cas. A titre d'exemple, l'AFM connaît la progression des myopathies et les aides techniques qui doivent être mises en place progressivement. Cette association n'hésite pas à s'impliquer dans les MDPH pour mieux les informer.

L'évaluation au cours d'une rencontre a un impact positif sur la perception de l'évaluation. L'utilisateur y voit un engagement de la MDPH à son égard et se sent rassuré. La rencontre au domicile des personnes handicapées apparaît indispensable pour observer la personne dans son environnement quotidien et comprendre réellement ses besoins, en particulier ses besoins d'aménagement de logement.

Madeleine, 61 ans, a reçu la visite de l'ergothérapeute de la MDPH qui lui a fait des suggestions d'aménagements : *« Elle est venue, elle a observé attentivement le logement et elle cherchait à comprendre mes besoins. Elle a dit qu'il fallait modifier l'agencement de mon logement pour faciliter mes déplacements et elle avait raison. »*

Monographie MDPH de la Vienne

Les évaluations, qui ont lieu en général de façon régulière⁵³ et à la demande de l'utilisateur, sont bien vécues quand elles ont pour objectif le suivi du niveau d'autonomie de la personne. C'est le cas des personnes handicapées dont l'état de santé est évolutif. Une évaluation régulière permet de suivre les progrès réalisés (quand ils existent), de faire le point sur une maladie évolutive et d'adapter les réponses au plus près des besoins.

Pour Lucille, fillette de 8 ans atteinte de surdité, l'évaluation régulière est le moment où l'on pointe les progrès réalisés à la suite de la mise en place d'un plan d'accompagnement. Ces évaluations régulières sont utiles pour adapter les aides aux besoins réels de l'enfant.

Monographie MDPH du Gers

⁵³ Les évaluations ont lieu sur demande de la personne et en cas de changement de situation. Cependant, pour les enfants et les jeunes adultes, les bénéficiaires ont la perception d'un rendez-vous annuel initié par la MDPH.

Un autre cas de satisfaction concerne les enfants, dont les parents sont très revendicatifs et impliqués dans les MDPH. Ceux-ci voient leurs demandes mieux comprises, et plus rapidement prises en compte. Les parents sont alors satisfaits du traitement de leur dossier et de la rapidité du processus et de fait, les enfants concernés bénéficient de l'investissement de leurs parents.

Certaines personnes ou leur entourage ont compris qu'en revendiquant, elles pouvaient obtenir plus et plus rapidement. A chaque relance, leur dossier est remis « en haut de la pile », et les personnes des MDPH se souviennent de leur nom et de leurs demandes. Ils ne sont plus perçus comme un dossier anonyme mais comme une personne. Cela montre que les évaluateurs ne résistent pas toujours à la pression exercée par les parents et témoigne d'une limite atteinte par certaines MDPH en terme d'égalité de traitement.

Xavier, 20 ans, handicapé moteur, souhaite intégrer l'université à la rentrée 2008. Ses parents ont été très revendicatifs pour que le dossier de leur fils aboutisse à temps : *« notre fils va faire sa rentrée universitaire. Si on n'avait pas poussé, rien n'aurait été prêt à temps ».*

Guillaume, référent éducation de la MDPH, reconnaît avoir pris plus de temps sur ce dossier pour tenir informer les parents régulièrement par mail de l'avancée du dossier suite à leur insistance. Habituellement, il ne rencontre pas les familles, et évalue les demandes sur dossier.

Monographie MDPH de Seine et Marne

Dans l'ensemble, les usagers que nous avons rencontrés n'avaient pas entendu parler des MDPH avant d'entrer en relation avec elles. Il semble donc que les MDPH souffrent d'un déficit de notoriété auprès des usagers. Ceux qui étaient antérieurement en relation avec la Cotorep n'avaient pas entendu parler de la création des MDPH. Toutefois, les usagers qui sont en contact pour la première fois avec une MDPH intègrent rapidement la notion de guichet unique. Ils savent qu'ils peuvent s'y adresser à tout moment, qu'ils seront reçus et entendus. La MDPH devient pour eux, un point de repère stable.

Les facteurs qui influencent la perception de l'évaluation favorablement sont donc nombreux et divers. Les aidants jouent un rôle fondamental en permettant aux usagers de s'appuyer sur eux, de les soutenir tout au long de leurs démarches. L'existence des MDPH est un autre grand point de satisfaction. L'institution a été adoptée par les usagers qui y voient un interlocuteur sérieux et stable.

- b) Les fondements des perceptions négatives des personnes handicapées à l'égard de l'évaluation de leurs besoins

Nous avons vu que des évaluations régulières peuvent être bien perçues lorsqu'elles sont l'occasion de faire le point sur une situation évolutive. Ce n'est pas toujours le cas et des évaluations régulières sont parfois mal vécues par les usagers. Dans les cas de handicaps qui n'évoluent pas par exemple, des évaluations répétées peuvent être mal perçues, avec pour certaines familles des visites annuelles, avec des questions récurrentes qui rappellent sans

cesse le handicap ou bien des visites où l'on regarde en détail leur vie, leurs dépenses.

D'autres déceptions peuvent survenir lorsque le plan d'aide mis en place ne reflète pas les souhaits des usagers. Une participation financière revient alors aux familles, certaines ne pouvant parfois donner une suite favorable. C'est par exemple le cas des handicaps lourds ou nécessitant des appareillages sophistiqués.

Les parents de Lucile ont dû prendre à leur charge le financement du micro HF théoriquement à la charge de l'éducation nationale, ainsi que la prothèse externe couplée à l'implant.

Monographie MDPH du Gers

Une plainte récurrente des usagers est celle du temps de traitement trop long des demandes qui a un impact négatif sur la perception des MDPH et par extension sur l'évaluation des besoins. Lors des entretiens, c'est parfois la première chose que nous ont relaté les usagers. Pendant le temps d'attente, les familles sont parfois obligées d'avancer les frais ou bien de se satisfaire d'un matériel inadéquat.

Le dossier de demande de PCH de Marie-Louise a été déposé en Octobre 2006. La visite d'évaluation des besoins a eu lieu en février 2008. Ce retard conséquent est dû à un changement d'instructeur mais également à la perte du dossier à un moment donné.

Monographie MDPH de la Marne

Morgan a dû s'adapter à un fauteuil électrique de remplacement en attendant son fauteuil, en raison du retard pris par son dossier à la suite d'une double évaluation des besoins en aide technique réalisée par deux professionnels de même formation.

Monographie MDPH des Ardennes

L'absence d'un « référent dossier » est aussi un point vécu négativement par les usagers. Sans celui-ci, l'utilisateur n'a aucune connaissance de l'avancement de ses demandes. Il se perçoit comme un numéro et non pas comme une personne. Cette situation entraîne de nombreux appels téléphoniques qui, faute d'une centralisation du dossier, sont répartis entre plusieurs interlocuteurs. Cela fait perdre du temps aux usagers et aux MDPH. Faute d'un « référent dossier », les usagers continuent à exercer une pression sur la MDPH.

La mère de Lucille atteinte de surdité déploie la situation qu'elle a vécue : « *il n'y avait pas de personne référente au sein de la MDPH qui puisse faire le lien entre le service de soins et d'éducation spécialisée à domicile et le SAIDA. Le dialogue était difficile.* »

Monographie MDPH du Gers

Le père de Morgan relate : « *je n'arrivais pas à joindre la MDPH, j'avais l'impression d'être un dossier. Tout a changé quand l'ergothérapeute de la MDPH a pris le dossier en main. A partir de ce moment là, on savait où on allait.* »

Monographie MDPH des Ardennes

Enfin, les personnes handicapées qui n'ont pas été accompagnées dans la formulation d'un projet de vie ont plus de difficultés que les autres dans la recherche d'informations et dans la rédaction d'un projet d'avenir. Elles ont une trajectoire moins rectiligne faite de fausses routes, de contacts inadéquats, d'errements dans divers services. Leur histoire est moins structurée, plus chaotique que celle des personnes handicapées aidées. Le travail d'élaboration psychologique sur le handicap s'en trouve ralenti parce qu'ils n'ont pas eu de dialogue suffisant avec un aidant pour construire l'expression de leur projet de vie.

Yannick a été marqué par son évaluation médicale qui a pris plus de 2 ans pour qu'un diagnostic soit posé⁵⁴. Une fois ce diagnostic connu, il a pris contact avec de nombreuses structures. Il en garde un souvenir imprécis et ne sait plus attribuer de rôle à chacune de ces structures. Yannick a vu beaucoup d'intervenants et ne sait plus restituer son parcours. « *J'aurais aimé avoir quelqu'un qui puisse m'aider à m'orienter dans cet univers nouveau pour moi* ». Sa mère relate également ce manque de coordination : « *on a vu tellement de gens !* ».

Monographie MDPH des Yvelines

4. Les représentations et le vécu de l'évaluation des besoins du point de vue des évaluateurs

a) Le profil des évaluateurs des personnes âgées en établissement et l'impact sur l'évaluation

Les professionnels réalisant les évaluations des besoins des personnes âgées en établissement sont : les médecins, les infirmières et les aides soignantes. Ils nomment « évaluation » les réunions interdisciplinaires qu'ils organisent à l'occasion du « GIRage ». Pour l'ensemble des cas étudiés dans le cadre de notre étude, les professionnels se réunissent pour échanger leurs points de vue et leurs perceptions sur la situation des usagers afin de renseigner la grille AGGIR au plus près de la réalité. Ils ont donc tous la possibilité de consulter le dossier et de formuler un avis. La pluridisciplinarité garantit un « GIRage » fiable des résidents.

b) Le profil des évaluateurs des personnes âgées à domicile et l'impact sur l'évaluation

Les différents professionnels évaluateurs rencontrés (CFES, assistante sociale, infirmière, ergothérapeute) s'accordent pour dire que la formation initiale influence la façon de remplir la grille AGGIR, moment clé de l'évaluation. Les conseillères en économie sociale et familiale (CFES) se décrivent comme ayant un regard très social sur les personnes âgées en raison de leur formation, proche de celle des assistantes sociales (versant axé sur les actes de la vie quotidienne en plus). Les infirmières et les ergothérapeutes se voient plus comme portant un regard sur les besoins techniques. Ils pensent plus en termes de solution en réponse à un problème technique. Certains évaluateurs ont été sensibilisés aux différents modes de renseignement de la grille AGGIR selon les métiers, lors de formations. Ils se sont rendus compte que des divergences de pratique pouvaient aboutir à des GIRages différents à partir de cas semblables. En effet, il suffit parfois d'une croix dans une question pour passer d'un niveau de GIR à un autre. Certains évaluateurs l'ont bien compris qui, face à une personne âgée pour

⁵⁴ Il s'agit ici du temps perçu pour le volet évaluation des besoins qui vient s'ajouter à celui du diagnostic.

laquelle ils estiment que le GIR ne reflète pas précisément la situation réelle, ajustent le niveau d'aide vers un niveau supérieur.

Ces disparités sont une source d'iniquité de traitement et il serait intéressant de sensibiliser et de former les évaluateurs au remplissage de la grille AGGIR.

c) Le profil des évaluateurs des personnes handicapées et l'impact sur l'évaluation

Les évaluateurs des personnes handicapées sont en général plus nombreux que pour les personnes âgées et ils ont des formations plus diverses. Leur profession est souvent en rapport avec le handicap concerné : il peut s'agir de médecin, ergothérapeute ou infirmière dans le cas de handicap moteur ; de médecin ophtalmologiste, d'orthoptiste ou de rééducateur fonctionnel dans le champ du handicap visuel. Pour la déficience auditive, cela peut être des médecins ORL, des phoniatres, des orthophonistes, des enseignants spécialisés. Des médecins psychiatres, des psychologues et des éducateurs spécialisés interviennent dans le domaine de la déficience psychique.

Chaque évaluateur réalise une évaluation dans son champ de compétences. La pluridisciplinarité prend tout son sens quand le rôle de chacun et le périmètre de son évaluation sont bien définis. Nous avons observé que ce n'est pas toujours le cas. Parfois, le périmètre d'évaluation des acteurs n'est pas bien défini et conduit à des évaluations qui se superposent. Ainsi, même si cela n'est pas fréquent nous avons rencontré une situation dans laquelle deux évaluateurs de formation identique sont intervenus avec la même finalité sur un dossier (redondance). Cette situation est une source d'incompréhension et de frustration pour les évaluateurs qui ne se sentent pas respectés dans leur fonction. C'est aussi une situation très perturbante pour l'utilisateur qui ne comprend pas le sens d'une double évaluation. Cela se traduit aussi par une perte de temps importante pour l'utilisateur et pour le dossier.

Pour réaliser l'évaluation technique de Morgan, deux ergothérapeutes ont été sollicités pour la recommandation d'un fauteuil électrique. Ces deux évaluations n'aboutissaient pas au même matériel. L'ergothérapeute du centre de rééducation fonctionnelle a prescrit un fauteuil, puis il a reçu une autre évaluation de l'ergothérapeute de l'hôpital de Reims. L'ergothérapeute du centre de rééducation a mal vécu cette situation, qu'elle considère comme une non reconnaissance de son travail : « *c'est peut être bête mais je n'ai pas bien réagi* ». Au final, l'ergothérapeute de la MDPH a tranché la question avec l'aide de spécialistes de ce handicap et déterminé le modèle du fauteuil.

Monographie MDPH des Ardennes

Lors des évaluations de personnes handicapées, ce n'est donc pas seulement le profil de l'évaluateur qui a un impact sur l'évaluation mais aussi l'organisation des acteurs. Chaque acteur doit être bien identifié et son périmètre d'intervention défini. Ensuite, pour que les choses se passent au mieux, il est nécessaire d'avoir un maître d'œuvre qui coordonne les partenaires. In fine, l'évaluation se joue au sein des équipes pluridisciplinaires et selon la culture commune des MDPH.

d) Les autres facteurs qui ont un impact sur la perception de l'évaluation

La prédominance de la « culture de l'évaluation motrice » au sein des MDPH dans l'évaluation des besoins des personnes handicapées

Nous avons mentionné, au début de l'étude, la tendance des MDPH à nous proposer exclusivement des cas de personnes handicapées motrices. Les évaluateurs rencontrés dans l'étude reconnaissent que les MDPH sont aujourd'hui plus « préemptées / visitées » par les personnes handicapées moteur que par celles atteintes de déficiences sensorielles et psychiques. Les évaluateurs expliquent que les personnes déficientes sensorielles sont souvent mieux insérées socialement et dès lors, moins présentes dans les MDPH. Pour ce qui concerne les personnes déficientes psychiques, elles sont plus présentes dans les lieux de vie qui leurs sont dédiées et elles ne peuvent souvent venir seules dans les MDPH.

Saïd, référent éducatif de l'aide sociale à l'enfance déplore que le CDA de la MDPH ne soit pas ouvert aux partenaires extérieurs du handicap psychique. Il estime qu'un entretien avec une psychologue est insuffisant pour comprendre le vécu d'une personne : *« seuls les éducateurs qui vivent au quotidien avec les personnes handicapées psychiques peuvent évaluer précisément leurs capacités et leurs compétences ».*

Monographie MDPH du Val d'Oise

Cette plus grande représentation des personnes handicapées motrices dans les MDPH peut aussi s'expliquer, selon les acteurs, par des raisons historiques. En effet, les premières demandes d'aide formulées auprès des autorités l'ont été pour le handicap moteur (à la suite de la guerre de 14-18). Le système d'aide s'est donc construit autour de cette demande. Et le handicap moteur, visible et concret, a sans doute été mieux appréhendé par les médecins à la différence des autres handicaps moins visibles (handicaps sensoriels et psychique pas toujours visibles). Pendant longtemps, les personnes atteintes de déficiences sensorielles, ne trouvant pas de réponse institutionnelle autres que des aides financières, se sont tournées vers des associations connaissant leurs déficiences pour les aider. C'est par exemple, l'association Valentin Haüy pour les déficients visuels qui propose depuis 1889 (120 ans) de l'assistantat, des formations, des rencontres aux déficients visuels...

La prédominance de la culture de l'évaluation des capacités motrices semble perdurer au sein des MDPH. Lors de la création des MDPH, les personnes présentant un handicap moteur se sont rapidement « reconnues » dans ces structures, un peu comme s'il s'agissait de leur « deuxième maison ». L'appellation « Maison départementale des personnes handicapées » participe peut-être de cette appropriation des lieux. Il résulte de cette situation une moindre présence dans les MDPH des personnes déficientes sensorielles et psychiques et donc une moindre connaissance des aides mobilisables pour compenser leur handicap. De leur côté, les MDPH ont moins développé leurs connaissances sur ces déficiences en étant moins en contact avec ces personnes.

Toutefois, la situation évolue. Les personnes atteintes de déficience auditive par exemple, découvrent progressivement, par l'intermédiaire des associations, les aides dont elles peuvent bénéficier et elles se rendent de plus en plus fréquemment dans les MDPH.

La coordinatrice Handicap de la MDPH déclare que les handicapés visuels sont moins bien connus de la MDPH que les handicapés moteurs qui viennent souvent à la MDPH pour exprimer des besoins en aide technique et humaine : *« les associations qui s'occupent du handicap sensoriel sont très actives, les personnes handicapées vont d'abord aller les voir avant de venir à la MDPH ».*

Monographie MDPH des Ardennes

Une réaction d'empathie de l'évaluateur envers l'utilisateur est un critère qui interfère avec l'évaluation des besoins

Les évaluateurs expriment le fait que certaines situations ne les laissent pas insensibles. Cela est particulièrement vrai dans les cas d'évaluations qui engagent le futur de l'utilisateur ou représentent un enjeu important pour lui. C'est le cas d'enfants handicapés pour lesquels les évaluateurs ont plus envie de s'impliquer. Dans ces cas, l'évaluation est un moment crucial parce qu'il conditionne la mise en œuvre du projet de vie : une entrée dans la scolarité par exemple ou bien une orientation professionnelle. Pour ces enfants ou leurs parents, l'enjeu est d'importance car ils souhaitent souvent pour leur enfant un parcours qui s'apparente à celui des autres enfants.

L'assistante sociale s'est rendue au domicile des parents de Clément pour réaliser l'évaluation sociale de la famille. Elle ressent une différence entre la conception du métier et la philosophie de la MDPH : *« on me dit qu'il faut savoir prendre du recul, ne pas croire forcément ce que disent les personnes ».* Elle s'investit émotionnellement dans son travail : *« l'évaluation peut être facile si on prend son travail comme une routine, si on évalue sur dossier, cela reste confortable et rassurant. »*

Monographie MDPH des Ardennes

Un sentiment d'empathie peut aussi se développer lors de l'évaluation de personnes âgées encore valides. Une réaction d'identification peut se développer face à une image de personne âgée qui « vieillit bien ».

Le médecin évaluateur qui a rencontré Emma et sa sœur à leur domicile, estime que l'évaluation s'est bien passée car elles avaient un contact plaisant : « deux mamies adorables, très gentilles, très agréables. Vous sortez de là, c'était hyper mignon, elles sont tordantes. »

Monographie Conseil Général du Gers

La conséquence de l'irruption de l'empathie dans une relation évaluateur-évalué est un traitement accéléré du dossier. L'évaluateur s'investit davantage et fait en sorte qu'il n'y ait pas de perte de temps.

L'empathie fait partie de l'évaluation mais elle n'est pas toujours facile à gérer par les professionnels. Des formations existent qui permettent d'apprendre à trouver la bonne distance avec l'utilisateur. Toutefois, ce n'est pas le sentiment en lui-même qui pose problème car

il est le signe d'une relation humanisée qu'il convient de préserver, mais la conséquence de ce sentiment qui peut conduire à une iniquité de traitement.

A l'inverse, il y a souvent une plus faible identification des évaluateurs à la personne handicapée : handicap très lourd par exemple pour lequel on envisage peu de futurs possibles ou, à tout le moins, pas d'urgence. Le dossier suit alors son cours normalement.

Dans le même ordre d'idée, les personnes âgées qui « vieillissent mal » (déchéance, situations d'incurie) suscitent moins d'empathie. Une réaction de distance peut s'instaurer entre la personne âgée et l'évaluateur, laquelle ne joue pas en faveur d'un traitement particulier du dossier.

Le travail en équipe, les échanges entre collègues évaluateurs permettent d'en prendre conscience et de gérer les réactions d'empathie. Les évaluateurs discutent entre eux des situations rencontrées, cela leur permet de soulager leur ressenti mais également d'avoir un regard plus objectif sur la situation.

Ces rencontres sont à favoriser car elles permettent aux évaluateurs de diminuer la charge émotionnelle qu'ils peuvent ressentir face à des situations lourdes.

5. Le vécu de l'évaluation des personnes âgées en établissement du point de vue des évaluateurs

- a) Les fondements des perceptions positives des évaluateurs à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes âgées en établissement

Nous avons vu qu'il n'existe pas de réelle situation d'évaluation des besoins des personnes âgées au sein des établissements (EHPAD). Ce qui est nommé « évaluation » est en réalité une mesure du niveau de dépendance (GIRage) plus qu'une prise en compte des besoins réels des personnes âgées.

Cette mesure se construit au quotidien, lors des visites du médecin, de l'infirmière ou de l'aide soignante. Leurs observations croisées permettent de remplir la grille AGGIR. Parfois, ce sont les infirmières ou les aides soignantes qui remplissent la grille AGGIR seules parce qu'elles sont au contact quotidien des résidents. La grille est ensuite validée par le médecin.

L'implication des infirmières et des aides-soignantes dans ce processus est perçue comme étant à la fois valorisante et formatrice. La grille AGGIR devient un outil de formation des personnels sur les différents items à observer chez la personne âgée. Cela élargit le champ de compétences des personnels. Le soin apporté au remplissage de la grille AGGIR est important pour les établissements. Ils peuvent en effet être inspectés par le Conseil Général dans les cas de variation du « Girage moyen pondéré ». Il importe donc de transmettre un GMP cohérent d'une année sur l'autre.

Les personnels des établissements sont conscients que les « GIRages » réalisés conditionnent la dotation annuelle de l'établissement et ont donc un impact sur les conditions de vie des résidents et au-delà, sur leurs conditions de travail. Le GIR 1 en particulier permet d'obtenir le

maximum d'aides financières pour les personnes grabataires, qui ont des besoins importants d'aide à l'autonomie pour les actes essentiels de l'existence, qui sont assurés par le personnel de l'établissement.

Certains personnels rencontrés estiment que les moyens nécessaires pour répondre aux besoins des personnes plus valides ne sont pas bien pris en compte par la grille AGGIR comme par exemple l'intervention d'un masseur-kinésithérapeute.

Henri, infirmier coordinateur de la maison de retraite de Lili, utilise la grille AGGIR comme un support de discussion avec la famille ou le médecin : *« elle nous sert d'appui pour un entretien, on a des éléments de personnalité, et après c'est à nous de voir ce qu'on y voit ».*

Le contrôle des évaluations mené par le Conseil général est pour Henri intéressant car *« tout est une question de moyens, de personnel. Plus on donne de moyens à une maison de retraite, plus la prise en charge est optimisée. »*

La directrice de l'établissement, indique qu'ils essaient d'évaluer au plus juste le GMP de l'établissement.

Monographie Conseil Général de la Marne

Les personnels soignants des établissements sont donc dans l'ensemble plutôt satisfaits de leur pratique « d'évaluation » car ils y trouvent une valorisation de leur travail, un moyen de formation et un support d'échange entre collègues.

- b) Les fondements des perceptions négatives des évaluateurs à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes âgées en établissement

Les personnels des établissements qui renseignent la grille AGGIR estiment qu'elle n'est pas assez adaptée aux personnes âgées en établissement. Les items se rapportent trop à la dépendance physique du patient et pas assez aux autres aspects de la dépendance (démence).

Hélène, infirmière de l'EHPAD où vit Marie, déplore que la grille AGGIR ne reflète pas la prise en charge des résidents atteints de pathologie de type Alzheimer. Il existe un décalage entre la capacité d'un résident à faire quelque chose et le vécu au quotidien : *« Par exemple, on a une dame, un jour, elle va faire sa toilette, le lendemain vous arrivez, elle est couchée et elle ne veut pas faire sa toilette, alors qu'elle peut le faire, mais quand vous lui dites de le faire, alors là c'est l'agressivité. Donc, dans la grille, on met qu'elle peut le faire, mais on se rend compte que certains jours, elle ne la fait pas, et ça on ne peut pas le caser dans la grille. »*

Monographie Conseil Général de l'Indre et Loire

De plus, un niveau de GIR ne reflète pas forcément la charge de travail générée par une personne âgée : il ne prend pas assez en compte, aux yeux de l'équipe, les démences dont la prise en charge est chronophage, les résidents qui nécessitent plus de personnel pour les soins, les déplacements et le « temps psychologique » passé avec les résidents.

La grille « Pathos », disponible depuis peu qui calcule la charge en soins médicaux et paramédicaux, permet de combler cette lacune : « c'est un dispositif qui permet d'évaluer les soins médico-techniques nécessaires pour assurer la prise en charge des pathologies des résidents ». Cette grille permet en effet de dégager le niveau d'autonomie d'un établissement mais ne s'applique pas au niveau individuel. Cet outil, utilisé en établissement, vient confirmer que l'évaluation individuelle au sein d'un établissement n'est pas mise en place.

Les évaluateurs nous expliquent également que la fréquence annuelle du GMP est peu adaptée à la cible des personnes âgées dont l'état général peut se dégrader très vite.

Si les personnels des établissements remettent en cause la pertinence des outils utilisés pour faire de « l'évaluation », nous n'avons pas entendu de motif d'insatisfaction sur le fait qu'il n'existe pas de véritable évaluation des besoins des personnes âgées en établissement. Il serait intéressant de comprendre les raisons pour lesquelles cette évaluation n'a pas lieu et ce qui fonde cette absence de pratique.

6. Le vécu de l'évaluation des personnes âgées à domicile vu par les évaluateurs

- a) Les fondements des perceptions positives des évaluateurs à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes âgées à domicile

Les évaluateurs estiment que la rencontre au domicile des personnes âgées est le garant d'une évaluation pertinente. C'est pour eux, une façon privilégiée de véritablement se rendre compte d'une situation. Une situation évaluée sur dossier déclenche des représentations qui sont parfois éloignées de la réalité. La visite à domicile est aussi une façon de créer un lien de confiance avec la personne âgée. Cela permet de mettre un visage sur la personne qui s'occupe du dossier et de l'appeler pour une question ou en cas d'aggravation de la situation. La rencontre à domicile permet au professionnel de se rendre compte de l'environnement quotidien de la personne (aménagement du domicile, état du domicile, localisation urbaine ou rurale, présence de proche, état du conjoint ...) et ainsi d'effectuer une évaluation des besoins plus globale.

Floriane, évaluatrice du CLIC, s'est rendue au domicile de personnes âgées pour réaliser l'évaluation des besoins de l'épouse. Elle pense que son métier fait appel à des qualités d'observation, d'écoute et de patience. Elle a pris son temps pour réaliser son évaluation : « *c'est tout l'intérêt des visites à domicile, on se rend compte de beaucoup de choses* ». Elle a également posé de nombreuses questions pour bien comprendre son quotidien : « *le lever, comment ça se passe, est-ce que vous avez des difficultés ?...* ». Son objectif est de « *mettre en place quelque chose de cohérent et d'adapté à la personne* ». Au fil de l'entretien, le mari a exprimé son véritable ressenti sur la situation de sa femme : il a alors admis qu'il était fatigué, et que l'hospitalisation de sa femme pendant 3 mois avait été une période lourde pour lui. En fait, il s'épuisait sans le dire.

Monographie Conseil Général des Yvelines

La visite est aussi l'occasion de rencontrer l'accompagnant ou l'aidant qui pourra enrichir le discours de l'utilisateur. Le discours d'un proche est en effet une aide précieuse pour compléter l'évaluation des besoins de la personne âgée. Celles-ci n'ont en effet pas toujours une conscience claire de leurs possibilités ; ou bien elles peuvent penser qu'elles sont encore

capables d'effectuer certaines tâches par déni de leur perte d'autonomie. Elles peuvent aussi, par réaction de prestance vis-à-vis d'autrui, minimiser leur perte d'autonomie. L'aidant permet alors d'affiner la perception de la situation.

Les évaluateurs qui travaillent avec les personnes âgées à domicile éprouvent le besoin d'échanger avec leurs collègues sur les situations qu'ils rencontrent. Ces moments de rencontre sont importants pour partager des ressentis et s'entraider mutuellement sur des situations problématiques (conjoint qui refuse les aides, situations dans lesquelles il faut envisager un placement en institution...). Ces échanges sont aussi des occasions pour chacun de parler de sa pratique de l'évaluation et de l'améliorer.

Les évaluateurs sont dans l'ensemble très demandeurs d'échanges sur les pratiques professionnelles. Ils aimeraient pouvoir croiser leurs expériences avec des évaluateurs d'autres structures et en tirer des enrichissements. Des réunions de ce type avec les tutelles seraient appréciées et perçues comme une reconnaissance du travail accompli.

- b) Les fondements des perceptions négatives des évaluateurs à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes âgées à domicile

Les partenaires de l'évaluation des besoins des personnes âgées sont rarement en relations les uns avec les autres. Ainsi, l'infirmière passe au domicile pour délivrer les soins, puis c'est au tour de l'aide soignante puis à celui de l'aide à domicile. Ce mode d'organisation garantit à chaque intervenant de pouvoir faire son travail dans les meilleures conditions ; il permet aussi de ponctuer la journée des personnes âgées par des visites réparties dans le temps. Cette organisation a en revanche pour conséquence que les différents partenaires ont peu de contacts entre eux. Cela est dommageable pour l'évaluation des besoins car l'information ne circule pas bien entre les partenaires.

Alain, chargé de suivi de l'association à domicile qui intervient chez Guy, explique qu'il n'est pas en relation avec l'évaluatrice du SIMAD : *« Je fais mon évaluation de mon côté et le SIMAD fait la sienne. Dans la mesure où l'état de Guy ne s'est pas aggravé, je n'ai pas à appeler le SIMAD. »*

Monographie Conseil Général des Yvelines

C'est pourquoi, nous avons parfois observé la mise en place d'une fiche de communication au domicile des personnes âgées qui permet le transfert d'informations entre les partenaires. Les aides à domicile par exemple sont les personnes qui passent en général le plus de temps au contact des personnes âgées ; elles peuvent observer des choses qui ne sont parfois pas visibles des évaluateurs à un temps « T ». La fatigue d'un aidant, par exemple, peut ne pas être repérée pendant le temps de la visite à domicile.

Malgré la volonté de faire une évaluation la plus globale possible, les évaluateurs ne peuvent outrepasser leur mission. Ils peuvent ressentir de la frustration face à des besoins qu'ils observent mais qui ne relèvent pas de leur fonction. C'est par exemple le cas des personnes âgées qui ne savent pas gérer leur budget par exemple et qu'on aimerait aider.

Parfois, les évaluateurs sont confrontés à des personnes âgées qui ne sont pas demandeuses d'aides. Par expérience, ils perçoivent bien les moments où une aide devient indispensable

mais ils n'arrivent pas à convaincre les personnes âgées du bien fondé de leur point de vue. Cela est d'autant plus frustrant pour les évaluateurs qu'ils savent que les personnes finiront par les appeler alors que leur situation aura évolué défavorablement.

Floriane ressent parfois de la frustration dans la réponse apportée aux personnes âgées en raison des limites de l'APA : il existe souvent une partie restante à la charge de l'usager et le fonctionnement sur remboursement et non sur allocation est difficile à comprendre : « *le fonctionnement de l'APA complique le quotidien des personnes âgées* ».

Monographie Conseil Général des Yvelines

Parmi les autres facteurs qui ont une influence négative sur la perception de l'évaluation, nous avons relevé le problème lié à un niveau de GIR qui ne couvre pas forcément l'ensemble des besoins de la personne, au-delà des besoins d'aide pour les actes essentiels de l'existence. En effet les évaluateurs constatent qu'il est difficile au sein d'un établissement de mobiliser des moyens humains supplémentaires pour garantir la conduite d'activités sociales/conviviales/des sorties éventuelles pour les personnes les moins dépendantes... Cette situation peut engendrer un sentiment de frustration et d'injustice chez l'évaluateur.

Enfin, nous avons observé que les évaluateurs se sentent mal à l'aise dans les cas où le plan d'aide est progressivement réduit (cas des GIR 5 et 6 suite à des réductions d'aides octroyées par la CNAV). D'une part, l'évaluateur doit annoncer à l'usager une réduction de moyens, ce qui le place en porte à faux par rapport à sa mission (ce n'est pas son rôle de relayer les décisions de la CNAV). D'autre part, l'évaluateur est mal à l'aise lorsque le plan d'aide se réduit et qu'il ne constate pas une aggravation de l'état de la personne qui pourrait justifier une modification du GIR et donc une augmentation de l'aide allouée. Dans une telle situation, la personne âgée est elle-même déçue et ne comprend plus le rôle de l'évaluateur, ni le sens de l'évaluation.

Céline, évaluatrice du SIMAD (Syndicat Intercommunal de Maintien à domicile) explique que les personnes âgées ont du mal à la situer. Celles-ci ne réalisent pas qu'elle est le lien entre les usagers et les financeurs des aides (Conseil général et CNAV). Ce flou est accentué par le fait que Céline ressent l'obligation de mettre en garde les personnes âgées sur le fait que la CNAV accorde de moins en moins d'heures d'aide : « *mon rôle devient un peu ambivalent, je suis un peu comme un gendarme* ».

Monographie Conseil Général des Yvelines

La réduction des plans d'aide de la CNAV est préjudiciable à la perception de l'évaluation par les deux parties.

7. La perception de l'évaluation des personnes handicapées telle que ressentie par les évaluateurs

- a) Les fondements des perceptions positives des évaluateurs à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes handicapées

L'étude de ces 16 cas met en évidence que l'exigence d'évaluation globale introduite dans la loi de 2005 a été intégrée par les évaluateurs parce qu'appréciée. Ils ont d'emblée traduit la loi qui prévoit « la prise en compte des attentes et des choix de vie de la personne handicapée » en une pratique cherchant à mettre en œuvre une évaluation globale. Cette appropriation rapide de la Loi reflète sans doute l'accord profond des évaluateurs avec cette exigence. C'est pour eux le gage d'un travail de qualité dans l'intérêt du demandeur. Cela valorise leur pratique : on ne cherche pas seulement à compenser une déficience, on est dans une approche globale. Chacun des évaluateurs rencontrés cherchait à faire une évaluation globale c'est-à-dire qui englobe le médical, le social, le psychologique.

Dans le cadre de l'évaluation des besoins de Marie-Louise, présentant une déficience auditive, l'ensemble de ses besoins a été pris en compte : *« on a travaillé par rapport au budget, par rapport aux aides que l'on pouvait apporter aux enfants. Pour ces enfants, nous avons fait en sorte qu'ils soient sortis du milieu des malentendants le plus possible pour les stimuler. De plus, nous avons vu que les parents avaient besoin d'aide au niveau administratif, ils ne savaient pas bien lire et écrire. Il fallait avoir une compréhension globale de la situation car si on oubliait un aspect, tout ce qu'on mettait en place ne tenait pas la route »*
 Coordinatrice sociale en LSF.

Monographie MDPH de la Marne

Les parents de Morgan ont reçu la visite de deux évaluatrices sociales, l'une de la MDPH et l'autre de la SNCF (employeur du père) afin de faire le tour de l'ensemble des aides mobilisables.

Monographie MDPH des Ardennes

L'organisation des partenaires en réseau est un autre aspect qui fonde les perceptions positives. Ce mode de fonctionnement apparaît comme étant indispensable pour répondre à l'exigence d'une évaluation globale. C'est le croisement des compétences multiples qui est source de richesse et de finesse de l'évaluation. Les intervenants vivent d'autant mieux leur implication dans un réseau que celui-ci est organisé, c'est-à-dire que la circulation de l'information est fluide à l'intérieur de celui-ci et qu'il existe un chef d'orchestre de l'ensemble. Ce point est important dans les cas de handicaps parce que le réseau constitué est plus dense que celui encadrant une personne âgée. Dans les déficiences auditives par exemple, les compétences requises sont multiples. Nous avons rencontré des cas de réseaux très fonctionnels où les intervenants se nourrissent des échanges et sont en général très satisfaits du processus d'évaluation.

- b) Les fondements des perceptions négatives des évaluateurs à l'égard de l'évaluation des besoins des personnes handicapées

Au cours de l'étude, les évaluateurs nous ont fait part de façon récurrente du problème de la surcharge de travail qui conduit fréquemment à faire des évaluations sur dossier alors que certaines situations mériteraient des rencontres. Ils regrettent de ne pouvoir mobiliser plus de moyens, plus de compléments d'information dans certaines situations par manque de temps. De plus, l'information sur la Loi de 2005, largement relayée par les associations, a créé un « appel d'air » dans les demandes. Nous avons rencontrés des MDPH submergées de demandes.

En Octobre 2007, Isabelle, coordinatrice sociale en LSF d'une association, met en place avec la directrice de la MDPH une conférence pour informer les personnes atteintes de déficience auditive sur l'existence de la PCH. Suite à cette réunion d'information, la MDPH a reçu énormément de demandes, ce qui a entraîné un retard dans les dossiers.

Monographie MDPH de la Marne

Un autre point est apparu comme générateur de malaise chez les évaluateurs : il s'agit des personnes handicapées motrices qui sont très demandeuses d'aides. Il existe chez certains usagers et/ou leur entourage une revendication forte qui s'apparente à « j'y ai droit », « je suis victime ». Ces personnes réclament réparation jusqu'à émettre des projets de vie perçus comme excessifs. Les évaluateurs perçoivent cette pression exercée par ces usagers et ont parfois du mal à rester impartiaux face à ces attentes soutenues. Cette forte demande de la part de certaines personnes handicapées entraîne un surinvestissement de certains dossiers et une surcharge de travail pour l'évaluateur. Elle met par ailleurs l'évaluateur en porte à faux par rapport à son éthique car elle instaure une différence de traitement entre les usagers.

Enfin, les partenaires de l'évaluation des déficiences psychiques et sensorielles déplorent l'absence de réseaux structurés. Ils sont peu en relation avec les MDPH en raison, selon eux, d'une moins bonne connaissance par les MDPH des partenaires qui interviennent dans ces champs. Ils aimeraient développer des relations avec les MDPH et travailler plus en concertation avec elles.

La coordinatrice sociale en LSF, Isabelle, ne connaît pas de professionnels travaillant à la MDPH parlant la LSF. C'est pour cela qu'aujourd'hui son association est très présente pour accompagner les professionnels de la MDPH dans l'évaluation des besoins des personnes atteintes de déficience auditive. « *La MDPH n'a pas le temps, ni les moyens et ne connaît pas assez le handicap de surdité pour pouvoir accueillir elle-même une personne sourde, l'orienter, la guider, la conseiller dans ses démarches. Elle nous a sollicité pour aider les personnes à monter leur dossier et ensuite elle endosse son rôle d'évaluateur, maintenant les rôles sont clairs.* »

Monographie MDPH de la Marne

V. Les enseignements transversaux des monographies

A partir des 16 monographies réalisées, nous avons dégagé des enseignements transversaux qui sont cohérents avec le volet de l'étude réalisé par le cabinet Deloitte.

1. L'évaluation des besoins est un processus dans le temps

Les usagers, et particulièrement les personnes handicapées, relatent que l'évaluation de leurs besoins ne correspond pas seulement au moment de la visite d'évaluation proprement dite, mais à l'ensemble des étapes du processus, de la formulation de la demande à l'acceptation et la mise en place du plan d'aide. L'ensemble de ces étapes influe sur la perception de la situation d'évaluation.

Les étapes en amont de la visite telles que l'accompagnement dans les recherches d'information, la rédaction du projet de vie, ainsi qu'une relation avec un référent permettent aux usagers de se sentir compris.

Lors de la visite proprement dite, la relation avec l'évaluateur est de ce fait jugée positivement par l'utilisateur. L'évaluateur est perçu comme une personne venant valider sa demande initiale.

En aval, selon la décision finale puis la mise en place des aides, le montant des aides, le ressenti des usagers va être différent.

Par exemple, lorsque les aides ne permettent pas à l'utilisateur d'accéder à des besoins qu'il a pourtant exprimés par le passé, une incompréhension s'installe. La perception de la situation d'évaluation s'en trouve alors a posteriori impactée négativement.

2. La représentation de l'évaluation par les évaluateurs : une fonction, une pratique, une mission ?

Nous avons demandé aux évaluateurs d'évoquer leur pratique de l'évaluation et des représentations qu'ils y associent. Le premier enseignement est que tous ont une image positive de leur pratique. Ils réalisent des évaluations au sens humain, profond, global. Ils portent un regard sur le vécu émotionnel, le vécu d'adaptation au handicap / à la vieillesse. Ils côtoient de nombreuses situations singulières. Autant d'aspects qui font de la pratique d'évaluation une activité riche et porteuse de sens. Ils ont ensuite le sentiment d'exercer une profession qui apporte « du bien-être » aux personnes. Ce sont des « porteurs d'aide » et ils sont majoritairement perçus comme tels. Cela leur renvoie une image positive d'eux mêmes.

Le second enseignement est que l'évaluation est perçue différemment selon la formation initiale des professionnels. Les ergothérapeutes et les CEFS estiment que l'évaluation fait partie intégrante de leur métier quelque soit le terme qu'ils utilisent pour en parler « *c'est une mission, une fonction, une pratique quotidienne* ». De par leur formation, ces professionnels ont une vision globale de l'évaluation (versant médical, technique, social). Elles ressentent leur rôle comme central dans le processus de l'évaluation.

Pour les autres évaluateurs (médecins, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs...), la perception de l'évaluation est plus celle d'une activité parmi celles que regroupe leur métier. Ils sont « venus » à l'évaluation selon les circonstances de leur lieu d'exercice : Conseil général, établissement pour personnes âgées, structure spécialisée, CCAS...

Henri, infirmier coordinateur en EHPAD explique que l'évaluation fait partie intégrante de sa fonction. Pour lui, c'est aussi une mission : « on se doit de faire une évaluation pour le bien des gens et aussi parce qu'on peut leur apporter une allocation, c'est un tout »

Monographie Conseil Général de la Marne

Hélène, infirmière en EHPAD pense que l'évaluation fait partie de sa fonction : « on nous a appris à évaluer les besoins et on se rend compte que c'est vraiment important pour pouvoir bien démarrer avec une personne qu'on ne connaît pas bien et avec laquelle on va vivre tous les jours »

Monographie Conseil Général d'Indre et Loire

Floriane, CESF exerçant dans un CLIC estime que l'évaluation fait partie de son métier : « il s'agit de répondre aux besoins des personnes âgées pour permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible avec le maximum de quiétude et de bien-être »

Monographie Conseil Général des Yvelines

L'évaluation est une de mes activités. En tant que médecin du Conseil Général, j'ai appris l'évaluation en allant sur le terrain avec un autre médecin du Conseil général. Maintenant, j'y vais seule.

Monographie Conseil Général des Yvelines

Un des évaluateurs rencontrés (kinésithérapeute) pense que la fonction d'évaluation est un « métier à faire émerger ». Il y a en effet des compétences à acquérir, du savoir à « engranger ». Actuellement, il n'existe pas de formation délivrant l'ensemble des compétences nécessaires à la pratique de l'évaluation. La formation d'ergothérapeute est celle qui se rapproche le plus des compétences requises car elle inclut le versant médical, technique et social.

On peut se poser légitimement la question de savoir s'il serait pertinent de faire émerger le métier d'évaluateur ou à tout le moins une capacité d'évaluateur qui reprendrait l'ensemble des compétences nécessaires à la pratique d'évaluation (psychologie de l'utilisateur, gestion des réactions d'empathie, gestion du facteur humain...).

3. Des évaluations des besoins à répétition : le mieux ennemi du bien

Nous avons vu que les évaluations régulières des usagers peuvent être à double tranchant. Si, elles permettent majoritairement d'adapter les réponses aux demandes, il existe des cas où ces visites ne sont pas perçues de façon positive par les usagers. Ils ressentent ces visites régulières comme une intrusion dans leur vie privée. Elles sont associées à un perpétuel rappel de leur handicap avec des questions récurrentes sensibles qui portent sur les capacités à effectuer des gestes du quotidien. Cela renvoie en permanence l'utilisateur/son entourage à l'incapacité à réaliser des gestes de la vie courante. La même plainte émerge lorsque les revenus sont à nouveau étudiés. Les usagers se sentent jugés sur leur façon de vivre.

Les évaluateurs ne se rendent pas toujours compte du ressenti négatif des usagers face à des visites à répétition car ils pensent faire au mieux. Pour eux, par exemple, deux visites d'évaluation réalisées par des personnes de compétence différente permettent d'apporter des éclairages complémentaires sur la situation de la personne rencontrée.

La présence d'un « de l'information disponible doit permettre d'éviter cet écueil. référent dossier » doit permettre d'éviter ces situations au cours desquelles une même évaluation est réalisée par des personnes différentes car cela perturbe l'utilisateur. Un partage mieux organisé

Les parents de Xavier, un adolescent lourdement handicapé déplorent que chaque année, lors de la visite d'évaluation, on repose les mêmes questions autour de ce que peut faire ou ne pas faire Xavier : *« mais il n'arrivait pas à manger seul l'année dernière et c'est évident que cette année il ne peut toujours pas ! »*

Monographie MDPH de l'Essonne

Les parents de Clément, un enfant atteint de maladie neuromusculaire dégénérative ont reçu la visite, à deux reprises, de deux évaluateurs différents, venant chacun faire un bilan de leurs ressources financières : *« je l'ai mal vécu, c'est comme si on jugeait nos dépenses et en plus ils auraient pu consulter le dossier de nos ressources et ne pas refaire la même évaluation ».*

Monographie MDPH des Ardennes

4. Autocensure de la part des usagers et des évaluateurs

Malgré la volonté de réaliser une évaluation la plus objective possible, les évaluateurs ont conscience que les aides qui pourront être effectivement mises en place sont limitées. Ils prennent en compte la contrainte de l'offre, et donc les moyens disponibles dans leurs évaluations. L'ensemble des champs n'est pas toujours investigué et les professionnels reconnaissent qu'ils s'autocensurent. C'est le cas d'une évaluation dans laquelle le niveau de GIR correspond à une aide financière, qui ne permet pas la mise en place des aides estimées nécessaires.

Les usagers eux-mêmes sont parfois dans le déni quant à leurs réelles capacités à réaliser des actes du quotidien. Les personnes âgées peuvent par exemple surévaluer leurs capacités

physiques. Le projet de vie en est alors diminué en termes d'attentes, de souhaits, de désirs d'autonomie.

Une conseillère en orientation scolaire explique que le problème de la contrainte de l'offre est très prégnant dans le handicap psychique parce que les structures d'accueil existent et les enfants sont orientés dans ces structures sans que l'adéquation entre le handicap et l'offre existante soit toujours la meilleure : *« on ne peut pas faire autrement parfois »*.

Monographie MDPH des Ardennes

Céline, évaluatrice au Syndicat intercommunal pour le maintien à domicile reconnaît que parfois, elle n'évalue pas certains besoins parce qu'elle sait qu'il n'y aura pas d'aide supplémentaire disponible : *« je sais qu'on est au maximum des aides, alors j'en tiens compte. »*

Monographie Conseil Général des Yvelines

5. Le plan d'aide ne répond pas toujours au projet de vie formulé

Il existe parfois un décalage entre les attentes des usagers et les réponses apportées par les MDPH. Certains usagers sont revendicatifs. Ils réclament réparation jusqu'à émettre des projets de vie jugés excessifs. Le terme de « compensation » renforce peut-être ce sentiment d'avoir droit à quelque chose. Ce sentiment est exacerbé selon le niveau d'acceptation de la perte d'autonomie de la personne. Une discordance se crée entre la demande formulée par la personne handicapée dans son projet de vie et les besoins évalués par les professionnels.

Dans d'autres cas, ce sont les évaluateurs qui surévaluent les besoins d'une personne par rapport à ses attentes. Cela entraîne une frustration chez l'évaluateur qui constate que ses efforts ne sont pas reconnus comme il le pensait. Un sentiment d'incompréhension peut émerger chez l'utilisateur qui ne parvient pas à faire un lien clair entre son discours, sa situation et le plan d'aide mis en œuvre.

A contrario, d'autres évaluateurs auront tendance à plaquer un plan d'aide sur une pathologie donnée sans prendre en compte les souhaits de la personne.

Tous ces cas relèvent de malentendus entre le professionnel et l'utilisateur et sont provoqués par une communication inadaptée.

Madeleine avait demandé un lit médicalisé à deux places en raison du très grand nombre de traitements, appareillages et objets qui doivent être à proximité d'elle et aussi en raison de tremblements très forts qui font qu'elle bouscule tout ce qui est proche d'elle. Sa demande a sans doute été interprétée comme une

demande de confort et un lit médicalisé à une place lui a été accordé. Madeleine et son entourage ont été très déçus de ne pas avoir été entendus.

Monographie MDPH de la Vienne

Yannick, jeune adulte malvoyant, s'est entendu proposer par la MDPH une barre de douche et un agrandissement de porte. Cela ne correspondait pas du tout à sa demande. Il a ressenti qu'on lui proposait des solutions toutes faites sans chercher à comprendre véritablement ses besoins. Il est reparti avec la conviction qu'il était incompris de tous.

Monographie MDPH des Yvelines

6. Le vécu de l'évaluation expliqué par le niveau d'acceptation de la perte d'autonomie de la personne

Être une personne âgée ou une personne handicapée, c'est à un moment de sa vie, faire le deuil de son autonomie passée. Différentes composantes sont touchées : l'autonomie, la mobilité, la capacité physique, la capacité mentale, la séduction, le pouvoir, l'image corporelle, la bonne santé...

Les personnes qui sont confrontées à la perte de leur autonomie traversent toutes des étapes de maturation psychologique qui sont bien documentées dans la littérature. Ces différentes étapes sont la sidération / le déni, la colère, le marchandage, la tristesse / dépression et enfin l'acceptation / reconstruction. Parmi nos seize monographies, seuls deux professionnels de l'évaluation ont fait allusion à l'existence de ces étapes et à leur influence sur la perception du processus d'évaluation. Certes, les professionnels s'attachent à ce qui est de nature objective, mais la littérature est pleine d'exemples où le vécu du handicap a un impact sur la perception de l'évaluation des besoins. Les personnes âgées que nous avons rencontrées (8) avaient majoritairement accepté leur âge et elles étaient satisfaites de l'évaluation de leurs besoins. En revanche, les personnes handicapées que nous avons rencontrées étaient à des stades différents d'acceptation de leur handicap et cela s'est ressenti sur la perception de l'évaluation de leurs besoins : elles évaluaient la réponse de la MDPH par le filtre de leur vécu.

Les évaluateurs n'ont pas beaucoup fait référence aux étapes d'acceptation de la perte d'autonomie. La connaissance (ou le rappel ?) de ces étapes leur permettrait de mieux comprendre les attentes d'un usager et d'anticiper la lecture à donner à la situation d'évaluation.

Hervé, non voyant exerçant comme kinésithérapeute dans un Institut de formation pour aveugles sait, pour être passé du statut de voyant à celui de non voyant, que l'acceptation du handicap passe par des étapes douloureuses. Il sait que son élève, Yannick, n'a toujours pas accepté son handicap et qu'il essaie toujours de faire « comme si » il était toujours voyant : « *pour le moment, Yannick est scotché, il est dans le déni.* »

Monographie MDPH des Yvelines

L'orthophoniste qui s'occupe de Lucille, atteinte de déficience auditive, essaie de protéger les parents en étant le plus positive possible lorsqu'elle parle de leur fille : « *quelquefois, quand les résultats sont négatifs, on ne leur dit rien, car toute prise en charge est vécue comme une sanction : ça veut dire que l'enfant n'est pas normal, qu'il faut faire le deuil de la normalité* ».

Monographie MDPH du Gers

Le schéma ci-dessous illustre le lien qui existe entre le cheminement intra individuel et le vécu de la situation d'évaluation.

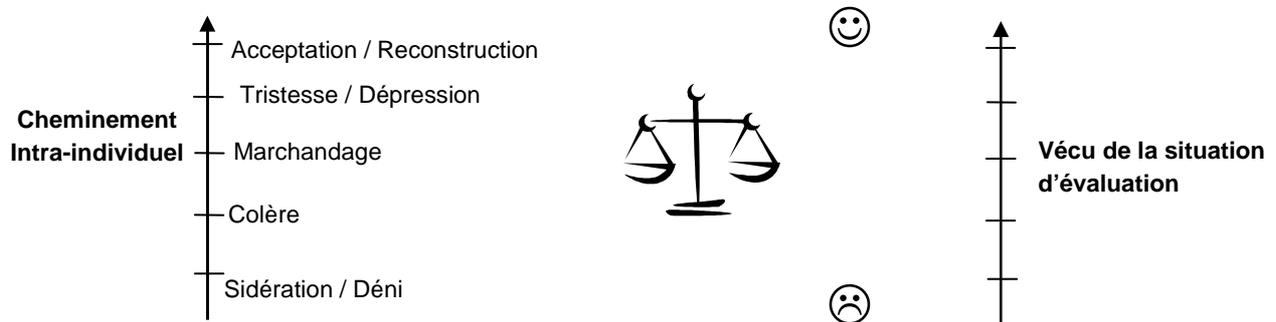


Figure 1 : Relation entre le cheminement intra-individuel du vécu de la perte d'autonomie avec le ressenti de l'évaluation des besoins par l'utilisateur

Le schéma ci-dessous illustre la perception de l'évaluation de leurs besoins par les personnes âgées que nous avons rencontrées. Toutes avaient plus ou moins accepté la perte d'une partie de leur autonomie et l'idée de ne plus pouvoir faire comme avant. Elles acceptaient plus volontiers l'évaluation et le plan d'aide.

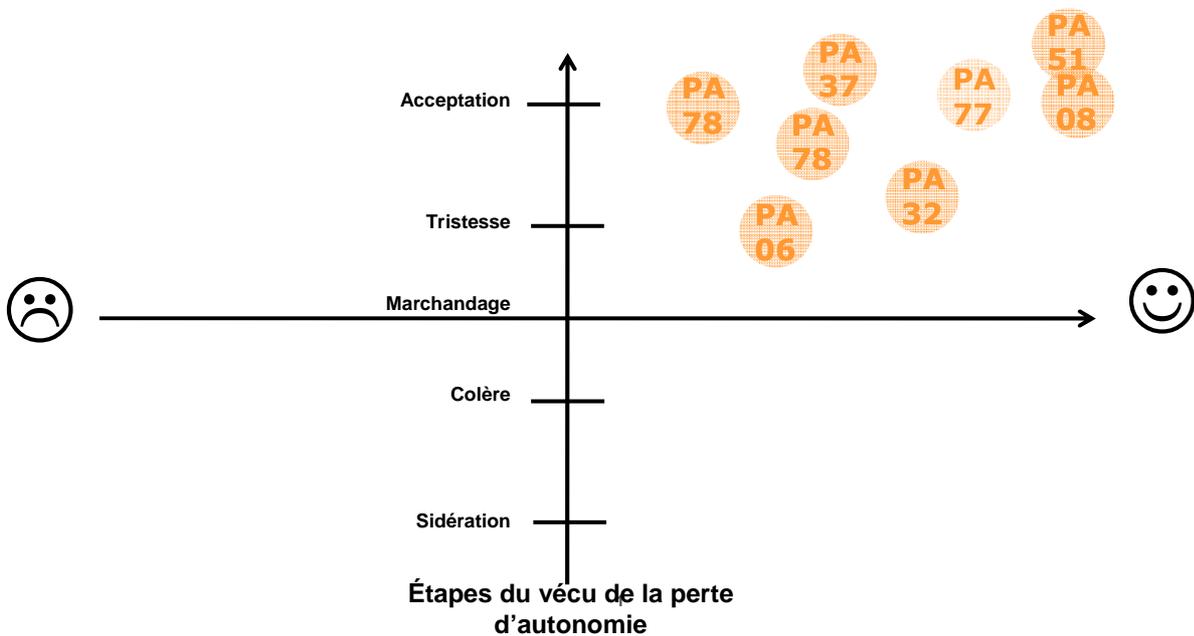


Figure 2 : Relation entre les étapes du vécu de la perte d'autonomie avec le ressenti de la situation d'évaluation des besoins par les personnes âgées.

Le schéma ci-dessous illustre, à l'inverse de ce qu'on observe chez les personnes âgées, un éclatement des perceptions chez les personnes handicapées, lequel est corrélé avec l'étape du processus de deuil : les personnes qui sont au début du processus n'ont pas une bonne appréciation de l'évaluation. A l'inverse, celles qui ont accepté leur perte d'autonomie perçoivent mieux l'évaluation.

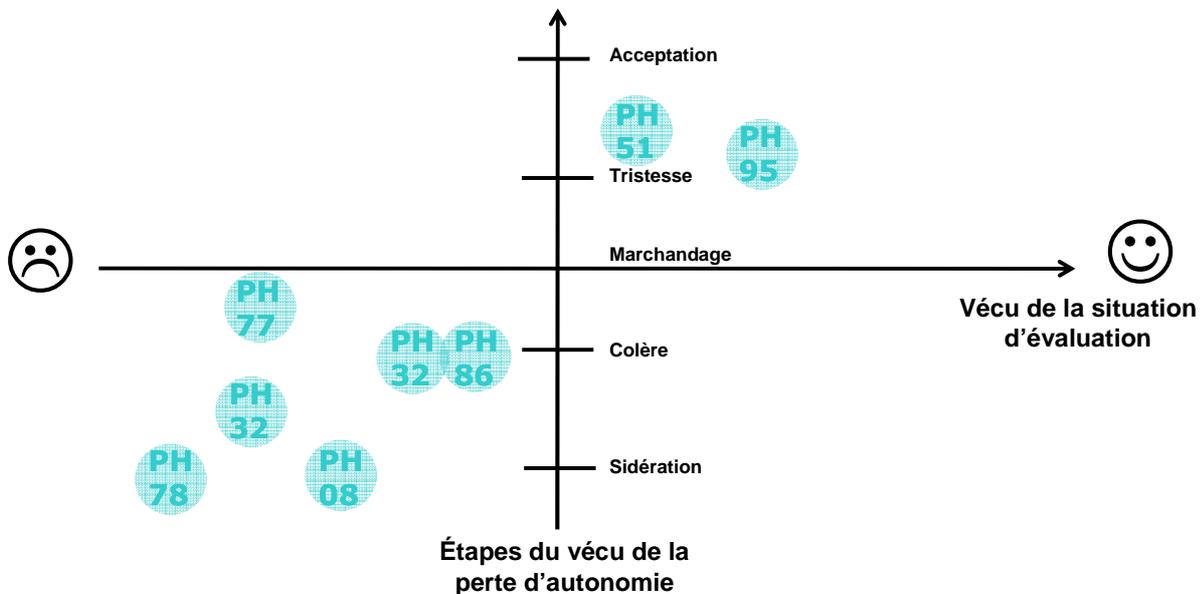


Figure 3 : Relation entre les étapes du vécu de la perte d'autonomie avec le ressenti de la situation d'évaluation des besoins par les personnes handicapées.

Chez les personnes handicapées que nous avons rencontrées, la consigne de recrutement portait sur des cas **récents** d'évaluations. Ainsi, les bénéficiaires qui ont participé à notre étude venaient juste de voir le plan d'aide mis en œuvre. De ce fait, le temps nécessaire à l'acceptation de la situation n'a pas été suffisant. Ceci explique le fait qu'aucune des personnes rencontrées n'avait atteint ce niveau sur notre échelle.

La notion de vécu de la perte d'autonomie est donc une donnée importante à prendre en compte lors de l'examen du dossier d'évaluation des besoins de la personne. Elle explique certains comportements des usagers et elle permet une meilleure appréhension de la situation de la personne par l'évaluateur.

7. Importance d'un référent dans le dossier d'évaluation des besoins

La présence d'un « référent dossier » est importante pour tous les usagers. Dans plusieurs situations rencontrées, le dénouement positif d'un dossier d'évaluation des besoins s'est produit à la suite de la prise en main du dossier par une personne partenaire. Or ce dénouement positif influence directement le ressenti de l'évaluation par l'utilisateur.

Dans certains départements, un référent est mis en place dès le début de la procédure de demande d'aides, ce qui simplifie les démarches et raccourcit les délais. Les points de blocage visualisés au plus tôt sont alors étudiés, et des solutions sont proposées à l'utilisateur. Les usagers rencontrés ne bénéficiaient pas tous d'un référent dossier, garant de la qualité du processus d'évaluation, de l'avancée du dossier et de sa cohérence.

L'utilisateur perçoit lui-même ce référent comme une véritable aide, et également comme le lien entre lui et les différents intervenants. L'existence d'un référent dossier rassure les usagers / leur entourage qui se sentent pris en main.

Du côté des évaluateurs, avoir le statut de référent est valorisant. Il sous-entend qu'on devient responsable du dossier. Lorsque le référent fait partie de la MDPH (ce qui n'est pas toujours le cas car toute personne peut s'improviser référent), son avis est plus entendu lors des décisions finales.

Dans plusieurs monographies, nous avons observé qu'une personne s'autoproclame référent dossier afin de faciliter le traitement de celui-ci. C'est le cas par exemple de Guillaume qui devient pilote de scolarisation d'un adolescent handicapé, d'Estelle qui prend en main le dossier d'un enfant handicapé ou bien encore de Floriane qui coordonne le dossier d'une personne âgée.

Monographie MDPH de l'Essonne, des Ardennes et Conseil Général des Yvelines

8. Les MDPH souffrent d'un déficit de notoriété

Des intervenants rencontrés dans le cadre de cette étude ne connaissaient pas les MDPH. C'est le cas par exemple de médecins traitants ou de personnel du secteur paramédical. Cela est surtout observable dans certains départements.

Néanmoins, dès lors que les usagers ou les acteurs de l'évaluation sont en contact avec une MDPH, le lieu est tout de suite mémorisé. Les associations jouent un rôle très important dans la notoriété des MDPH, elles informent les usagers de leur existence.

Lors d'une monographie réalisée en milieu rural dans le département de la Vienne, nous avons constaté que le médecin traitant et les personnels paramédicaux ne connaissaient pas la MDPH : « *je remplis des grilles AGGIR deux fois par mois, surtout pour des demandes d'entrée en maison de retraite* ». Ce point nous paraît particulièrement intéressant car le médecin généraliste remplit des certificats médicaux également pour les personnes handicapées mais ne connaît pas la structure. On peut donc se poser la question de la connaissance suffisante de certains professionnels aussi bien que des usagers sur les

procédures/rouages/structures dédiées à l'évaluation des personnes en situation de perte d'autonomie.

Monographie MDPH de la Vienne

9. L'irruption de l'empathie dans le processus d'évaluation

L'évaluation est un acte subjectif par nature. L'empathie ne peut être dissociée d'une relation humaine. Néanmoins ce n'est pas tant l'empathie en elle-même qui pose problème lors des évaluations mais son impact sur le traitement des dossiers. L'investissement de l'évaluateur sur un dossier et l'accélération du traitement du dossier créent en effet des divergences de pratique.

Il importe donc de prendre en compte ce facteur dans les évaluations. Ce point pourrait être abordé dans des formations.

L'ORL phoniatre qui s'occupe des enfants déficients auditifs est sensible au cas des enfants : « *mon évaluation va conditionner la suite pour l'enfant parce qu'à partir de mon évaluation, on va dire s'il y a progrès ou non. Je m'efforce de faire des implantations précoces pour améliorer le pronostic de la déficience auditive* ».

Monographie MDPH du Gers

10. Les évaluateurs sont très impliqués dans leurs missions d'évaluation

Nous avons rencontré des évaluateurs impliqués dans leurs missions, souhaitant réaliser des évaluations complètes qui prennent en compte les aspects médicaux, sociaux, environnementaux de la personne. Leur approche est qualitative, ils ne cherchent pas à faire du volume mais bien à étudier chaque situation au cas par cas. Certains évaluateurs dépassent même la mission qui leur est confiée en accompagnant les usagers dans leurs recherches d'informations, dans l'écriture de leur dossier, en leur proposant des aides dont ils n'ont pas connaissance. Dans les cas de dossiers bloqués administrativement, ils peuvent se positionner comme le responsable du dossier et en accélérer le traitement.

Cette attitude est à double tranchant. Certes, l'implication de l'évaluateur est un facteur positif mais, en dehors de limites définies sur son périmètre d'action, se pose la question de la confusion des rôles : jusqu'où doit aller l'évaluateur ? Car l'excès d'investissement crée des divergences de pratiques, source potentielle d'iniquité de traitement. De fait, c'est grâce à leur investissement que les évaluateurs huilent les rouages du système et en font un système performant. D'un autre côté, comment demander à un évaluateur de ne pas aider des personnes âgées « perdues » dans les démarches administratives ?

Floriane, évaluatrice en CLIC prend son temps pour expliquer l'APA aux personnes âgées. Mais bien souvent, elle observe qu'ils ne savent pas chercher eux-mêmes une aide à domicile, ils ne comprennent pas le mode de rémunération, le fait que l'APA est une allocation sur remboursement : *« souvent je les laisse se débrouiller puis je rappelle pour voir si tout va bien et je m'aperçois qu'ils ne savent pas comment faire, alors je les aide ».*

Monographie Conseil général des Yvelines

VI. Intégration des 5 questions du cabinet Deloitte sous l'angle de la perception

Question 1 : La perception de l'exigence d'une évaluation globale par les professionnels et les usagers

L'exigence d'évaluation globale est intégrée par les évaluateurs des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils sont convaincus qu'une évaluation globale permet de mieux appréhender une situation, de connaître les relations entre la personne et son environnement et donc de mieux répondre aux besoins. De surcroît, la pratique de l'évaluation globale est valorisante pour les évaluateurs qui maîtrisent ainsi mieux leur « objet d'étude ».

Les usagers, quant à eux, perçoivent aussi positivement le fait d'être évalués globalement. Cela montre que l'on cherche vraiment à comprendre leurs besoins et c'est le signe d'un accompagnement sérieux.

Sabine, infirmière évaluatrice de personnes âgées, utilise la grille AGGIR et un autre document élaboré en interne. Il s'agit d'un « arbre relationnel ». Il comporte plusieurs volets qui permettent de recueillir des renseignements sur l'entourage, sur le logement, sur les aides techniques existantes, sur les intervenants à domicile (aide à domicile, kinésithérapeute) ainsi qu'un volet « histoire de vie ». Cet outil a été mis en place à la suite d'un travail collectif pour prendre en compte tous les critères et ainsi, tendre vers une évaluation globale des besoins des personnes âgées. La perception de chaque intervenant de l'évaluation est exprimée au travers de cet outil.

Monographie Conseil Général des Yvelines

Le mari de Yolande relate que l'évaluatrice a passé 1h30 avec sa femme. Elle a posé de nombreuses questions. Elle a pris des notes, elle a visité l'appartement. Elle a proposé des changements dans l'organisation du logement. Elle s'est renseignée sur leurs relations sociales, leurs occupations, leur quotidien. Elle a également pris en compte leur état psychologique au travers de questions indirectes. Il a le sentiment qu'elle a cherché à bien comprendre leur situation.

Monographie Conseil Général des Yvelines

Question 2 : la perception de la pluridisciplinarité par les professionnels et les usagers

Les évaluateurs perçoivent la pluridisciplinarité comme essentielle à leur pratique parce qu'elle

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations pour le compte de la CNSA ». Janvier 2009

permet une évaluation plus fine d'une situation par le croisement des regards, des écoutes. Elle permet à chacun de mieux connaître les partenaires et leurs compétences. Elle apporte un intérêt supplémentaire au travail d'évaluation car chaque situation étudiée implique la construction d'un partenariat adéquat. La pluridisciplinarité est d'autant mieux vécue par les partenaires de l'évaluation qu'il existe un respect mutuel de chacun dans sa fonction. Les bénéfices tirés des échanges entre partenaires, des confrontations, des concertations profitent à l'usager et à l'ensemble des intervenants.

Paula, aide soignante dans une maison de retraite, explique que les évaluations individuelles des résidents se font en équipe. Elle y participe activement puisque c'est elle qui aide quotidiennement les personnes âgées. Elle estime qu'il est important que l'évaluation se passe de cette manière, car cela permet d'échanger et donc d'évaluer le plus justement possible les besoins de la personne *« l'infirmière est présente, et c'est avec l'équipe entière que nous faisons de l'évaluation »*.

Monographie Conseil Général des Yvelines

A l'analyse, il ressort que les usagers n'ont pas forcément conscience des échanges qui interviennent entre les partenaires du réseau qui les entourent. En revanche, ils savent faire la différence entre un système qui fonctionne et un qui ne fonctionne pas. Ainsi, ils observent que la présence d'un responsable dans un ensemble d'intervenants permet la bonne marche d'un dossier.

Le père de Morgan estime que les choses ont vraiment changé quand l'ergothérapeute de la MDPH, voyant qu'un dysfonctionnement dans le processus ralentissait le dossier a pris les choses en main. Elle a perçu le risque que l'enfant n'ait pas son fauteuil électrique à temps et ne puisse faire sa rentrée des classes. Depuis, elle est devenue l'interlocutrice principale de la famille. *« Désormais, on sait où on va, on est informé par courrier de l'avancement du dossier... C'est indispensable d'avoir un référent, une personne à laquelle on peut se raccrocher »*.

Monographie Conseil Général des Yvelines

Lucille, 8 ans, présentant une surdité profonde a été orientée vers l'apprentissage du langage parlé complété (LPC). Une orthophoniste libérale l'a prise en charge. Celle-ci est confrontée à des situations d'évaluations difficiles, *« parce que le langage est quelque chose de complexe »*. Elle travaille en collaboration avec d'autres intervenants : médecins spécialistes de l'audition, phoniatres, psychiatres, psychologues, éducateurs, psychomotriciens, enseignants spécialisés, codeurs. Pour elle, il est impossible de travailler seul sur le langage.

Les décisions se prennent en concertation, après avoir pris connaissance de toutes les synthèses.

L'évaluation est facilitée par la bonne entente entre partenaires.

Monographie MDPH du Gers

Les évaluateurs de la maison de retraite où vit Maryse, travaillent en concertation mais disent ne pas disposer d'un bon outil pour faire une évaluation juste. Le psychologue et le médecin regrettent que la grille AGGIR ne prenne en compte que l'autonomie physique. Le responsable de l'animation (fête, anniversaires, ...) déplore que la grille AGGIR ne permette pas, par la suite, d'accorder des heures qui pourraient favoriser le maintien du relationnel de l'usager.

Monographie Conseil Général des Alpes Maritimes

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations pour le compte de la CNSA ». Janvier 2009

Nadia, jeune femme déficiente psychique, a été accompagnée dans sa demande d'orientation en foyer d'hébergement et en ESAT par différents partenaires. Le foyer d'hébergement s'est mis en relation avec l'ensemble des intervenants : le tuteur, le référent éducatif de l'Action Sociale, la famille, l'ESAT, l'hôpital de jour, la Mairie. Didier, l'assistant social de la MDPH a orienté Nadia vers un milieu professionnel protégé en intégrant l'avis du référent éducatif. Au départ, il souhait que Nadia intègre un milieu de travail normal. Cet échange a donc bénéficié à Nadia qui travaille actuellement en ESAT, et en est satisfaite. En dépit de sa déficience psychique, elle est consciente que tout a bien fonctionné pour elle et elle remercie tous ceux qui sont intervenus et qui l'ont aidée à trouver sa voie.

Monographie MDPH du Val d'Oise

Question 3 : la perception par l'utilisateur de sa place dans le processus d'évaluation

Les usagers interrogés dans le cadre de l'étude restituent une très bonne qualité d'écoute de la part des évaluateurs. Ils ont pris du temps lors de leur visite, ont posé de nombreuses questions, pris des notes, observé. Les usagers se sont sentis entendus, ils ont eu l'impression que les évaluateurs cherchaient vraiment à comprendre leurs besoins. Ils ont eu le sentiment d'être respectés, non stigmatisés en raison de leur perte d'autonomie. Les évaluateurs sont un soutien et ils n'hésitent pas à les appeler en cas de besoin.

Toutefois, nous n'avons pas entendu les usagers se situer plus précisément par rapport à l'évaluation de leurs besoins. A aucun moment, ils ne disent qu'ils sont au centre de l'évaluation, peut-être parce qu'ils ne perçoivent pas l'existence d'une formation de partenaires autour d'eux.

Marie-Louise et Jacques sont tous deux déficients auditifs. Ils élèvent deux enfants non déficients. La visite au domicile a permis de se rendre compte que la famille vit une situation sociale très difficile, en plus du handicap de surdité. C'est par cette rencontre à domicile que les évaluateurs ont pris conscience des nombreux besoins d'aides : alphabétisation, aide à l'éducation des enfants, apprentissage de la LSF, aménagement du logement et aide technique.

Monographie MDPH de la Marne.

Xavier a comme projet de vie de créer des cockpits d'avions adaptés aux personnes handicapées. Lors de la rédaction du projet de vie, Xavier et ses parents se sont sentis soutenus par l'AFM. Elle les a beaucoup aidés, a passé des heures avec eux pour monter le dossier, pour que tout soit prêt à temps. Ils reconnaissent que sans l'aide de cette association, ils auraient été perdus dans les documents à remplir.

Monographie MDPH Seine et Marne.

Guy, 85 ans, vit seul à son domicile et souhaite rester le plus longtemps possible chez lui à la condition d'avoir une vie sociale, de continuer à voir ses amis. Cela donne un sens à sa vie, en lui permettant d'avoir des objectifs au quotidien. Les aides mises en place lui offrent un confort de vie, et lui permettent de vivre la vie qu'il souhaite.

Monographie du Conseil Général des Yvelines

Les parents de Clément sont en permanence accompagnés et soutenus par l'Association Française des Myopathies. Sans l'aide de l'AFM, les parents estiment qu'ils auraient été totalement perdus dans le dédale administratif. La technicienne d'insertion de l'AFM connaît parfaitement le handicap et tous les rouages du processus d'évaluation. Elle sait orienter les familles dans les démarches et s'implique pour l'application des droits des personnes handicapées.

Monographie MDPH des Ardennes

Henriette, 95 ans, a apprécié le moment passé avec l'infirmière du Conseil Général lors de l'évaluation de ses besoins. Elle l'a trouvée à l'écoute, essayant de bien comprendre ses besoins au quotidien. La visite a duré 1h30, c'est le temps jugé nécessaire par l'évaluatrice pour tisser des relations afin que la personne ait confiance et puisse exprimer ses besoins sans retenue.

Monographie Conseil Général des Ardennes

Question 4 : la perception de l'articulation par les différents acteurs de l'évaluation.

Le point de vue des évaluateurs :

Les évaluateurs qui exercent en établissement travaillent en concertation. Ils se connaissent, prennent leurs décisions en équipe. Les infirmières ou les aides soignantes renseignent la grille AGGIR puis en réfèrent au médecin qui valide. L'articulation des acteurs fonctionne pleinement.

En ce qui concerne les usagers à domicile, il y a moins d'interdisciplinarité, les différents intervenants ne se croisant pas forcément. L'organisation des acteurs se fait plus selon un modèle en « râteau » autour de la personne âgée. L'articulation entre les professionnels n'est pas totalement satisfaisante dans la mesure où il n'y a pas assez d'échanges formels entre eux.

Du côté des évaluateurs des personnes handicapées, la perception de l'articulation des acteurs varie selon qu'ils exercent dans le champ du handicap moteur ou dans celui de la déficience psychique et sensorielle. Dans le premier cas, les partenaires se connaissent, l'interdisciplinarité est courante et satisfaisante pour tous.

Dans le champ du handicap psychique et sensoriel, les partenaires se connaissent moins, il y a

moins d'interdisciplinarité et cela a pour conséquence un manque d'articulation entre les acteurs.

Le point de vue des personnes âgées :

Les personnes âgées n'ont pas une conscience nette de l'articulation des acteurs autour d'elles. Elles constatent que différentes personnes interviennent sans connaître les liens entre celles-ci.

Les évaluateurs qui exercent dans l'établissement où vit Maryse se réunissent en comité afin de finaliser le dossier « d'évaluation » des résidents. Chaque intervenant qui voit Maryse au quotidien exprime son point de vue sur ses capacités.

Monographie Conseil Général des Alpes-Maritimes

L'infirmière qui intervient auprès des personnes âgées connaît les autres intervenants mais : « nous n'avons pas vraiment d'échanges, chacun passe faire son travail, il n'y a pas de réunions »

Monographie Conseil Général des Yvelines

Le Directeur de l'Institut de formation pour aveugle trouve dommage que la MDPH n'ait pas de relation avec sa structure : « je serais prêt à leur faire des conférences sur le handicap visuel pour qu'ils nous connaissent mieux »

Monographie Conseil Général des Yvelines

Le référent de l'aide sociale à l'enfance aimerait pouvoir participer au comité pluridisciplinaire de la MDPH : « ils gagneraient à entendre notre point de vue car nous sommes quotidiennement avec les personnes déficientes psychiques et nous connaissons bien leurs capacités »

Monographie MDPH Val de Marne

Question 5 : la perception des difficultés rencontrées par les évaluateurs

Nous avons vu que la surcharge de travail est une des premières difficultés exprimées par les évaluateurs. Au-delà de ce problème, les effets négatifs de l'empathie dans le processus d'évaluation constituent une difficulté pour certains évaluateurs qui ne savent pas comment la gérer. Les visites en binôme sont un moyen de se protéger un peu.

Le manque de formation ou de temps d'échange avec des collègues d'autres structures / régions est une autre difficulté exprimée par les évaluateurs. Faute de comparatif, ils ne se situent pas par rapport à une « pratique d'évaluation idéale ». Le manque de rencontre avec

les tutelles est aussi déploré. Ils aimeraient pouvoir faire part de remontées terrain qui leur semblent intéressantes. La rencontre avec les tutelles est aussi attendue comme un élément de reconnaissance et de valorisation.

Lorsqu'elle a rencontré Yolande et Marcel, Floriane, l'évaluatrice du CLIC a été touchée par ce couple d'anciens bateliers vivant très simplement. Au cours de sa visite, elle a compris que Yolande souffrait beaucoup physiquement en raison de ses problèmes de santé. Elle a aussi appris qu'ils avaient perdu deux de leurs six enfants et à cette évocation, elle a senti que les larmes n'étaient pas loin. A son retour au CLIC, elle en a parlé avec ses collègues car elle était submergée d'émotions. Le partage de son ressenti lui a permis de revenir à un état plus neutre et de traiter le dossier « normalement ».

Monographie Conseil Général du Gers

Chantal (et beaucoup d'autres évaluateurs ont exprimés la même demande) aimerait pouvoir rencontrer des collègues évaluateurs exerçant dans d'autres structures ou bien des représentants des tutelles : « cela me permettrait de voir si je réalise mes évaluations au mieux car il n'existe aucun retour sur le travail effectué. La perspective d'un congrès organisé par la MDPH est une excellente nouvelle ».

Monographie MDPH des Yvelines

Plusieurs enseignements peuvent être notés ici comme des axes structurant la compréhension des enjeux de la situation d'évaluation des besoins.

Parmi ces points saillants, la notion de temporalité nous semble être fondamentale et sous exploitée actuellement dans le processus d'évaluation des besoins. Les personnes âgées et les personnes handicapées ont à traverser des étapes liées à une perte mais le travail d'élaboration psychologique autour d'une même situation n'est pas uniforme, les vécus, à réalité constante, ne sont pas superposables.

Nous notons que les personnes handicapées ont souvent plus de difficulté à accepter leur perte d'autonomie là où une personne âgée verra plus fréquemment un processus de vieillissement qui d'une certaine manière est inscrit dans l'ordre des choses. Il apparaît que la situation d'évaluation gagnerait en efficience si elle pouvait intégrer cette dimension d'une manière ou d'une autre.

Cette notion de temporalité est peu restituée par les évaluateurs et il apparaît important de l'enseigner (ou du moins de la rappeler) afin que les évaluateurs prennent en compte le versant vécu du handicap lors de leurs évaluations et adaptent leur discours et les investigations en tenant compte du degré de maturation psychologique de l'utilisateur. Dans cet esprit, on pourra étudier la mise en place d'un outil d'aide à l'évaluation comme une échelle d'acceptation du niveau de perte d'autonomie.

Dans le même ordre d'idée, il semble aussi intéressant de proposer des modules de formation pour aider les évaluateurs à gérer les situations où l'empathie interfère avec l'évaluation.

Afin de pallier au manque d'échange ressentis par les évaluateurs, il semble intéressant de proposer des réunions pluridisciplinaires en dehors des moments d'évaluation pour partager des expériences et décloisonner les pratiques.

L'évaluation des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées est quasiment absente en tant que telle dans la culture du médecin généraliste. Il est pourtant partie prenante de l'évaluation des besoins dans la mesure où c'est lui qui rédige parfois les demandes d'APA pour ses patients âgés, qui est le référent médical sur de nombreux dossiers et qui intervient dans les maisons de retraite. Qui plus est, les médecins rencontrés ne connaissaient pas tous les MDPH. La CNSA pourrait envisager de renforcer les modalités d'accompagnement des usagers en amont de l'évaluation via des relais de proximité comme le médecin traitant et ainsi contribuer à faire connaître les MDPH à cette cible.

A l'heure actuelle, l'évaluation des besoins d'une personne âgée est basée sur un GIR. Lors de nos rencontres avec des personnes âgées, nous avons ressenti l'absence de projet de vie clairement construit par et pour ces personnes. Pour les personnes âgées vivant à domicile, les aides proposées sont très souvent des heures d'aides à domicile (ménage, repassage, ...) afin de soulager la personne dans ses tâches quotidiennes. Le versant maintien de liens sociaux est absent du plan d'aide. Or, ces personnes, souvent isolées, ont besoin de garder des liens sociaux afin de maintenir une activité psychique mais également un « goût à la vie ». Une personne âgée a besoin de se sentir impliquée dans des activités sociales. Cela retarde d'autant son placement en établissement de retraite. De plus, le ressenti de l'accompagnant n'est que peu pris en compte dans l'évaluation des besoins de l'utilisateur. Or, c'est souvent cette personne qui souffre le plus de la perte d'autonomie de son (sa) compagnon (e) tant d'un point de vue psychologique que physique. Une aide à la construction d'un projet de vie pourrait être apportée aux personnes âgées.

Lors des visites d'évaluation des besoins, les personnes âgées ont une réaction de prestance naturelle qui peut fausser la perception de l'évaluateur sur leurs réelles capacités.

Cette réaction de prestance est tout à fait naturelle. Chacun de nous la développe lors d'une rencontre avec une personne étrangère. Les personnes âgées veulent ainsi montrer qu'elles peuvent encore réussir à faire tel ou tel geste du quotidien. De nombreux récits de personnes de l'entourage ou de personnel soignant du quotidien nous ont révélé cette attitude. Afin de pallier cette réaction de prestance, une première rencontre de « courtoisie » pourrait être faite par l'évaluateur afin de mettre en place une relation de confiance entre la personne âgée et lui-même.

De plus, la prise en compte du récit de personnes de l'entourage (enfant, amis, aide à domicile) et du personnel soignant (infirmière, médecin traitant) permettrait d'enrichir mais surtout de confronter l'attitude et le discours de la personne âgée lors de la visite d'évaluation avec la vision de personnes en étroite relation.

L'évaluation est-il un métier à faire émerger ?

Compte tenu des nombreuses compétences à acquérir, des savoirs à connaître pour pratiquer l'évaluation, il est intéressant de se poser la question du métier. Aujourd'hui, l'ergothérapeute est de part sa formation initiale, le professionnel le plus à même de réaliser une évaluation globale. Il sait appréhender la situation de la personne d'un point de vue médical, social et

environnemental. Les caractéristiques de sa formation initiale lui confèrent en effet de nombreux atouts pour mener des évaluations évitant l'écueil du « tout social » environnemental ou bien encore celui du « tout médical » fonctionnel. Une démarche de changement de comportement autour de l'évaluation des besoins des personnes âgées et/ou handicapées pourra utilement s'appuyer sur les compétences de ce spécialiste de l'évaluation.

A noter également que le rôle du psychologue ne doit pas non plus être négligé. Dans ce travail, nous avons été frappés par l'absence de ces professionnels, ou même de modules de formation chez les évaluateurs qui ont exprimé des besoins en phase avec ces compétences.

L'étude a enfin permis de mettre en évidence un décalage à la fois qualitatif et quantitatif entre les perceptions des évalués d'une part, et des évaluateurs d'autre part (résultat obtenu à partir de l'analyse des fiches auto administrées). Ce décalage relativement fréquent dans ce type de situation constitue une opportunité en termes d'actions pour la CNSA.

En effet, aucun professionnel ne nie que l'évaluation des besoins d'une personne âgée ou d'une personne handicapée soit une activité complexe, qui n'est pas neutre sur le plan affectif et qui nécessite à la fois une grande rigueur et de la souplesse. Dans ce contexte, l'idée que les évaluateurs ne savent pas tout de l'opinion des évalués peut être facilement admise.

Au-delà des autres pistes déjà mentionnées, il apparaît que la CNSA pourrait utilement jouer le rôle de médiateur entre les évaluateurs et les perceptions des évalués. L'exploitation des résultats de tout le programme d'études mené cette année peut constituer un point d'ancrage, un point de départ à cette démarche de sensibilisation et d'accompagnement des évaluateurs.

Et devenir l'occasion d'entamer un travail d'échanges sur les méthodes d'évaluation actuellement utilisées et une réflexion sur celles de l'avenir.

VII. Synthèse globale et pistes de réflexion

Plusieurs enseignements peuvent être notés ici comme des axes structurant la compréhension des enjeux de la situation d'évaluation des besoins.

Parmi ces points saillants, la notion de temporalité nous semble être fondamentale et sous exploitée actuellement dans le processus d'évaluation des besoins. Les personnes âgées et les personnes handicapées ont à traverser des étapes liées à une perte mais le travail d'élaboration psychologique autour d'une même situation n'est pas uniforme, les vécus, à réalité constante, ne sont pas superposables.

Nous notons que les personnes handicapées ont souvent plus de difficulté à accepter leur perte d'autonomie là où une personne âgée verra plus fréquemment un processus de vieillissement qui d'une certaine manière est inscrit dans l'ordre des choses. Il apparaît que la situation d'évaluation gagnerait en efficience si elle pouvait intégrer cette dimension d'une manière ou d'une autre.

Cette notion de temporalité est peu restituée par les évaluateurs et il apparaît important de l'enseigner (ou du moins de la rappeler) afin que les évaluateurs prennent en compte le versant vécu du handicap lors de leurs évaluations et adaptent leur discours et les investigations en tenant compte du degré de maturation psychologique de l'utilisateur. Dans cet esprit, on pourra étudier la mise en place d'un outil d'aide à l'évaluation comme une échelle d'acceptation du niveau de perte d'autonomie.

Dans le même ordre d'idée, il semble aussi intéressant de proposer des modules de formation pour aider les évaluateurs à gérer les situations où l'empathie interfère avec l'évaluation.

Afin de pallier le manque d'échanges ressenti par les évaluateurs, il semble intéressant de proposer des réunions pluridisciplinaires en dehors des moments d'évaluation pour partager des expériences et décloisonner les pratiques.

L'évaluation des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées est quasiment absente en tant que telle dans la culture du médecin généraliste. Il est pourtant partie prenante de l'évaluation des besoins dans la mesure où c'est lui qui rédige parfois les demandes d'APA pour ses patients âgés, qui est le référent médical sur de nombreux dossiers et qui intervient dans les maisons de retraite. Qui plus est, les médecins rencontrés ne connaissent pas tous les MDPH. La CNSA pourrait envisager de renforcer les modalités d'accompagnement des usagers en amont de l'évaluation via des relais de proximité comme le médecin traitant et ainsi contribuer à faire connaître les MDPH à cette cible.

A l'heure actuelle, l'évaluation des besoins d'une personne âgée est basée sur un GIR. Lors de nos rencontres avec des personnes âgées, nous avons ressenti l'absence de projet de vie clairement construit par et pour ces personnes. Pour les personnes âgées vivant à domicile, les aides proposées sont très souvent des heures d'aides à domicile (ménage, repassage, ...) afin de soulager la personne dans ses tâches quotidiennes. Le versant maintien de liens sociaux est absent du plan d'aide. Or, ces personnes, souvent isolées, ont besoin de garder des liens sociaux afin de maintenir une activité psychique mais également un « goût à la vie ». Une personne âgée a besoin de se sentir impliquée dans des activités sociales. Cela retarde

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations pour le compte de la CNSA ». Janvier 2009

d'autant son placement en établissement de retraite. De plus, le ressenti de l'aidant n'est que peu pris en compte dans l'évaluation des besoins de l'utilisateur. Or, c'est souvent cette personne qui souffre le plus de la perte d'autonomie de son (sa) compagnon (e) tant d'un point de vue psychologique que physique. Une aide à la construction d'un projet de vie pourrait être apportée aux personnes âgées.

Lors des visites d'évaluation des besoins, les personnes âgées ont une réaction de prestance naturelle qui peut fausser la perception de l'évaluateur sur leurs réelles capacités.

Cette réaction de prestance est tout à fait naturelle. Chacun de nous la développe lors d'une rencontre avec une personne étrangère. Les personnes âgées veulent ainsi montrer qu'elles peuvent encore réussir à faire tel ou tel geste du quotidien. De nombreux récits de personnes de l'entourage ou de personnel soignant du quotidien nous ont révélé cette attitude. Afin de pallier cette réaction de prestance, une première rencontre de « courtoisie » pourrait être faite par l'évaluateur afin de mettre en place une relation de confiance entre la personne âgée et lui-même.

De plus, la prise en compte du récit de personnes de l'entourage (enfant, amis, aide à domicile) et du personnel soignant (infirmière, médecin traitant) permettrait d'enrichir mais surtout de confronter l'attitude et le discours de la personne âgée lors de la visite d'évaluation avec la vision de personnes en étroite relation.

L'évaluation est-il un métier à faire émerger ?

Compte tenu des nombreuses compétences à acquérir, des savoirs à connaître pour pratiquer l'évaluation, il est intéressant de se poser la question du métier. Aujourd'hui, l'ergothérapeute est de part sa formation initiale, le professionnel le plus à même de réaliser une évaluation globale. Il sait appréhender la situation de la personne d'un point de vue médical, social et environnemental. Les caractéristiques de sa formation initiale lui confèrent en effet de nombreux atouts pour mener des évaluations évitant l'écueil du « tout social » environnemental ou bien encore celui du « tout médical » fonctionnel. Une démarche de changement de comportement autour de l'évaluation des besoins des personnes âgées et/ou handicapées pourra utilement s'appuyer sur les compétences de ce spécialiste de l'évaluation.

A noter également que le rôle du psychologue ne doit pas non plus être négligé. Dans ce travail, nous avons été frappés par l'absence de ces professionnels, ou même de modules de formation chez les évaluateurs qui ont exprimé des besoins en phase avec ces compétences.

L'étude a permis de mettre en évidence un décalage à la fois qualitatif et quantitatif entre les perceptions des évalués d'une part, et des évaluateurs d'autre part. C'est le résultat obtenu à partir de l'analyse des fiches auto administrées qui met en évidence selon les cas : un sentiment chez les évaluateurs que les PA ou PH sont insatisfaites ; ou bien à l'inverse un sentiment chez les évaluateurs que les PA ou PH sont très satisfaites. Ce décalage relativement fréquent dans ce type de situation constitue une opportunité en termes d'actions pour la CNSA.

En effet, aucun professionnel ne nie que l'évaluation des besoins d'une personne âgée ou d'une personne handicapée soit une activité complexe, qui n'est pas neutre sur le plan affectif et qui nécessite à la fois une grande rigueur et de la souplesse. Dans ce contexte, l'idée que la CNSA peut se positionner comme l'acteur « expert des situations d'évaluation » peut être admise par

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations pour le compte de la CNSA ». Janvier 2009

les évaluateurs.

Au-delà des autres pistes déjà mentionnées, il apparaît que la CNSA pourrait utilement jouer le rôle de médiateur entre les évaluateurs et les perceptions des évalués. L'exploitation des résultats de tout le programme d'études mené cette année peut constituer un point d'ancrage, un point de départ à cette démarche de sensibilisation et d'accompagnement des évaluateurs.

Et devenir l'occasion d'entamer un travail d'échanges sur les méthodes d'évaluation actuellement utilisées et une réflexion sur celles de l'avenir.

Annexe : Fiches auto administrées

TNS HEALTHCARE 138, avenue Marx Dormoy 92120 MONTRouGE Tél : 01. 40. 92. 66. 70		Date de l'entretien : __ __ __ __ jour mois		FICHE Usager		Usager 1 Initiales : __ __	
Caractéristiques de l'usager							
1. Année de naissance : __ __ __ __				2. Sexe : 1 <input type="checkbox"/> Homme 2 <input type="checkbox"/> Femme			
Contexte de l'évaluation de vos besoins/des besoins de l'usager							
3. Quelles sont les professions des personnes rencontrées dans le cadre de l'évaluation de vos/ses besoins ? <i>plusieurs réponses possibles</i>				4. Quel est le lieu d'exercice de ce(s) professionnel(s) ? <i>une seule réponse possible</i>			
<input type="checkbox"/> Médecin Généraliste <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Médecin Spécialiste <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Fonction administrative <input type="checkbox"/> Autre : précisez				<input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Etablissement <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> CLIC <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Autre			
5. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous/se situe-t-il ? <i>une seule réponse possible</i>				6. Quelle est ou quelles sont le(s) caractéristique(s) du handicap ou de la perte d'autonomie que vous rencontrez ? <i>Deux réponses au maximum</i>			
<input type="checkbox"/> 0-5 ans <input type="checkbox"/> 6-15 ans <input type="checkbox"/> 16-25 ans <input type="checkbox"/> 26-50 ans <input type="checkbox"/> 51-75 ans <input type="checkbox"/> 76 ans et plus				<input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Polyhandicap <input type="checkbox"/> Pluri handicap <input type="checkbox"/> Sensoriel <input type="checkbox"/> Troubles du langage			
7. Quels sont les outils utilisés par les professionnels pour réaliser l'évaluation de vos/de ses besoins ?							
8. Dans le cadre de l'évaluation de vos/ses besoins, quelles personnes était présente ? <i>une seule réponse possible</i>				9. Quel est votre/son niveau de satisfaction vis-à-vis de la prise en compte de vos/ses besoins réels lors de votre/son évaluation ? <i>une seule réponse possible</i>			
<input type="checkbox"/> Usager seul <input type="checkbox"/> Usager + entourage <input type="checkbox"/> Usager, entourage + professionnel (médecin traitant, aide, ...) <input type="checkbox"/> Aucune/évaluation des besoins sur dossier				<input type="checkbox"/> Tout à fait satisfait <input type="checkbox"/> Plutôt satisfait <input type="checkbox"/> Plutôt pas satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait			
10. Quel est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de l'ensemble de la procédure qui a permis d'évaluer vos besoins ? <i>une seule réponse possible</i>							
<input type="checkbox"/> Tout à fait satisfaisant <input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant <input type="checkbox"/> Plutôt pas satisfaisant <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfaisant							

TNS HEALTHCARE 138, avenue Marx Dormoy 92120 MONTROUGE Tél : 01. 40. 92. 66. 70	Date de l'entretien : _ _ _ _ jour mois	FICHE Professionnel réalisant l'évaluation des besoins	210 Evaluateur 1 Initiales : _ _ _ _
--	--	---	--

Caractéristiques du professionnel évaluateur des besoins

1. Année de naissance : |_|_|_|_|_|_| 2. Sexe : 1 Homme 2 Femme

Contexte de pratiques d'évaluation des besoins

<p>3. Quelle est votre profession : <i>une seule réponse possible</i></p> <p><input type="checkbox"/> Médecin Généraliste <input type="checkbox"/> Infirmière</p> <p><input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Assistante sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin Spécialiste <input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> Fonction administrative</p> <p><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Autre : précisez</p>	<p>4 Quel est votre lieu d'exercice : <i>une seule réponse possible</i></p> <p><input type="checkbox"/> CCAS <input type="checkbox"/> Etablissement</p> <p><input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> Conseil général <input type="checkbox"/> CLIC</p> <p><input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Autre</p>
<p>5. Quelle type de population rencontrez-vous le <u>plus souvent</u> dans le cadre d'une évaluation des besoins? <i>Deux réponses au maximum</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0-5 ans <input type="checkbox"/> 6-15 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 16-25 ans <input type="checkbox"/> 26-50 ans</p> <p><input type="checkbox"/> 51-75 ans <input type="checkbox"/> 76 ans et plus</p>	<p>6. Quel type de perte d'autonomie rencontrez-vous le <u>plus souvent</u> dans le cadre d'une évaluation des besoins ? <i>Deux réponses au maximum</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Psychique <input type="checkbox"/> Moteur</p> <p><input type="checkbox"/> Polyhandicap <input type="checkbox"/> Pluri handicap</p> <p><input type="checkbox"/> Sensoriel <input type="checkbox"/> Troubles du langage</p>

<p>7. Quels sont les outils que vous utilisez pour les évaluations ?</p>	
<p>8. Dans le cadre des évaluations des besoins, quelles personnes rencontrez-vous le plus souvent ?</p> <p style="text-align: center;"><i>une seule réponse possible</i></p> <p><input type="checkbox"/> Evalué seul</p> <p><input type="checkbox"/> Evalué + entourage</p> <p><input type="checkbox"/> Evalué, entourage + professionnel de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune</p>	<p>9. Comment évaluez-vous, dans son ensemble, l'efficacité du système d'évaluations des besoins?</p> <p style="text-align: center;"><i>une seule réponse possible</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tout à fait satisfaisant</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt pas satisfaisant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout satisfaisant</p>
<p>10. D'après vous, comment <u>les assurés</u> évaluent-ils l'efficacité du système d'évaluations de leurs besoins?</p> <p style="text-align: center;"><i>une seule réponse possible</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tout à fait satisfaisant</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt satisfaisant</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt pas satisfaisant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout satisfaisant</p>	

Annexe : Présentation des 16 situations rencontrées

Fiche de lecture



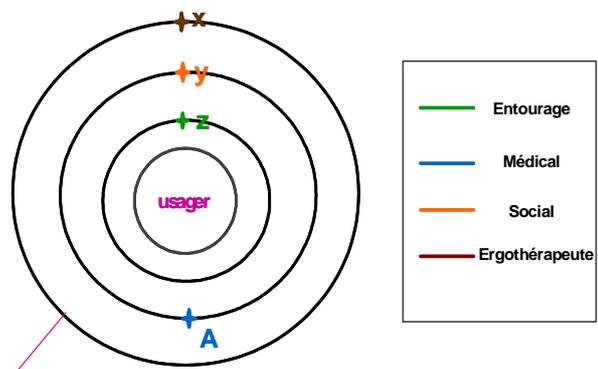
Yvelines
(78)

■ Personne âgée, présentant une déficience X, vivant ...

■ X :

- Age
- Déficience x
- Demande
- Milieu
- Domicile / Etablissement
- Évaluation suivi par x
- Évaluation sur rencontre / dossier

Fiche d'identité de la situation de l'utilisateur rencontré



Département d'étude

Unité d'étude :

- ce schéma représente l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de l'évaluation des besoins de l'utilisateur
- les différents cercles autour de l'utilisateur s'éloignent selon la relation de proximité avec l'utilisateur

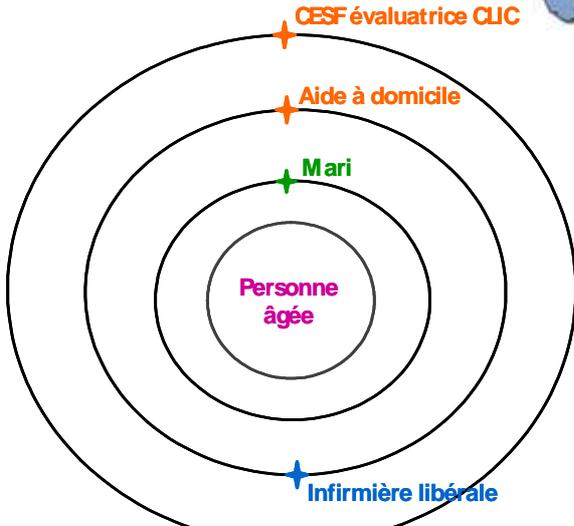


Yvelines
(78)

■ Personne âgée, présentant une déficience motrice importante, vivant à domicile avec son mari

■ Yolande :

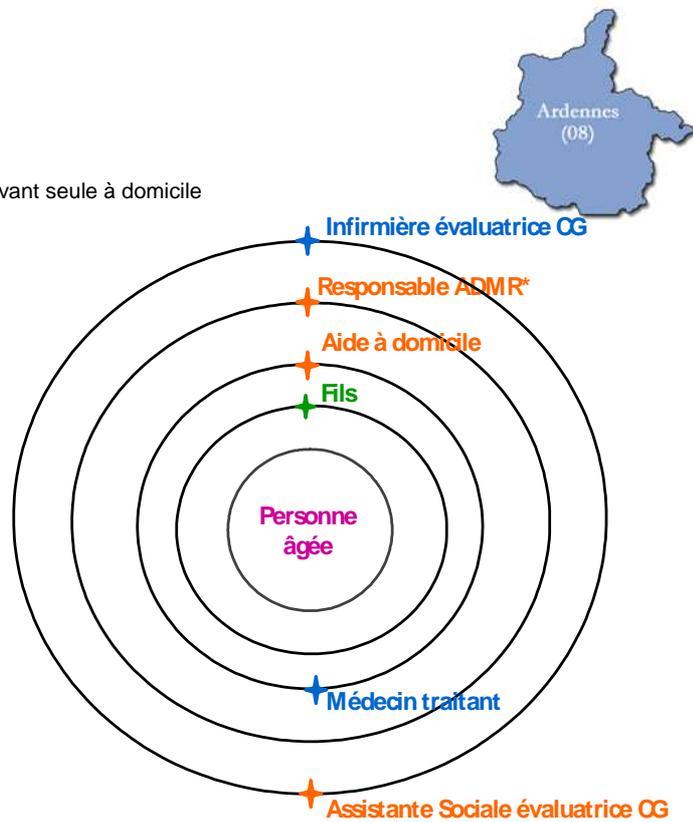
- Age : 85 ans
- Déficience motrice
- Demande d'APA suite à une hospitalisation
- Milieu rural
- Vit à domicile
- Évaluation suivie par un CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination)
- Évaluation sur rencontre



■ Personne âgée, présentant un pluri handicap, vivant seule à domicile

■ Henriette :

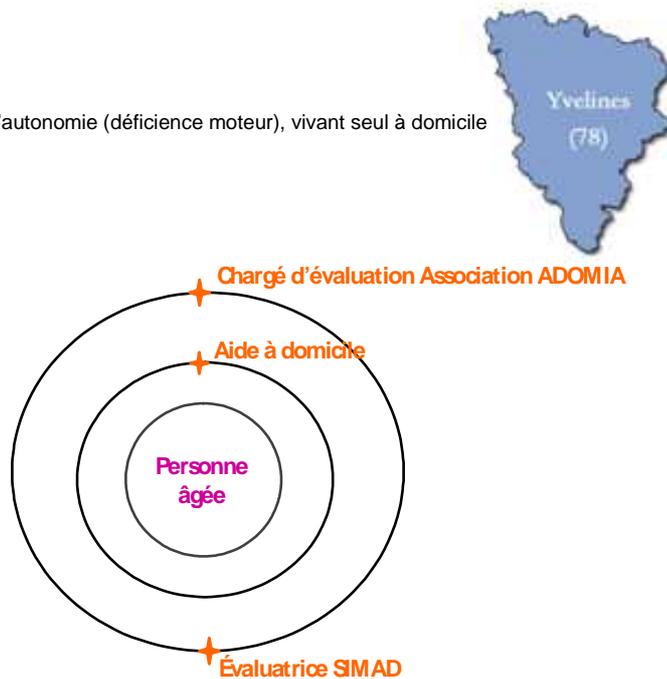
- Age : 95 ans
- Déficiences sensorielle et motrice
- Demande d'APA suite à une perte d'autonomie
- Milieu rural
- Vit seule à domicile
- Évaluation suivie par le CG
- Évaluation sur double rencontre

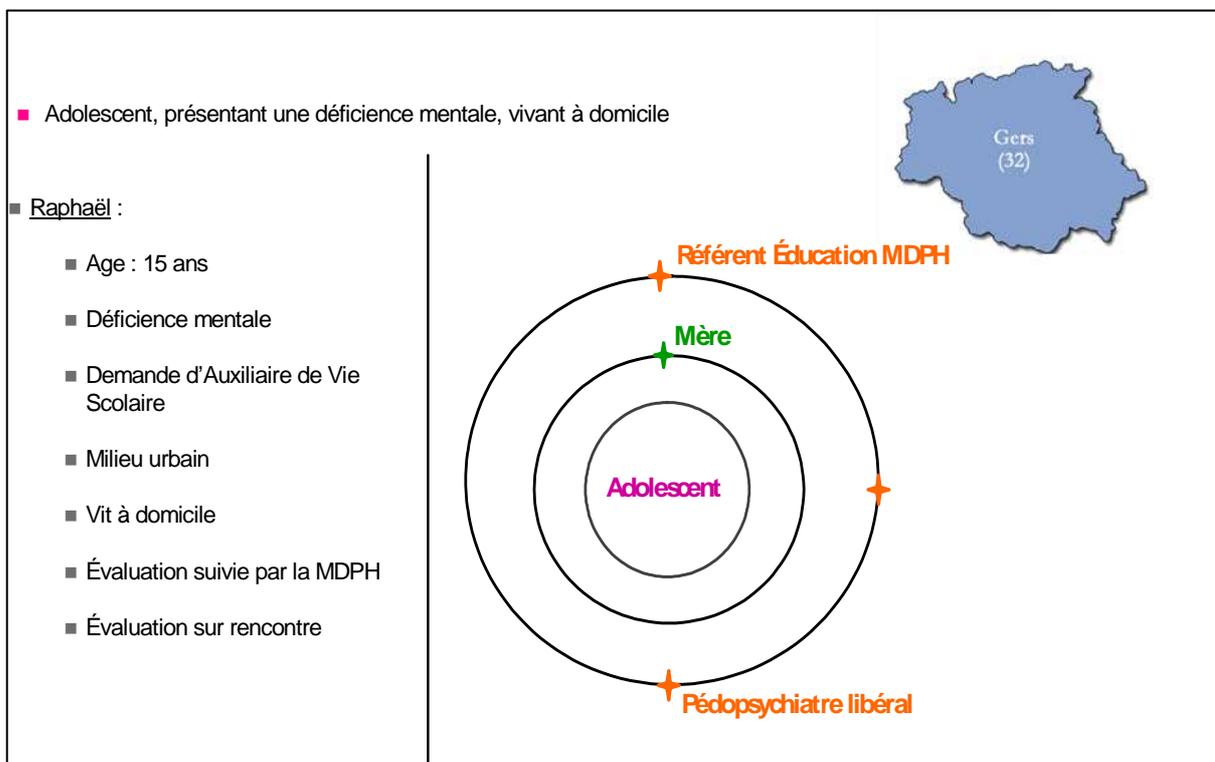
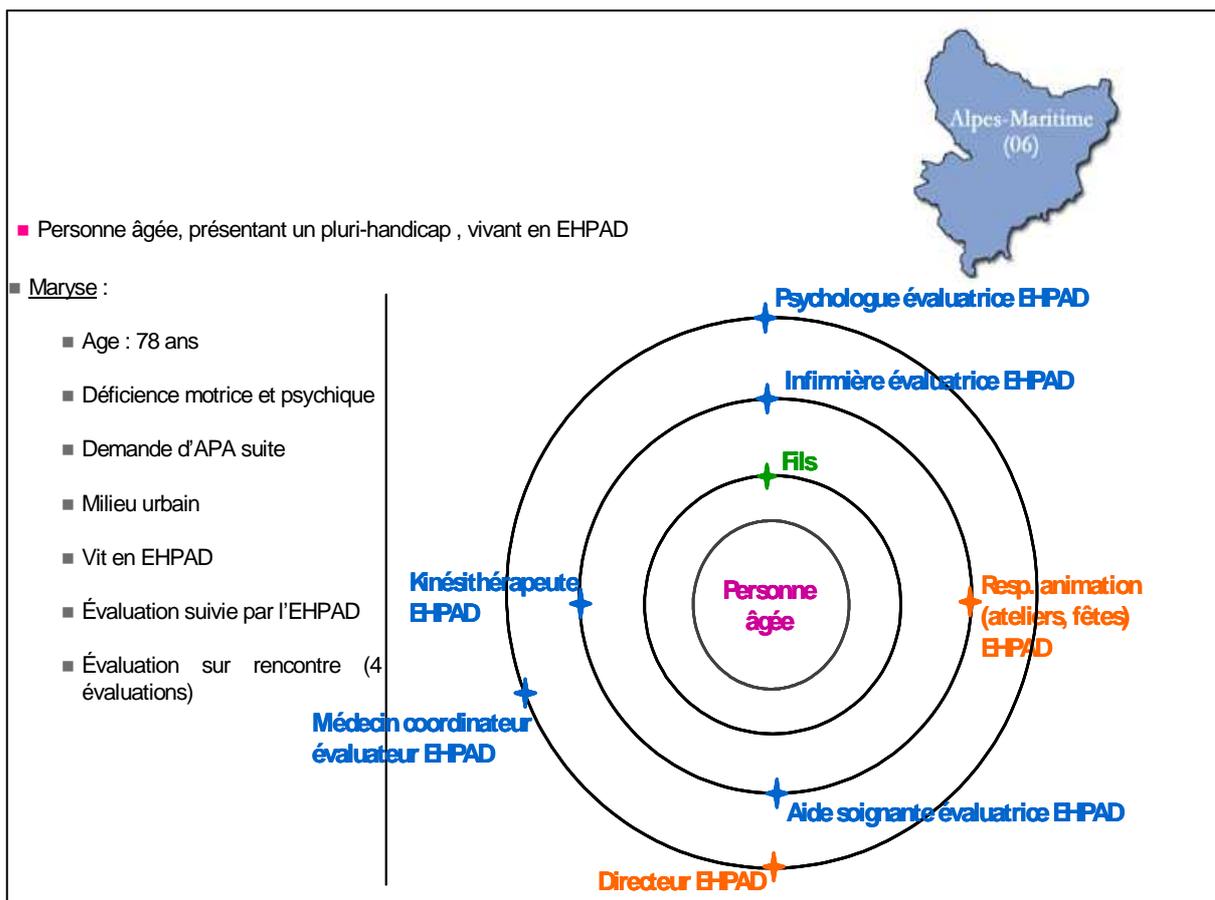


■ Personne âgée, présentant un début de perte d'autonomie (déficiency moteur), vivant seul à domicile

■ Guy :

- Age : 81 ans
- Déficiency motrice faible
- Demande d'heures supplémentaires d'aide à domicile
- Milieu urbain
- Vit à domicile
- Évaluation suivie par le SIMAD (Syndicat Intercommunal pour le Maintien à Domicile)
- Évaluation sur rencontre

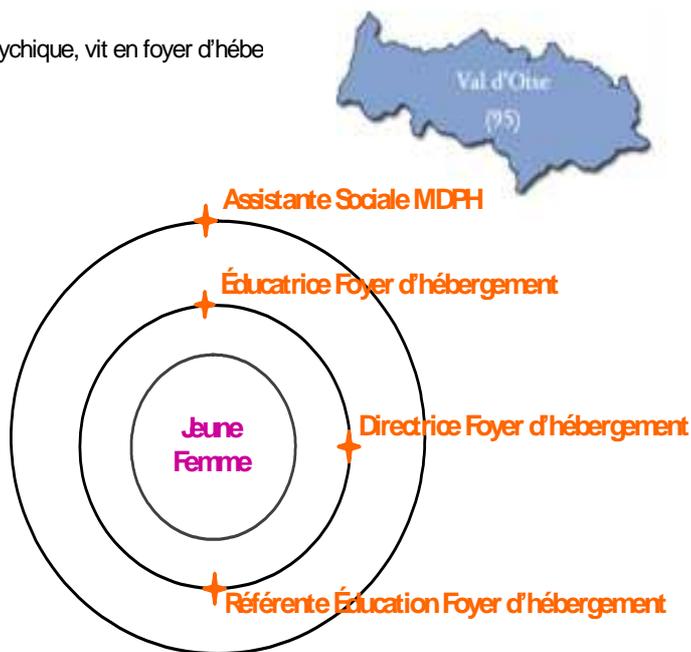




■ Jeune adulte, présentant une déficience psychique, vit en foyer d'hébergement

■ Nadia :

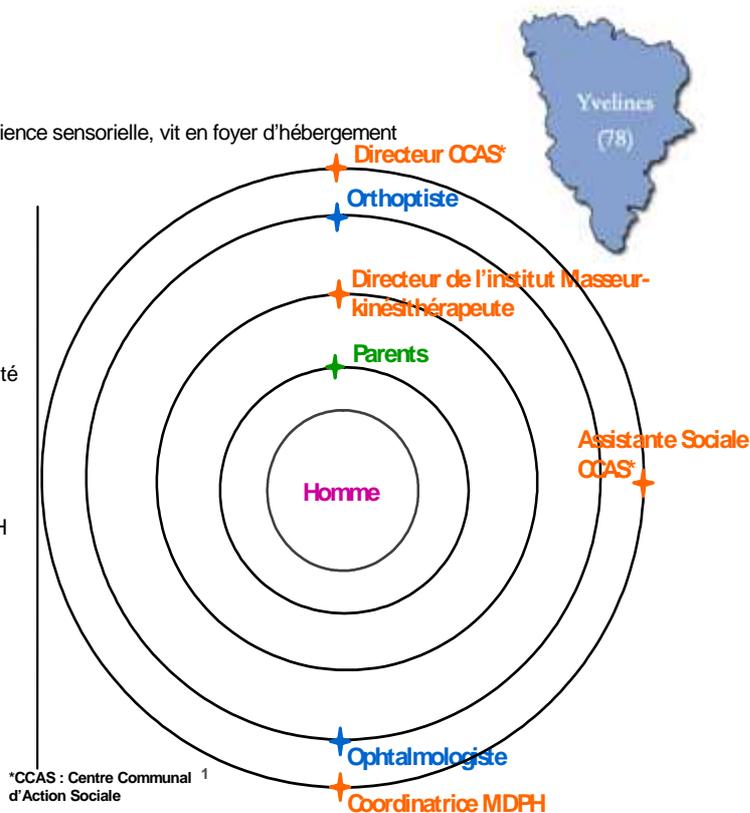
- Age : 22 ans
- Déficience psychique
- Demande d'orientation professionnelle et de placement en foyer d'hébergement à sa majorité
- Milieu urbain
- Vit en foyer d'hébergement
- Évaluation suivie par la MDPH et l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
- Évaluation sur rencontre

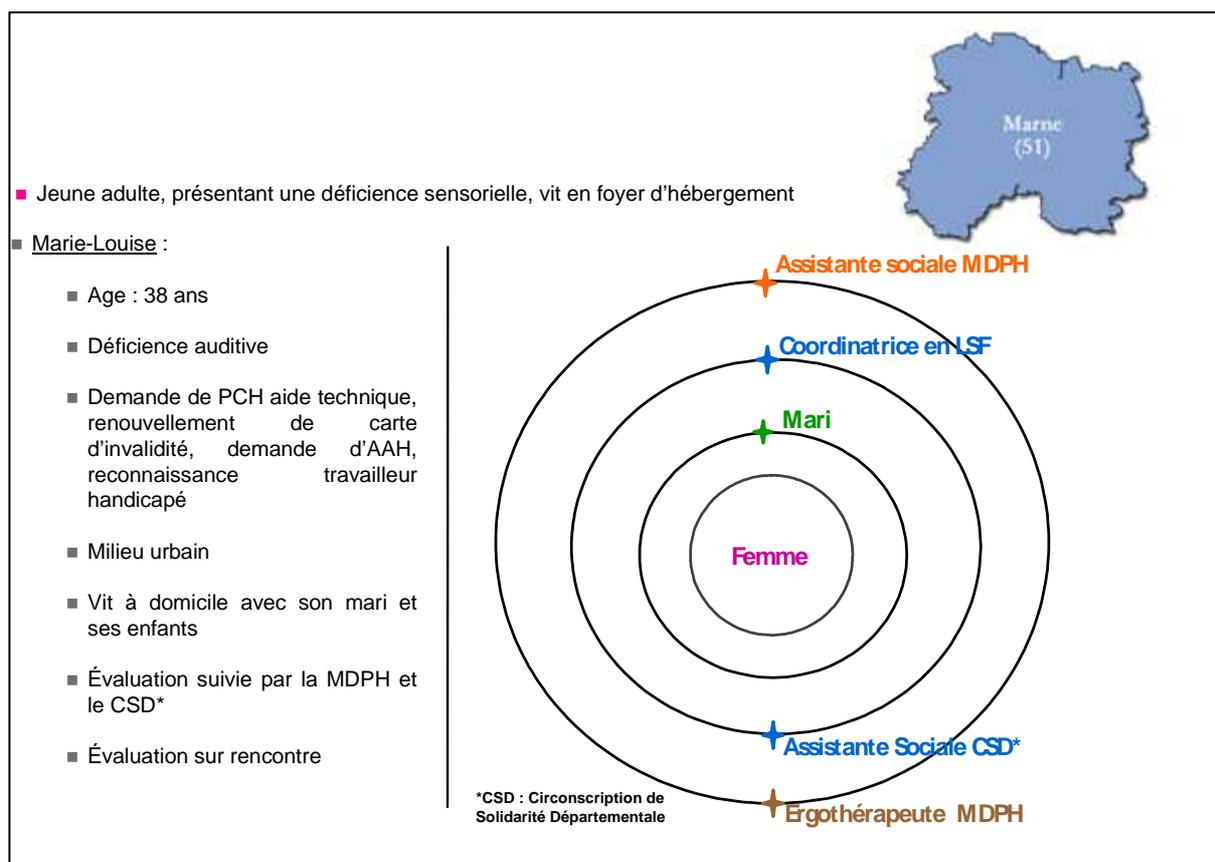
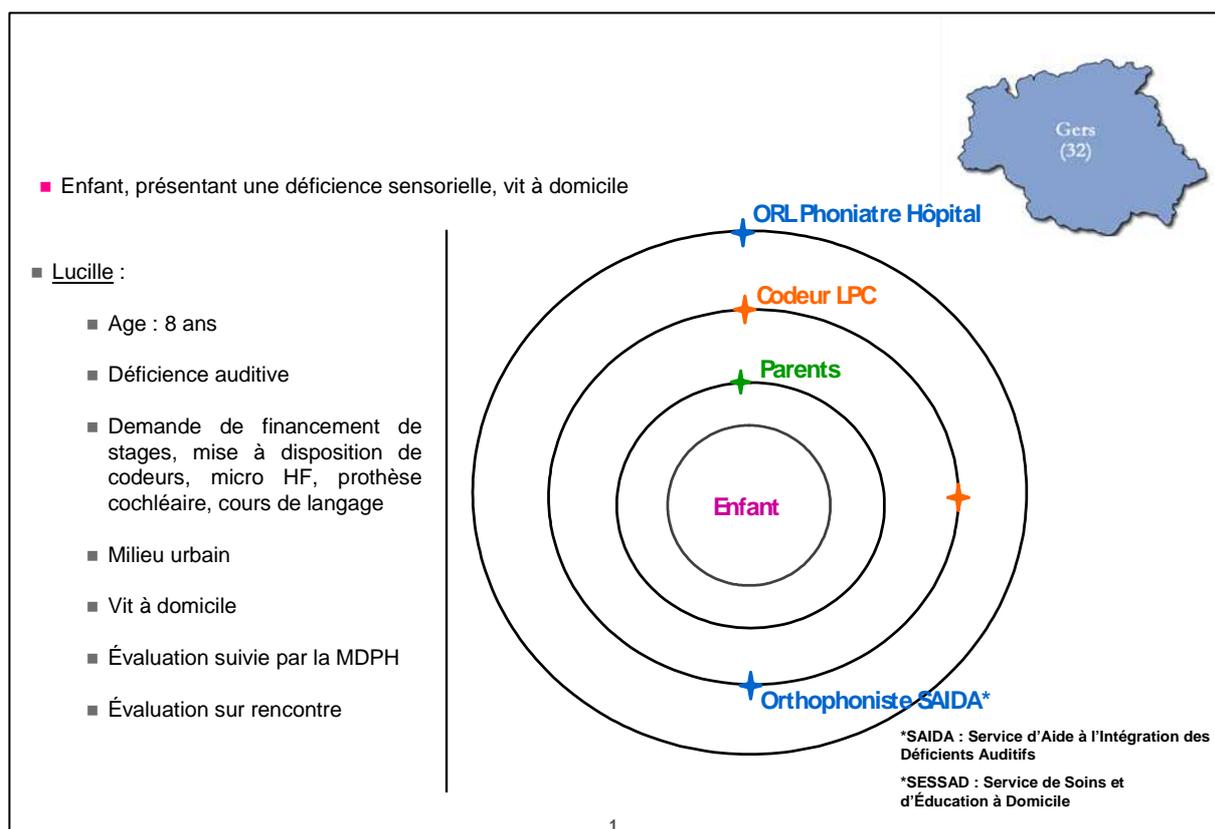


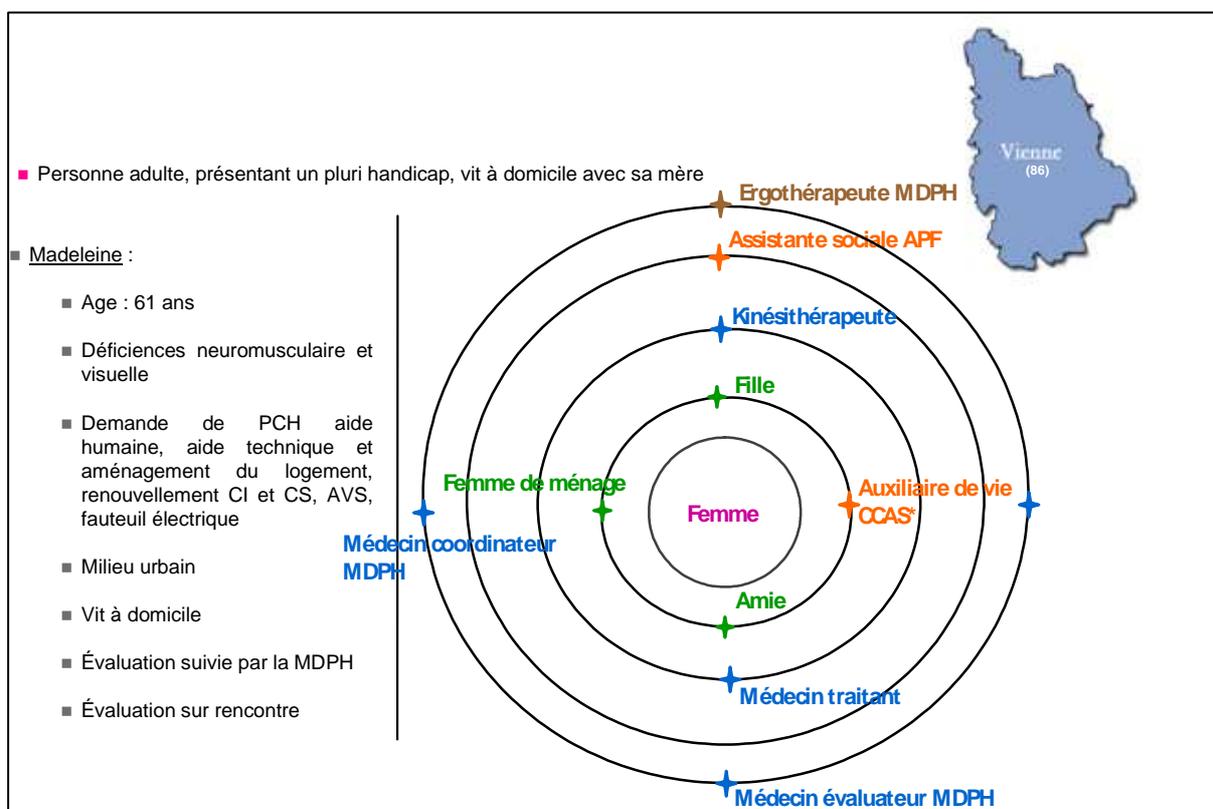
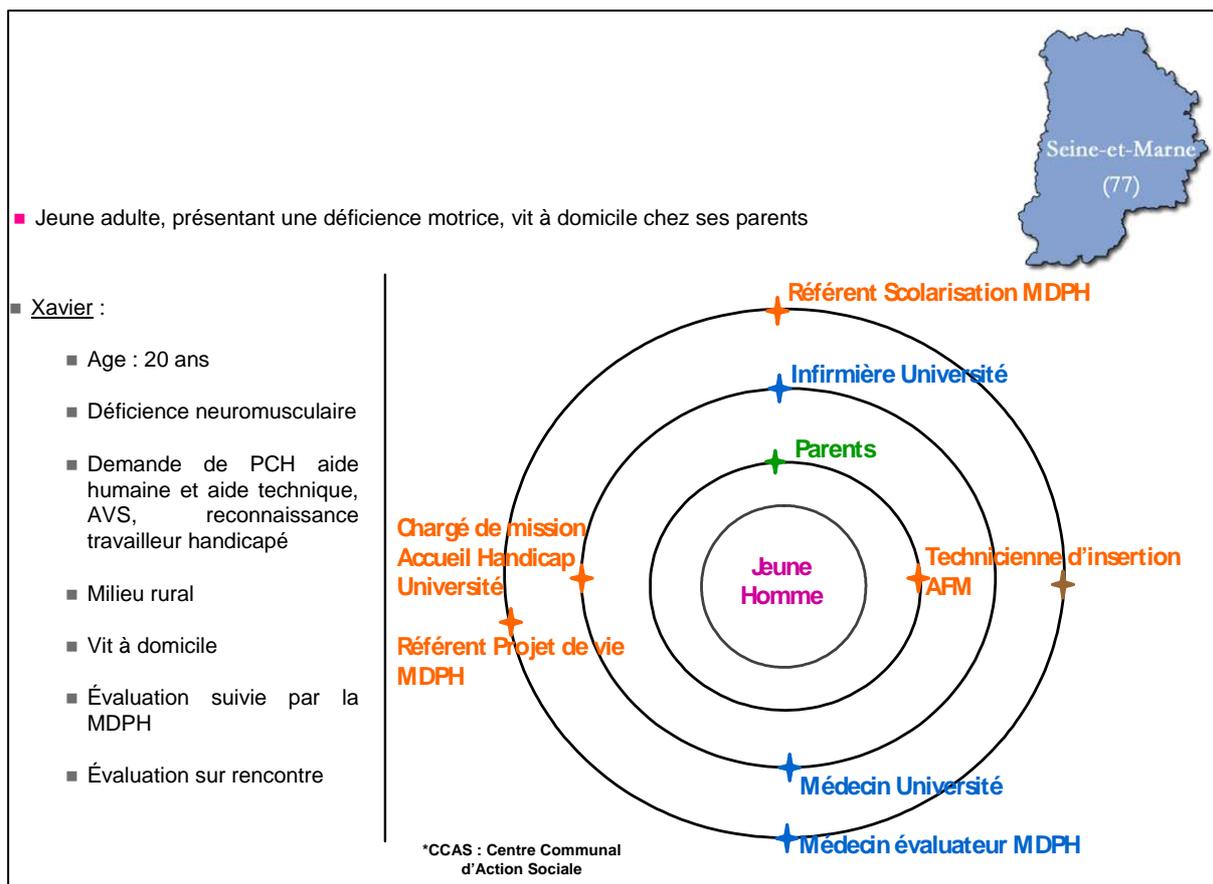
■ Jeune adulte, présentant une déficience sensorielle, vit en foyer d'hébergement

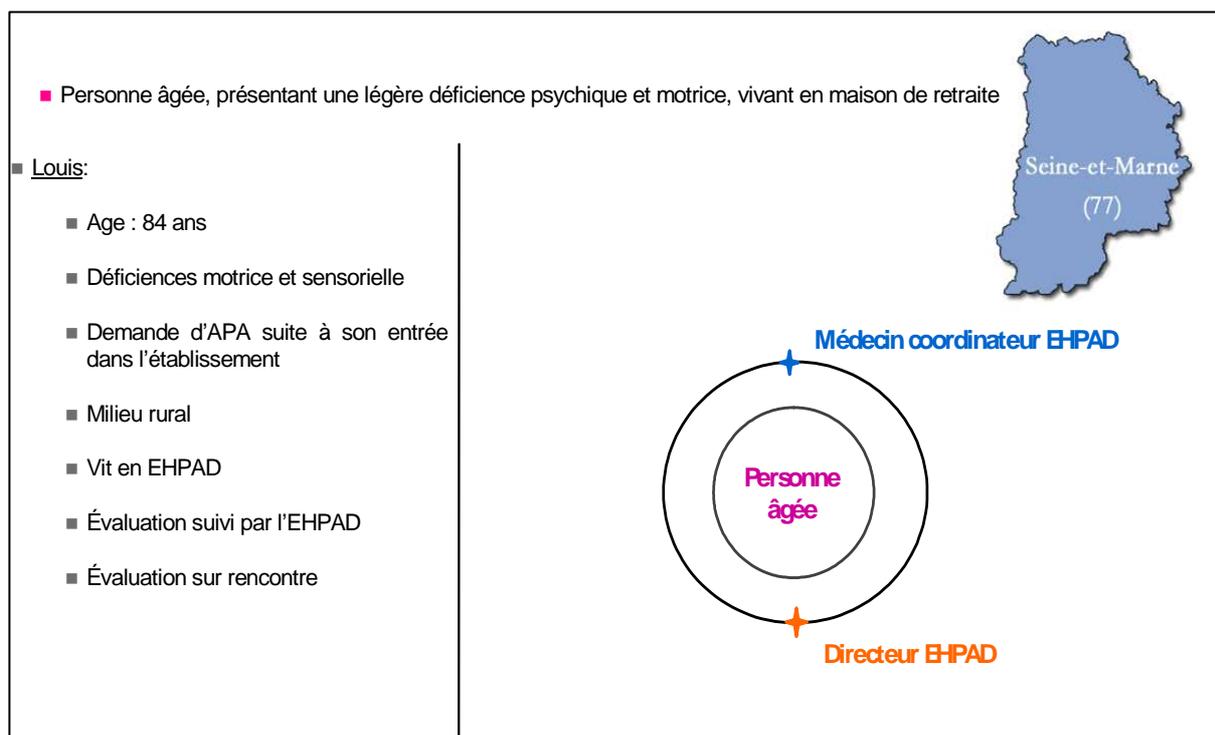
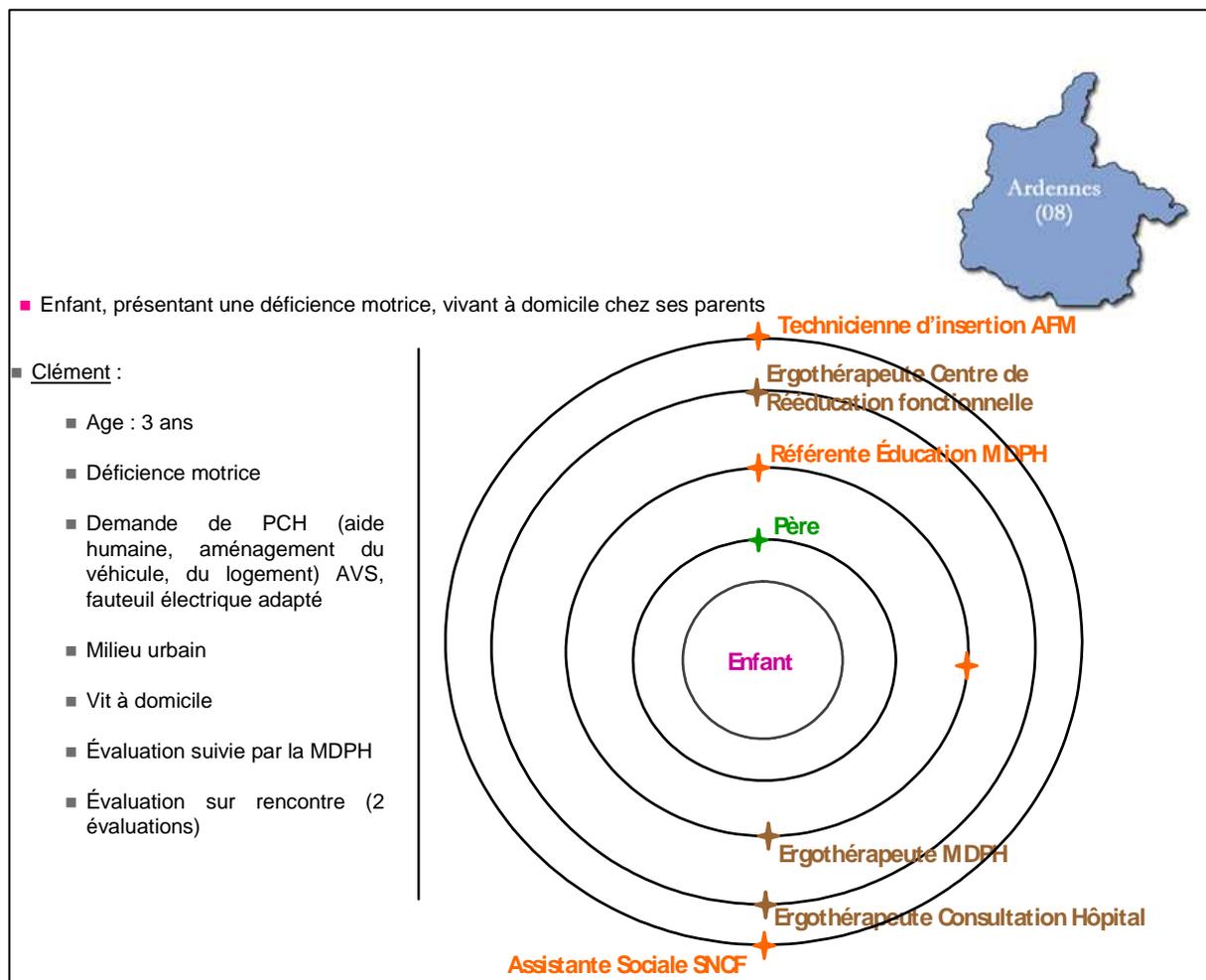
■ Yannick :

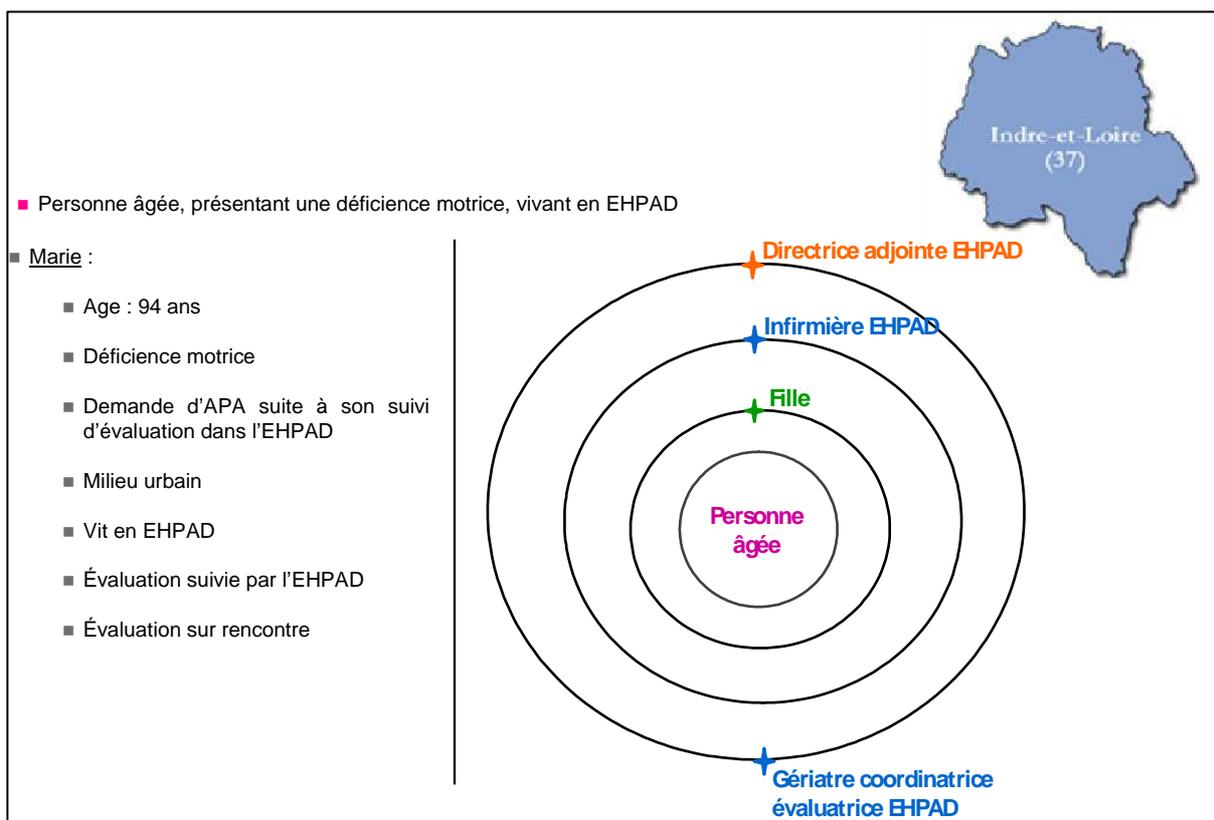
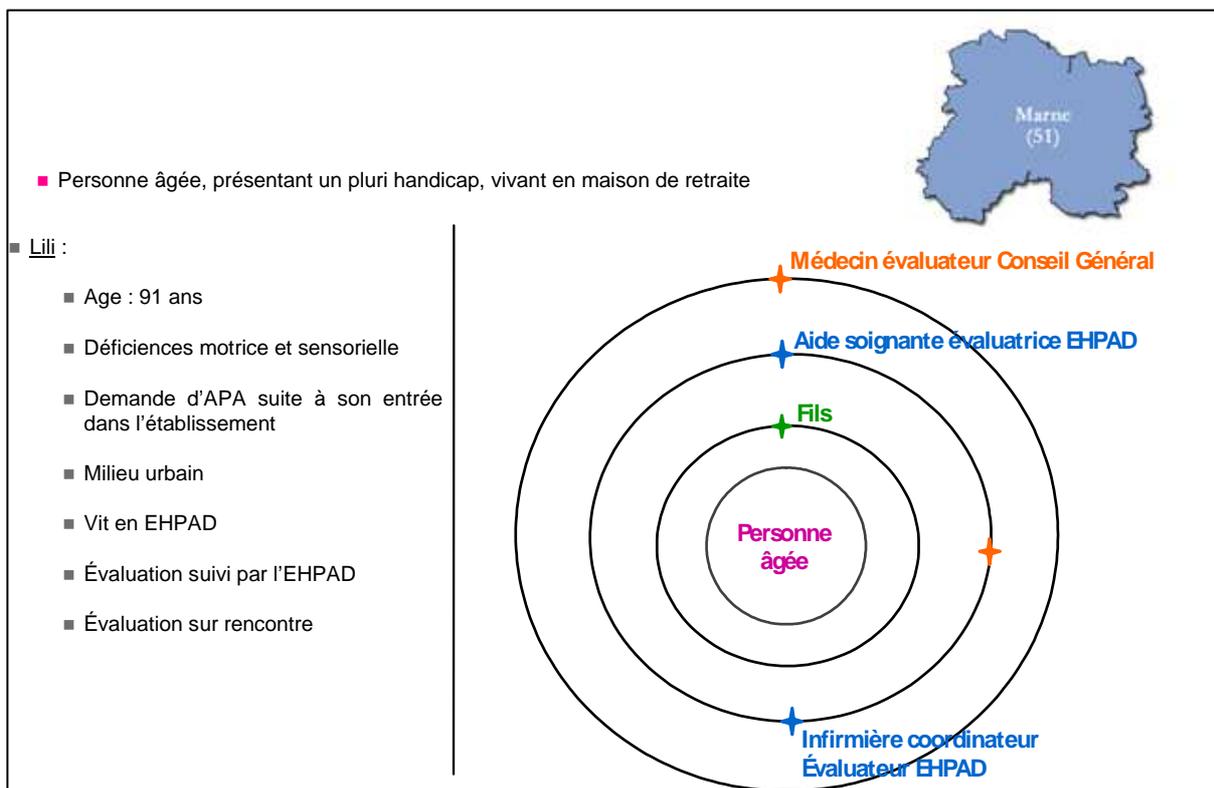
- Age : 34 ans
- Déficience visuelle
- Demande de PCH, forfait cécité
- Milieu urbain
- Vit en foyer d'hébergement
- Évaluation suivie par la MDPH
- Évaluation sur rencontre











10. Annexes

A. Présentation détaillée de l'étude qualitative des organisations

Ce document a fait l'objet d'un livrable indépendant et a été présenté à la CNSA lors du séminaire de partage du 10 mars 2008.

B. Présentation détaillée des 124 monographies de l'étude qualitative des situations d'évaluation

Ce document a fait l'objet d'un livrable indépendant sous forme papier et numérique et a été remis à la CNSA le 3 octobre 2008.

C. Présentation détaillée de l'étude quantitative de l'activité d'évaluation auprès de l'ensemble des Conseils généraux et des MDPH de France métropolitaine et d'Outre-mer : résultats des questionnaires envoyés aux Conseils généraux et aux MDPH.

Ces deux documents ont fait l'objet de livrables indépendants. Ils ont été remis à la CNSA respectivement le 2 octobre 2008 et le 13 novembre 2008.

D. Présentation détaillée des 16 monographies de l'étude qualitative des représentations de la notion et de la fonction d'évaluation et des expériences vécues par les professionnels et les usagers.

Ce document a fait l'objet d'un livrable indépendant et a été remis à la CNSA en décembre 2008.

E. Synthèse de l'apport des experts mobilisés

Dans le cadre de l'étude menée pour la CNSA, nous avons sollicité des experts pour nous assurer que l'ensemble des points clés avaient été traités et répondre de manière adéquate à la question posée relative aux pratiques d'évaluation des personnes en situation de perte d'autonomie.

Les experts ont été sollicités en deux temps :

1

Un enrichissement de notre analyse :

- Obtenir un regard critique (réactions, ressenti et commentaires) sur les résultats de l'analyse (5 axes d'analyse) et la pertinence de nos travaux.
- Apporter un éclairage et de nouveaux arguments pour permettre une ré-interrogation des pratiques d'évaluation.
- Apporter un regard scientifique aux résultats de l'étude.

2

Une participation aux groupes de travail de la phase 2.4 :

- Participer aux groupes de travail (rôle de « Grand témoin »).
 - en région : Chalons en champagne, Lyon, Bordeaux et Rennes
 - en plénière le 21 novembre à Paris (thème abordé : difficultés et leviers de changement).

Parmi les experts mobilisés, certains nous avaient été recommandés par l'équipe projet de la CNSA. Ils disposent de savoir faire et de compétences différentes.

Experts proposés

- Jean-Michel Caudron ,(Consultant en ingénierie gérontologique)
- Jesus Sanchez, (Directeur de recherche au CTNERHI)
- Amandine Weber, (Chargée d'études à la DREES)
- Jean-Michel Saussois, (Professeur en sociologie des organisations)
- Jean-Pierre Aquino (Vice-président de la société française de gériatrie et de gérontologie/ Conseiller scientifique de la fondation Médéric Alzheimer)
- Philippe Mortel (DGA de l'OVE)
- Philippe Dejardin (Observatoire de l'âge)

Experts mobilisés	Périmètre de compétences				
	Connaissance des acteurs de terrain	Methodologie d'évaluation de la dépendance	Methodologie d'enquêtes	Vision transversale des problématiques du handicap	Sociologie des organisations
Jean-Michel Caudron, Consultant en ingénierie gériantologique					
Amandine Weber, chargée d'études à la DREES					
Jean-Michel Saussois, Docteur en sociologie-Organisation et Management					
Jean-Pierre Aquino, Vice-président de la société française de gériatrie et de gérontologie/ Conseiller scientifique de la fondation Médéric Alzheimer					
Jesus Sanchez, Directeur de recherche au CTNERH					
Philippe Mortel, DGA de l'OVE (œuvre des villages d'enfants)					
Philippe Dejardin, expert gériatre					

La participation des experts a été sollicitée lors des groupes de travail organisés en région ainsi que pour la réunion plénière à Paris du 21 novembre.

Date	16/10/2008 à Bordeaux	21/10/2008 à Châlons	22/10/2008 à Rennes	23/10/2008 à Lyon	21/11/2008 à Paris
Jean Michel Caudron					
Amadine Weber					
Jean-Michel Saussois					
Jean-Pierre Aquino					
Jesus Sanchez					
Philippe Mortel					
Philippe Dejardin					

D'une façon générale, les experts rencontrés ont estimé que les analyses étaient très riches. La méthodologie utilisée et les analyses présentées ont été bien reçues et n'ont connues aucune remise en cause. Certaines observations (notamment le faible impact du type de handicap ou la fréquence des évaluations sur dossier pour les personnes handicapées) ont surpris les experts et ont donné lieu à des échanges très pertinents. Enfin, la schématisation des parcours d'évaluation, permettant de saisir le « process » sur un cas a été très appréciée.

Les débats ont été constructifs et ont permis de nourrir les analyses de nouveaux

éléments de comparaison ou de contexte.

1. Jean-Michel Caudron, Consultant en ingénierie gérontologique, 29 septembre

Jean-Michel Caudron a été très intéressé par les analyses produites. Les constats présentés lui ont paru tout à fait pertinents et ont confirmé ce qu'il avait pu observer sur le terrain.

Remarques générales :

- Pour enrichir notre analyse, Jean-Michel Caudron nous conseille de faire référence au rapport Colvez de 2003 ainsi qu'à l'étude Dartigues.
- Il pourrait être intéressant de mettre en avant le processus type et le déroulé de traitement des demandes.

Question 1 : Evaluation globale, multidimensionnelle

- Il est intéressant de garder à l'esprit l'idée de convergence des deux processus/cultures relatif au processus d'évaluation des personnes âgées et des personnes handicapées et qui selon la loi de février 2005, devrait être mis en place d'ici 2010. Dans le département de la Seine-Maritime, les évaluateurs APA évaluent également les demandes de PCH. Cependant, il semble que concrètement, il soit encore difficile d'organiser cette convergence.
- L'utilisation des outils d'évaluation : les outils d'évaluation (que cela soit la grille AGGIR ou l'outil GEVA) sont contestés par les évaluateurs qui ont du mal à les mobiliser en tant que tels. Ils présentent un atout incontestable : ils garantissent l'équité et une égalité de traitement entre les demandeurs. La question du recours aux outils oppose deux visions : le respect de la loi et donc l'utilisation systématique de l'outil versus l'adaptation de l'outil et la créativité de certains évaluateurs.

Question 2 : Pluridisciplinarité

- La pluridisciplinarité a été définie dans les analyses comme la mobilisation de compétences différentes lors de l'évaluation. Or, Jean-Michel Caudron souligne que la pluridisciplinarité peut également être entendue comme la mobilisation d'évaluateurs ayant des compétences semblables mais ayant des cultures différentes. Il y a une différence entre une assistante sociale de la MDPH et une assistante sociale d'une structure de suivi. Les deux évaluatrices ne partagent pas la même culture, ne travaillent pas de la même façon et ont donc une vision de l'évaluation qui peut être différente.

Question 3 : Place de l'utilisateur

- Il peut être intéressant de reprendre l'intitulé de la loi qui met bien en lumière la volonté d'individualiser la réponse faite à l'utilisateur.
- Souligner que dans les dispositions réglementaires, les soins ne sont pas pris en compte. Ceci pose la question du respect de ces dispositions par les évaluateurs et le corollaire, le périmètre de l'accompagnement proposé.

- La formulation des attentes est à prendre en compte aussi bien pour les personnes handicapées mais également par les personnes âgées. Les nouveaux retraités ont également des attentes et des besoins qui sont plus importants que ceux que pouvaient avoir les générations précédentes.

Question 4 : L'articulation avec les acteurs

- Il s'agit dans cette question de bien expliquer comment les différents partenaires fonctionnent et quelles interactions il y a entre les acteurs.

- Préciser si une organisation et/ou une articulation entre acteurs est subie ou organisée.

2. Jesus Sanchez, Directeur de recherche au CTNERHI, 9 octobre

Remarque générale :

- Monsieur Sanchez a été particulièrement intéressé par l'étude et notamment par l'importance du matériel recueilli. Les axes choisis pour effectuer les analyses lui ont paru pertinents.

- Il nous a apporté des éléments de fonds comme des références pour nourrir nos analyses.

- Faire référence de façon explicite à la CIF (classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé), développée dans le cadre des travaux de l'OMS et qui préconise la prise en compte de la situation personnelle et de l'environnement de la personne pour :

- Poser le cadre conceptuel tant des pratiques d'évaluation que de l'évaluation de ces pratiques d'évaluation
- Analyser la pertinence des outils méthodologiques utilisés dans le cadre des pratiques d'évaluation (on sait que l'outil GEVA fait référence à la CIF mais qu'en est-il de ses nombreuses applications locales ?).

- Bien analyser les points communs et les points de divergences entre les pratiques d'évaluation des PA et des PH (type d'équipe, déroulé de l'évaluation, compétences mobilisées). Ceci permettra d'alimenter les réflexions de tous les partenaires dans la perspective prévue par la loi du 11 février 2005 d'une fusion du champ du handicap et de champ de la dépendance.

Question 1 : L'évaluation globale

- La possibilité de recourir à une évaluation globale de la situation de handicap doit pouvoir être offerte à toute personne qui le souhaite. Elle doit toujours être possible pour définir le plan de compensation le plus adéquat et les préconisations les plus pertinentes. Par contre, il ne convient sans doute pas de l'imposer systématiquement à tous et notamment à ceux qui ayant une parfaite connaissance de leur situation sollicitent le dispositif pour une aide simple. Monsieur Sanchez nous cite « les routiers du handicap », des usagers qui vivent avec leur handicap depuis longtemps et qui savent de quoi ils ont besoin. Dans ce cas, on peut se poser la question de la pertinence d'une obligation d'évaluation globale. Cette obligation peut même être en totale contradiction avec la

nécessité de respecter les choix de la personne en situation de handicap, ses désirs et son projet de vie.

- L'utilisateur doit aujourd'hui être mis au cœur du dispositif. Les personnes handicapées revendiquent leur droit à être considérées en tant que « sujets » (concept d'independent living). Ceci implique une attention particulière au projet de vie de l'utilisateur et au respect de la parole de l'utilisateur.

- Ne pourrait-on pas mettre en place une réponse adaptée au type de demande, à la complexité de la situation et aux évaluations déjà réalisées ?

1) L'accompagnement du demandeur par une structure peut dans un certain nombre de cas réduire l'intérêt de ce qui bien souvent ne serait qu'une nouvelle évaluation globale. Tout dépend naturellement de la pertinence des informations transmises par la structure d'accompagnement à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

2) Pour les cas de personnes présentant un handicap psychique, Monsieur Sanchez estime que l'interprétation de la demande peut être nécessaire. Toute une démarche peut être essentielle pour identifier avec la personne ses besoins de compensation. Ceci est vrai par extension pour toutes les personnes qui ne sont pas au clair avec leur situation de handicap et a fortiori qui n'ont pas une représentation claire de leurs besoins de compensation.

3) Le type de demande doit également être pris en compte : une demande de carte ne requiert pas, généralement, la même attention qu'une demande de PCH. D'une manière générale, une situation de handicap complexe demande une évaluation plus complexe qu'une situation de handicap simple. La situation complexe peut être définie, en référence à la CIF, comme une situation impliquant plusieurs catégories de fonctions ou/et de structures, de domaines d'activités et de participation et ce d'autant plus que la personne en a une connaissance limitée ou biaisée par sa subjectivité.

4) Si le recours à des outils simplifiés pouvait s'avérer utile, il serait pertinent d'une part de s'assurer, en référence à la CIF, de leur caractère multidimensionnel et, d'autre part, de réfléchir à l'utilisation d'un même outil simplifié qui serait partagé par l'ensemble des départements.

3. Jean-Michel Saussois, Expert en sociologie des organisations, 10 octobre

Remarque générale :

- Lu du point de vue extérieur et non familier du sujet, le Professeur Saussois estime que les documents fournis donnent une photographie extrêmement détaillée de tous les processus d'évaluation et cela, en tenant compte des groupes homogènes des demandeurs Personnes âgées/Personnes handicapées. Cela permet d'avoir une bonne vue « zoomée » par département. Selon lui, les deux objectifs détaillés ci-dessous sont

remplis:

- Connaître les modes de réalisation et les éléments déterminants des pratiques d'évaluation des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie.
- Mettre en évidence les schémas d'organisation, les méthodes de travail, les modes d'action, les relations partenariales existantes....

A la lecture des analyses, le Professeur Saussois a proposé des pistes de réflexion et des recommandations :

La définition de la notion d'autonomie :

- Le Professeur Saussois s'interroge sur la définition de la notion d'autonomie. L'autonomie doit elle/est-elle définie en fonction d'un but à atteindre ou en fonction du degré de dépendance inscrit dans le projet de vie ?

Les outils d'évaluation :

• Les analyses produites ont mis en lumière une utilisation relative des outils d'évaluation dans leur intégralité. A la lecture des monographies, la majorité des évaluateurs a recours à des « outils maison » - qui sont souvent basés sur la grille AGGIR ou l'outil GEVA. Les outils ne sont d'après les évaluateurs pas pertinents en tant que tels. L'adaptation ou « bricolage » des outils existants met en lumière les problèmes de pertinence. Si les évaluateurs adaptent l'outil d'évaluation initial, c'est qu'ils ne se sentent pas à l'aise avec lui ou qu'ils ont du mal à le mobiliser en tant que tel.

La question des outils d'évaluation pose selon le Professeur Saussois plusieurs interrogations :

- la question de la pertinence des outils existants pour la prise en compte de la situation de l'utilisateur dans sa globalité
- la question de la sélection adverse, notamment dans le cas où la personne est évaluée sur dossier après étude du certificat médical (incertitude concernant la pertinence et l'exactitude de l'information fournie ; risque d'opportunisme).
- l'utilisation de l'outil nécessite également une formation des différents évaluateurs à son utilisation.

• Le Professeur Saussois pense qu'il pourrait être opportun d'organiser des groupes de travail, qu'il nomme communautés de pratiques, réunissant l'ensemble des évaluateurs intéressés au niveau inter-départemental pour provoquer les échanges à la fois sur les pratiques actuelles mais aussi sur les pistes d'amélioration. Ces réunions auront pour fil conducteur la question de l'évaluation- sachant que cette même question se pose également dans d'autres professions.

La place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation :

• Le Professeur Saussois estime qu'il s'agit sur le plan théorique, d'une affaire de sélection adverse et de hasard moral qui pose notamment la problématique carte/territoire. Cela signifie que le demandeur ne dit pas forcément la vérité à l'évaluateur soit parce qu'il ne

le souhaite pas soit parce qu'il peut être dans une situation de déni. Il y a donc asymétrie d'informations entre les deux parties. De plus et pour l'évaluateur, la représentation de la situation de l'utilisateur à la lecture de son dossier n'est pas forcément le reflet de la réalité.

- Les résultats de l'enquête terrain montrent bien l'importance de l'évaluation avec rencontre de la personne, de l'évaluation des conditions concrètes de vie et de l'environnement du demandeur. Cette volonté se heurte à des contingences vécues par les Conseils généraux et les MDPH, notamment des problèmes de charge de travail, de disponibilité des compétences et les corollaires que sont le manque de temps, d'énergie et de motivation.

- L'étude montre enfin que les demandes de cartes et de renouvellement sont souvent évaluées sur dossier. Il semble que cela soit les enjeux (financiers et humains) qui justifient l'individualisation de la réponse. On pourrait imaginer une phase préalable et systématique de tri des dossiers permettant une concentration sur les cas justifiant l'évaluation avec rencontre de la personne.

L'articulation entre les différents acteurs de l'évaluation :

- Le Professeur Saussois estime que la question de l'articulation entre les différents acteurs et de la possible externalisation de l'évaluation est centrale. Il s'agit en effet de lutter contre l'asymétrie d'informations (le demandeur et l'évaluateur ne partagent pas le même niveau d'information). Pour contourner ce risque, il propose de renforcer la formation des évaluateurs.

- L'étude montre également le manque d'échange d'informations entre les différents acteurs. Le Professeur Saussois propose la constitution de « communautés épistémiques », c'est-à-dire de groupes d'évaluateurs pouvant réfléchir et échanger autour de leurs pratiques d'évaluation mais de façon organisée et systémique. Ces réunions ne seraient pas des réunions de synthèse (comme nous avons pu les décrire dans notre analyse) mais des réunions où les professionnels échangent sur la pratique. L'idée serait de formaliser les réunions aujourd'hui dites informelles. Ces plateformes pourraient être organisées à l'initiative de la CNSA. Ceci permettrait à la CNSA de garder « le lead » sur ce terrain et d'avoir une vision relativement claire sur les différents acteurs.

4. Amandine Weber, Chargée d'études à la DREES – Jeudi 16 octobre

Amandine Wéber a souhaité se concentrer sur la question de la place de l'utilisateur dans le processus d'évaluation.

Points forts : Un livrable très riche au niveau des remontées terrain.

Certaines informations intéressantes venant soit confirmer ce qui a déjà pu être relevé (ex : temporalité et déroulé de l'évaluation dans le cas de personnes âgées) ou venant infirmer certaines idées reçues (Ex : fréquence des demandes évaluées sur dossier pour les personnes handicapées).

Remarques générales :

Lors de l'entretien que nous avons eu avec Mme Wéber, les différents points suivants ont été abordés:

- La nécessité d'appréhender l'individualisation comme une norme imposée via la législation et qui est de plus en plus prise en compte par les évaluateurs. Selon elle, il s'agit bien d'un processus qui fait que plus la demande formulée est détaillée et/ou plus l'évaluateur dispose d'informations relatives à la situation de l'utilisateur et plus il est facile d'individualiser la réponse apportée.
- Selon Mme Wéber, il pourrait être intéressant de mettre en lumière la dichotomie qui existe entre le volume administratif d'aide qui peut être octroyé à la personne versus le volume d'aide requis au regard de la situation de l'utilisateur. Pour prendre l'exemple de l'aide humaine, il peut y avoir une différence entre le nombre d'heures allouée à l'utilisateur versus le nombre d'heures que requiert sa situation. Ce point a été notamment détaillé par Michel Colvez qui a travaillé sur la différence entre les incapacités de l'utilisateur et le volume d'aide requis par les professionnels.
- Faire ressortir les différences entre domicile et établissement ainsi que les facteurs facilitateurs d'une individualisation et les éléments y faisant obstacle.
- Rôle de l'aidant ou du tiers : Dans la lignée de ce qui a déjà été développé dans nos analyses, Amandine Wéber insiste sur le rôle de l'entourage et/ou de l'aidant. Il permet d'apporter des éléments relatifs à la situation personnelle et au degré d'autonomie du demandeur. Cependant, il introduit un biais car le questionnement direct par le professionnel de l'utilisateur n'a pas la même portée que le questionnement de l'aidant ou du tiers. Dans le premier cas, c'est bien la parole même de l'utilisateur qui est au centre de l'évaluation. A partir du moment où l'évaluation est collective, il semble que les aidants, de par leur présence, puissent modifier les interactions entre l'évaluateur et la personne évaluée.

5. Philippe Mortel, DGA de l'OVE (œuvre des villages d'enfants), 20 octobre

Remarque générale : Philippe Mortel a été très intéressé par nos analyses qu'il a estimées très riches. Il partage l'essentiel des constats et des résultats présentés.

• Nos analyses font plusieurs fois référence à la CIF (Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé). Selon Philippe Mortel, cette norme et les critères d'évaluation auxquels elle fait référence ne sont pas partagés par l'ensemble des professionnels de santé. Ceci peut impacter à la fois le diagnostic qui est fait et le plan d'aide. L'approche multidimensionnelle n'est pas reconnue par l'ensemble des médecins. D'une façon générale, Philippe Mortel estime que le respect du principe d'évaluation globale est intimement lié à la charge de travail des évaluateurs.

Philippe Mortel, qui sera présent lors du groupe de travail à Lyon s'est concentré sur les deux questions qui seront traitées ce jour là, à savoir la question de la pluridisciplinarité et de l'articulation entre acteurs.

Articulation entre les différents acteurs :

- Dans le cadre des partenariats et de la recherche de compétences en externe, Philippe Mortel propose que nous fassions référence aux externalisations de la MDPH vers les centres ressources que constituent les établissements sociaux et médico-sociaux comme le prévoit le CASF. Ceci permettrait à la fois 228 désengorger les centres de référence sanitaires en allant chercher de l'expertise auprès des structures médico-sociales.
- D'une manière générale, il s'agit de renforcer la coordination entre les différents acteurs. Par exemple, la coordination avec les services académiques devrait être plus soulignée lorsqu'il est question de la scolarisation.
- Pour Philippe Mortel, il paraît indispensable d'organiser des réunions formelles entre les différents acteurs pour permettre l'échange d'informations et la décision concertée. L'étude terrain montre que les réunions formelles sont peu nombreuses et ont cédé la place à l'organisation de réunions informelles – qui est selon lui une mauvaise habitude historique du secteur médico-social.
- Il paraît aujourd'hui nécessaire d'homogénéiser les pratiques d'évaluation, de définir des cadres pour les écrits professionnels. Il n'y a aujourd'hui aucun cadrage notamment pour ce qui est relatif à la restitution des éléments éducatifs et sociaux. Peut-être faudrait-il envisager une passerelle entre les outils GEVA et AGGIR utilisés par les Conseils généraux et les MDPH avec ceux mobilisés par les établissements.
- La question du pilotage du réseau : Pour permettre une meilleure articulation entre les différents acteurs, il paraît nécessaire de se poser la question du pilotage du réseau. Selon Philippe Mortel, la MDPH n'est pas suffisamment structurée comme une « entreprise ». Il serait utile qu'elle se dote d'outils d'évaluation et de management inspirés du management par la qualité. Le cloisonnement qui existe aujourd'hui entre les différents secteurs institutionnels ne permet pas aux acteurs de se rencontrer et d'échanger à la fois sur l'organisation mais aussi sur leurs pratiques d'évaluation même si on note des évolutions qui vont dans le bon sens (passerelles qui se mettent en place entre PJJ, EN MDPH, ASE...).

6. Dr Jean-Pierre Aquino, Vice-Président de la société française de gériatrie et de gérontologie – 17 novembre

Remarque générale : Le Dr Aquino a été très intéressé par les analyses. Il ne s'est focalisé sur aucune question en particulier mais nous a livré ses remarques de façon générale.

- Pour réaliser une évaluation globale, le Dr Aquino est d'avis qu'il est pertinent :
 - D'allier les compétences médico-sociales et sanitaires (Cf : la méthode META analyse de STUCK qui intègre des éléments d'évaluation autour de l'autonomie, la nutrition, la cognition et la dépression potentielle).
 - De développer la logique des coopérations et des réseaux, seule capable de donner sur un territoire défini un regard sanitaire et médico-social. En cela, les MAIA constituent des expériences intéressantes, certes sur le seul aspect Alzheimer.
 - Il faut travailler dans une logique « d'intégration » des compétences et non de « sédimentation ».
- Il préconise par ailleurs de faire attention au discours sur les outils et les difficultés liées à ces outils : l'évaluation est avant tout un constat sur une

personne porté par un/ des professionnels formés. Ce constat est complété par des indicateurs qui viennent corroborer ou non l'analyse première.

- Concernant la transmission d'informations : le Dr Aquino estime qu'il s'agit d'une question complexe car elle soulève dans le domaine du social la même question qui se pose dans le domaine sanitaire : la constitution d'un dossier médico-social qui est indispensable mais qui touche à l'éthique dès lors qu'il y échange d'informations sur une personne. La seule manière de passer au-delà de cette question est :
 - Que les procédures mises en œuvre par certaines associations « agréées » soient clairement définies et appliquées.
 - Que le partage d'informations contenues dans le dossier soit réalisé dans l'intérêt de la personne.
- Dans la question 3 – « la place de l'utilisateur » - notre étude met en lumière les facteurs qui permettent entre autre aux évaluateurs de mettre le demandeur au centre du dispositif. Or, le Dr Aquino s'interroge sur la réelle prise en compte de la parole de l'utilisateur et de sa situation personnelle.
- Deux exemples sur lesquels il revient et indique que souvent, dans ces cas, l'utilisateur n'est pas au cœur du dispositif :
 - Le professionnel avec un grand P se considère comme sachant et le mieux placé pour savoir ce qui est le mieux pour la personne
 - Le placement en institution : il s'interroge sur le nombre de personnes qui rentrent en institution en toute connaissance de cause, c'est-à-dire qu'on leur ait expliqué le motif réel – au-delà du « c'est mieux comme ça » de leur placement en institution. Cela soulève la question de la difficulté du dialogue de vérité des professionnels sur une décision médicale et médico-sociale.

7. Dr Philippe Dejardin, Observatoire de l'âge – 19 novembre

Remarque générale : Philippe Dejardin a été très intéressé par nos analyses notamment parce qu'elles sont transversales et qu'elles permettent d'avoir une vision comparative entre différents départements.

A partir de nos analyses, il soulève deux points intéressants :

- L'écart entre des départements très structurés et des évaluateurs isolés : Le Dr Dejardin cite l'exemple du département des Yvelines qu'il a retrouvé dans nos analyses et qui montre un fort degré de coordination et de structuration. Les évaluateurs sont très impliqués et encadrés. Le département présente également un réseau de médecins généralistes.

A l'inverse, les analyses mettent en lumière l'isolement de certains évaluateurs dans leur pratique quotidienne.

Le Dr Dejardin cite l'exemple du département de L'Aube, qui présente une organisation aux confluent des deux autres (beaucoup de structure versus peu de structure). Le département a redonné aux médecins généralistes les pouvoirs de coordination et d'évaluation : la première évaluation est réalisée par le médecin sur la base de la grille AGGIR – un évaluateur du CG réalise ensuite une deuxième évaluation, en ayant recours à la même grille. Les médecins généralistes ont bénéficié d'une formation (proposée entre autre par Alain Colvez) permettant entre autre aux évaluateurs et aux médecins généralistes d'avoir un langage commun. L'expérience a montré que les deux évaluateurs arrivaient généralement au même constat et au même « girage ».

- Le Dr Dejardin met l'accent sur la nécessaire prise en compte de la charge de l'aidant. Plusieurs outils dont l'échelle de Zarit permettent à l'évaluateur de déterminer la charge du fardeau de l'aidant ainsi que son retentissement sur sa vie sociale. Cette échelle est particulièrement intéressante dans le cas de troubles cognitifs – le Dr Dejardin observe que l'aidant pense tout pouvoir assumer dans le cas de troubles « non visibles » (troubles cognitifs). Cet outil permet de le faire prendre conscience des difficultés qu'il peut rencontrer (ex : fatigue, éloignement de la vie sociale...).

F. Composition des groupes de travail à Bordeaux, Châlons-en-Champagne, Rennes et Lyon ainsi que de la réunion plénière du 21 novembre.

Quatre groupes de travail ont été organisés en région au moins d'octobre. Une réunion plénière réunissant l'ensemble des participants a eu lieu à Paris le 21 novembre 2008.

L'objectif de ces groupes de travail était triple :

- Présenter les résultats de notre analyse (qualitative et quantitative) et recueillir le ressenti des évaluateurs sur les pratiques exposées.
- Lister et confronter les pratiques d'évaluation existantes
- Dégager les pratiques intéressantes ou les facteurs facilitant.

Pour chacun des groupes, les principes suivants ont été respectés :

<p>Composition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mélanger des acteurs déjà rencontrés avec des acteurs de nouveaux départements. ▪ Intégrer des représentants des MDPH et des CG mais aussi des établissements, des services d'aide à domicile et des structures d'information des personnes en situation de perte d'autonomie. ▪ Associer les différents niveaux de décision (évaluateurs, coordinateurs et directeurs).
<p>Périmètre de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir des questions clés/des axes d'analyse sur lesquels nous pourrions faire réagir les groupes de travail. Il pourra être envisagé de définir un cahier de charges spécifique pour chacun des groupes afin de leur faire travailler sur des thématiques différentes. ▪ Dégager des pratiques intéressantes, des facteurs facilitant, des difficultés ou encore des leviers de changement. ▪ S'appuyer sur la dynamique des groupes de travail pour créer un espace de « test » et de « validation » des résultats présentés. L'objectif serait de favoriser la sensibilisation de l'ensemble d'acteurs aux résultats plutôt que de proposer des recommandations normatives. ▪ Permettre une ré-interrogation des pratiques d'évaluation grâce à la mobilisation d'histoires (de cas des personnes évaluées).

1. Groupe de travail à Bordeaux – 16 octobre 2008

Institution ou organisme	Nom du participant	Fonction
Bordeaux	16-oct	
Conseil général de Gironde	Christine TREVISOL	Chef de service du SAA
MDPH Gironde	Mme LAGAROSSE	Médecin évaluateur
MDPH des Pyrénées-Atlantiques	Cathy CATELON **	Coordinatrice de l'équipe pluridisciplinaire
SSAD AID (Pyrénées-Atlantiques)	Laure LABEDAN	Responsable du secteur du maintien à domicile des personnes handicapées
Conseil général du Gers	Danièle GOULLEY	Médecin coordonnateur
MDPH du Gers	Patrice GASC **	Directeur adjoint
Centre hospitalier d'Auch	Naima ALOUI	Assistante sociale
ESAT « CAT Lumière » (Yvelines)	Georges GOUACHET	Directeur de l'ESAT
CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations)	Jesus SANCHEZ **	EXPERT / Directeur de recherche

2. Groupe de travail à Châlons – 21 octobre 2008

Châlons-en-Champagne	21-oct	
Conseil général de l'Aisne	Marie-Christine BURLET	Infirmière évaluatrice au CIPAS (Circonscription de Prévention et d'Action Sociale) de Soisson
AMSAM (Association Médico Sociale Anne Morgan)	Marie-Christine BEILLAUD **	Responsable de l'évaluation
MDPH de l'Aube	Didier MALNOURY **	Directeur de la MDPH
IME Chantejoie	Pierre PINON (<i>absent, mais sera là le 21 novembre</i>)	Sous-directeur de l'IME
Conseil général de la Meuse	Anne AUBRY	Référent territorial gérontologie
MDPH de la Meuse	Julie DJELOUL	Conseillère en éducation sociale et familiale au sein de l'équipe d'évaluation de la MDPH 55
MDPH des Ardennes	Catherine JULLIARD	Médecin coordonnateur
SESSAD la Tour	Marie-Ange GILLET	Psychologue
Conseil général de la Marne	Catherine LEMAIRE	Infirmière évaluatrice
MDPH de la Marne	Nadine NONAIN **	Directrice de la MDPH
MDPH de la Marne	Patrick CHATEL	Secrétaire Général Délégué de la MDPH
Conseil général de l'Essonne	Monsieur SAHARI	Direction des Personnes âgées et handicapées
Centre ADAPT d'Evry	Raquel SECADES **	Directrice du Centre
Observatoire de l'âge	Philippe DEJARDIN	EXPERT / Gériatre

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations pour le compte de la CNSA ». Janvier 2009

3. Groupe de travail à Rennes – 22 octobre 2008

Rennes	22-oct	
Conseil Général du Finistère	Annie LETOQUIN HATTAB	Direction adjointe PA-PH
MDPH du Finistère	Christine QUEMERE	Membre de l'équipe pluridisciplinaire
Conseil Général de la Loire Atlantique	Joëlle ROY NAMUA (<i>absente, mais sera là le 21 novembre</i>)	Médecin de l'équipe territoriale
Maison de retraite Saint-Charles (Loire Atlantique)	Marie-Lise DAULEU	Infirmière coordonatrice
MDPH du Val de Marne	Patricia PIQUION **	Conseillère technique
Conseil Général d'Ille-et-Vilaine	Docteur Marie-Luce LEGUEN **	Responsable du service Actions médico-sociales PA/PH
Conseil Général d'Ille-et-Vilaine	Docteur Dominique DUBOURG	Médecin conseil territorial au CG
MDPH d'Ille-et-Vilaine	Docteur GENDRON **	Médecin coordonateur
Conseil Général d'Indre et Loire	Docteur Marie-Laure SIGNORET **	Médecin de l'équipe médico-sociale
Institut du mai (Indre et Loire)	Pascale HANQUIEZ et Marie SAUTJEAU	Ergothérapeutes
MDPH de la Vienne	Elisabeth KURZAWINSKI	Responsable de l'équipe pluridisciplinaire
	Jean-Michel SAUSSOIS	EXPERT / Docteur en sociologie - Organisation et management

4. Groupe de travail à Lyon – 23 octobre 2008

Lyon	23-oct	
MDPH de l'Hérault	Docteur Marie-Christine GENOUX	Chef de service Evaluation
GIHP (Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques)	Alexandra CORTEZ	Coordonatrice de l'équipe conventionnée
Conseil Général du Rhône	Docteur Frédérique CHOVET **	Médecin équipe médico-sociale APA
MDPH du Rhône	Docteur Martine JUNET-NORE	Médecin coordonateur équipe enfant MDPH
SMD Lyon (Service de Maintien à Domicile)	Raymonde PONCET **	Directrice du service
Conseil Général des Alpes Maritimes	Docteur Michèle DALFIN	Responsable de la section personnes âgées à domicile
MDPH des Alpes Maritimes	Docteur Dominique CUNAT **	Médecin coordonateur
Maison d'accueil spécialisée (Etablissement de l'AFPJR)	Jean-François AVANTURIER	Directeur de la MAS
MDPH de Seine et Marne	Christine DUPRE **	Directrice de la MDPH
L'Œuvre des Villages Enfants	Philippe MORTEL **	EXPERT / DGA de l'association

5. Plénière à Paris – 21 novembre 2008

AMSAM (Association Médico Sociale Anne Morgan)	Marie-Christine BEILLAUD	Responsable de l'évaluation
APF	Malika BOUBEKEUR	
Centre ADAPT d'Evry	Raquel SECADES	Directrice du Centre
<i>Centre hospitalier d'Auch</i>	<i>Naima ALOUI</i>	<i>Assistante sociale</i>
CG des Yvelines	Michèle DEMARCQ	Direction de l'autonomie Service vie sociale à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées Responsable de Secteur
CHL (MDPH des Yvelines)	Laurent CHAVINIER	Coordonateur CHL de Plaisir
CNPSA	Alain DELAPLACE	Trésorier de l'association
CNSA	Jean-Philippe ALOSI	
CNSA	Pascale GILBERT	
CNSA	Jeanne BROUSSE	
CNSA	Anne KIEFFER	
CNSA	Marie-Aline BLOCH	
CNSA	Typhaine MAHE	
Conseil Général d'Ille-et-Vilaine	Docteur Marie-Luce LEGUEN	Responsable du service Actions médico-sociales PA/PH
Conseil Général d'Ille-et-Vilaine	Docteur Dominique DUBOURG	Médecin conseil territorial au CG
Conseil Général d'Indre et Loire	Docteur Marie-Laure SIGNORET	Médecin de l'équipe médico-sociale
Conseil général de Gironde	Christine TREVISIOL	Chef de service du SAA
Conseil général de l'Aisne	Marie-Christine BURLET	Infirmière évaluatrice au CIPAS (Circonscription de Prévention et d'Action Sociale) de Soisson
Conseil général de l'Essonne	Monsieur SAHARI	Direction des Personnes âgées et handicapées
Conseil Général de la Loire Atlantique	Docteur Joëlle ROY NAMUA	Médecin de l'équipe territoriale
Conseil général de la Marne	Catherine LEMAIRE	Infirmière évaluatrice

Conseil général de la Meuse	Anne AUBRY	Référent territorial gérontologie
Conseil Général de l'Essone	Docteur Sylvie MERVILLE	Chef du service médico-social PA/PH
Conseil Général des Alpes Maritimes	Docteur Michèle DALFIN	Responsable de la section personnes âgées à domicile
Conseil Général du Finistère	Annie LETOQUIN HATTAB	Direction adjointe PA-PH
Conseil Général du Finistère	Docteur GALLIAN	Direction PA-PH
Conseil général du Gers	Docteur Danièle GOULLEY	Médecin coordonnateur
Conseil Général du Rhône	Docteur Frédérique CHOVET	Médecin équipe médico-sociale APA
CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations)	Jesus SANCHEZ	EXPERT / Directeur de recherche
DREES	Amandine WEBER	
ESAT « CAT Lumière » (Yvelines)	Sylvie SCOTTE	Chef de projet
France Alzheimer	Judith MOLLARD	Chef de projet Mission sociale
GIHP (Hérault)	Alexandra CORTEZ	Coordinatrice de l'équipe conventionnée
Institut du Mai (Indre et Loire)	Elisabeth BOURBONNAIS	Directrice
Maison de retraite Saint-Charles (Loire Atlantique)	Docteur Frédéric MARAVAL	Médecin Coordonnateur
MDPH d'Ille-et-Vilaine	Docteur GENDRON	Médecin coordonateur
MDPH d'Ille-et-Vilaine	Hervé DUPERRON	Directeur
MDPH de l'Aube	Didier MALNOURY	Directeur de la MDPH
MDPH de l'Hérault	Docteur Marie-Christine GENOUX	Chef de service Evaluation
MDPH de la Gironde	Docteur LAGAROSSE	Médecin évaluateur

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Etude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations pour le compte de la CNSA ». Janvier 2009

MDPH de la Meuse	Julie DJELOUL	Conseillère en éducation sociale et familiale au sein de l'équipe d'évaluation de la MDPH 55
MDPH de la Vienne	Elisabeth KURZAWINSKI	Responsable de l'équipe pluridisciplinaire
<i>MDPH de Seine et Marne</i>	<i>Christine DUPRE</i>	<i>Directrice de la MDPH</i>
MDPH des Alpes Maritimes	Docteur Dominique CUNAT	Médecin coordonateur
MDPH des Yvelines	Chantal METAYER	Coordonnateur médico-social
MDPH du Rhône	Docteur Martine JUENET-NORE	Médecin coordonateur équipe enfant MDPH
MDPH du Val de Marne	Patricia PIQUION	Conseillère technique
Pupille de l'Enseignement Publique - Alpes Maritimes	Laure LONGCHAMP	Coordinatrice de l'équipe conventionnée
SESSAD la Tour	Marie-Ange GILLET	Psychologue
Société Française de Gériatrie et de Gérontologie	Docteur Jean-Pierre AQUINO	Président de la SFGG
SSIAD AID (Pyrénées-Atlantiques)	Aurore BERNALD	Responsable du secteur du maintien à domicile des personnes handicapées
UNA	Line LARTIGUE	Chargée de mission Evaluation
UNAFAM	Jean Canneva	Président
UNAPEI	Hélène LE MEUR	Service juridique, chargée du droit des personnes handicapées.
UNISDA	Annie BOROY	
	Jean-Michel SAUSSOIS	EXPERT / Docteur en sociologie - Organisation et management