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

Etude qualitative des organisations

mars 2008

Restitution de l'expérience pilote

- Ce document a vocation à présenter les principaux constats issus des analyses départementales et interdépartementales effectuées.
- Au cours de la phase pilote de l'étude, nous avons conduit des entretiens sur 7 départements :

Alpes Maritimes	Sarthe	Marne
Ille et Vilaine	Vienne	
Indre et Loire	Essonne	

- **Dans chaque département, nous avons rencontré** :
  - Les coordinateurs des équipes médico-techniques ou des équipes pluridisciplinaires des CG ou des MDPH.
- **Dans la majorité des départements**, nous avons rencontré les responsables de quelques structures de suivi.
- **Les éléments recueillis peuvent être regroupés dans les grandes rubriques présentées ci-dessous:**

PERSONNES AGEES	PERSONNES HANDICAPEES
• Composition de l'équipe médico-sociale • Modalités d'évaluation • Processus • Outils utilisés pour les évaluations • Articulation avec les autres acteurs dans le département	• Composition de l'équipe pluridisciplinaire • Modalités d'évaluation • Processus • Outils utilisés pour les évaluations • Articulation avec les autres acteurs dans le département • Spécificités enfants/adolescents

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Alpes Maritimes

ALPES-MARITIMES - 06

Chiffres clés

- **CG**
  - 21 900 personnes classées en GIR 1 à 4 fin 2007 (12 700 à domicile et 9 200 en établissements)
  - 9 000 demandes en 2007 (6 000 1ères demandes et 3 000 renouvellements)
  - Partenaires conventionnés pour réaliser des évaluations : médecins libéraux
  - Délai moyen / demande : 2 mois
- **MDPH**
  - Demandes/an : 35. 647
  - Demandes adultes : 31.668
  - Demandes enfants : 3.979 (11%)
  - Associations conventionnées : CAF, CRAM, AFPA, Mutualité française

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**
  - 20 IDE
  - 6 médecins
- **Equipe pluridisciplinaire**
  - 3 médecins DDTEFP - 0,8 ETP
  - 7 médecins DDASS - 5,3 ETP
  - 1 AS EN
  - 1 médecin coordonnateur
  - 1 ergothérapeute
  - 3 AS
  - 2 IDE
  - 1 secrétaire

Constats

Personnes âgées

Organisation de l'évaluation:

- A **domicile**, les médecins étudient les dossiers (notamment les certificats médicaux) et effectuent la répartition entre les infirmières. Pour les 1ères demandes, la visite à domicile est systématique. Dans les autres cas, quand la situation le permet, un traitement sur dossier est possible. La visite repose sur une observation de l'activité réelle de la personne, par opposition à un simple questionnement : l'évaluateur doit pouvoir se rendre compte pratiquement du niveau d'autonomie de la personne dans les différents aspects de sa vie quotidienne (repas, toilette, etc.). Les infirmières disposent d'une fiche d'évaluation type (plus pointue que la grille AGGIR dans certains domaines, par exemple l'autonomie sensorielle) complétée par les outils suivants : MMA , MMS, planning des aides déjà mises en places. Le GIR de la personne n'est pas communiqué en fin de visite pour laisser le temps à l'évaluateur de réunir des informations complémentaires, le cas échéant. Les propositions du plan d'aide peuvent être élaborées au moment de la visite. A défaut, des réunions techniques sur les dossiers « complexes » sont organisées au sein de l'équipe. Le plan est ensuite transmis à la personne pour validation avant passage en commission.
- En **établissement**, les **médecins** du CG contrôlent sur place chaque établissement en moyenne tous les 2 ans et demi ou si la variation annuelle du GMP est > 5%. Lors de ces visites l'accent est mis sur la pédagogie envers les équipes des établissements afin d'harmoniser et de diffuser les « bonnes pratiques ».

Facteurs discriminants de l'évaluation:

- Le « **moment de la demande** »: La politique de prévention choisie par le CG met l'accent sur une 1ère évaluation approfondie, afin d'optimiser la gestion d'un volume de demandes important. En conséquence, les 1ères demandes font systématiquement l'objet d'un traitement complet, tel que détaillé ci-dessus. Pour les autres cas, le traitement sur pièce est préféré, si la situation s'y prête.
- La **situation sociale** de la personne: les évaluations étant exclusivement réalisées par des IDE, la dimension sociale peut ne pas être appréhendée de manière complète. Le CG mène pour cela une politique de formation continue de ses équipes sur ces aspects.

Personnes handicapées : adultes

Organisation de l'évaluation:

- Pas de visite à domicile de manière systématique
- La MDPH a contractualisé avec des associations pour qu'elles réalisent elles même les évaluations. Un contrôle du médecin coordonnateur est réalisé.
- Mise en place d'un plateau technique pour traiter les éléments d'aménagement de logement par exemple.
- L'évaluation est refaite tous les 3 ans

Facteurs discriminants de l'évaluation:

- Le handicap peut être un facteur différenciant dans le sens ou l'évaluation est réalisée par des associations spécialisées ou la MDPH fait appel à des compétences externes spécialisées (architecte, ergo, ...) notamment sur les personnes handicapées mentales
- Le contexte familial peut déterminer qui va participer à l'évaluation.

Personnes handicapées : enfants et adolescents

Organisation de l'évaluation:

- Un pôle expérimental a été mis en œuvre pour éviter le « trou » entre la prise en charge en tant qu'enfant et la prise en charge adulte

Facteurs discriminants de l'évaluation :

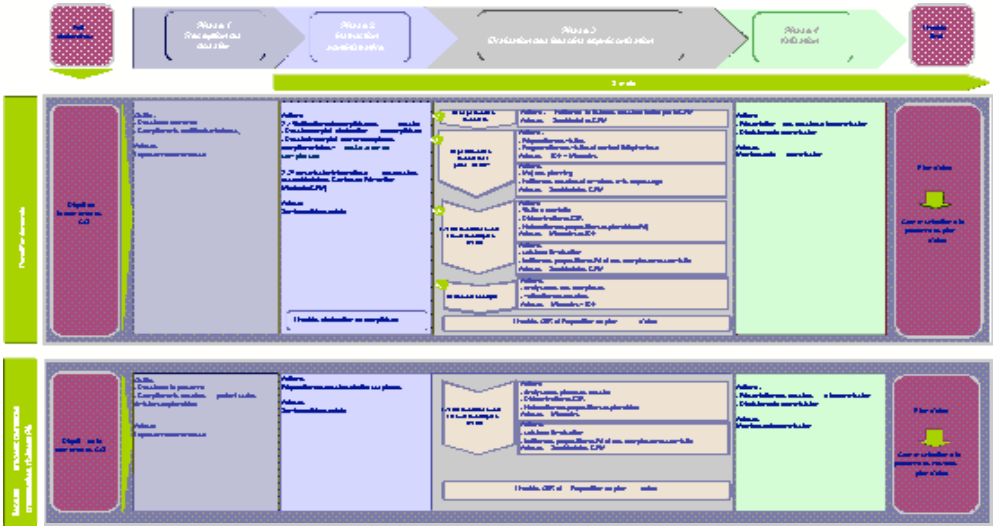
- Le moment de l'évaluation (1ere demande et renouvellement)

Etude qualitative des organisations – restitution du pilote 2 10 mars 2008

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Alpes-maritimes

ALPES-MARITIMES – 06 Traitement des demandes d'APA



Etude qualitative des organisations – restitution du pilote 3 10 mars 2008

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Ille et Vilaine

ILLE-ET-VILAINE 35

Chiffres clés

- **CG**
- demandes/an : 6 500 demandes d'APA domicile, dotation globale pour les APA établissement
- partenaires conventionnés pour réaliser des évaluations : 0
- Délai moyen/demande : 2 mois
- **MDPH**
- demandes/an : 15 000 demandes adultes hors PCH; 1 000 demandes PCH;
- Délai moyen/demande : non mesurable mais supérieur à 4 mois
- Partenaires conventionnés pour l'évaluation : CG, CRAM, MSA, ONAC, AFPA, ANPE, Réseau basse vision Rennes

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**
- 17 médecins territoriaux (évaluation APA et PCH aide humaine)
- 37 conseillers sociaux en gérontologie
- **Equipe pluridisciplinaire**
- 6 médecins généralistes : 1 médecin coordonnateur, 4 médecins secteur Adulte, un en secteur Enfance (4,5ETP)
- 4 médecins psychiatres (2,5ETP)
- Un psychologue
- Un ergothérapeute
- 2 assistants sociaux
- 1 référent scolaire
- 1 référent insertion pro
- 1 référent aides techniques

Constats

Personnes âgées

- **Organisation de l'évaluation**
- Toutes les demandes sont évaluées à domicile par un conseiller social en gérontologie (CSG) et un médecin. La **double évaluation est systématique;** les visites sont séparées et indépendantes (sauf cas où le CSG demande le GIRAGE établi par le médecin auparavant). Suite aux évaluations distinctes, l'équipe médico-sociale du secteur se réunit pour formuler le plan d'aide et valider le girage. Le CSG effectue alors une **deuxième visite à domicile pour présenter la proposition de plan d'aide** et la faire signer par la personne âgée. Le dossier est ensuite soumis en commission APA.
- Les **équipes médico-sociales étant organisées sur une base territoriale** (20 secteurs géographiques auxquels sont rattachés un médecin et 2/3 CSG), des réunions mensuelles entre corps de métier sont organisées (une pour les médecins, une pour les CSG) pour harmoniser les pratiques d'évaluation.
- Les médecins vont dans les EPAHD une fois par an de manière systématique pour valider les « girages » et mener une action d'amélioration de la qualité du suivi.
- **Facteurs discriminants de l'évaluation**
- **Double regard dans l'évaluation** de travailleurs sociaux spécialisés dans l'approche des personnes âgées et de médecins spécialistes de l'évaluation (ils sont également responsables des évaluations pour les demandes de PCH-aides humaines).
- **Proposition de plan d'aide bien distincte de l'évaluation** du fait de la deuxième visite à domicile du CSG.

Personnes handicapées : adultes

- **Organisation de l'évaluation**
- Pour les **demandes de PCH**, une cellule de tri (assurée par 2 médecins du CG) effectue un premier examen de l'éligibilité et les dossiers sont orientés vers des évaluateurs ou directement en équipe pluridisciplinaire en fonction du type de demande :
  - aide humaine : visite à domicile d'un médecin évaluateur du CG (17 médecins territoriaux du CG qui évaluent aussi les demandes d'APA)
  - aide technique : l'ergothérapeute de la MDPH recherche l'information auprès d'un ergothérapeute d'un établissement ou service ayant connaissance de la personne handicapé et le cas échéant effectue une demande à domicile
  - aménagement du logement : l'ergothérapeute de la MDPH se rend sur place
- L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation PCH est constituée de plusieurs médecins, de l'ergothérapeute, d'une assistante sociale et du référent aide technique.
- Pour les **demandes hors PCH**, le réseau de partenaires est sollicité et l'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels extérieurs et de la MDPH.
- **Facteurs discriminants de l'évaluation**
- **Dominante très médicale de l'équipe pluridisciplinaire**, héritage de la composition de l'ancienne COTOREP. L'évaluation est donc tout d'abord médicale.
- **Evaluation faite d'abord par rapport aux demandes formulées et non aux besoins**, du fait du manque de moyens humains : c'est la demande qui est traitée en premier.
- **Importance des partenaires dans l'évaluation** : la MDPH s'appuie fortement sur un réseau de partenaires conventionnés ou non (APF, services sociaux hospitaliers, centres de pré-orientation professionnelle). Seules les demandes de PCH-aide humaine font systématiquement l'objet d'une évaluation directe par un membre de la MDPH (visite médicale à domicile ou à la MDPH).

Personnes handicapées : enfants et adolescents

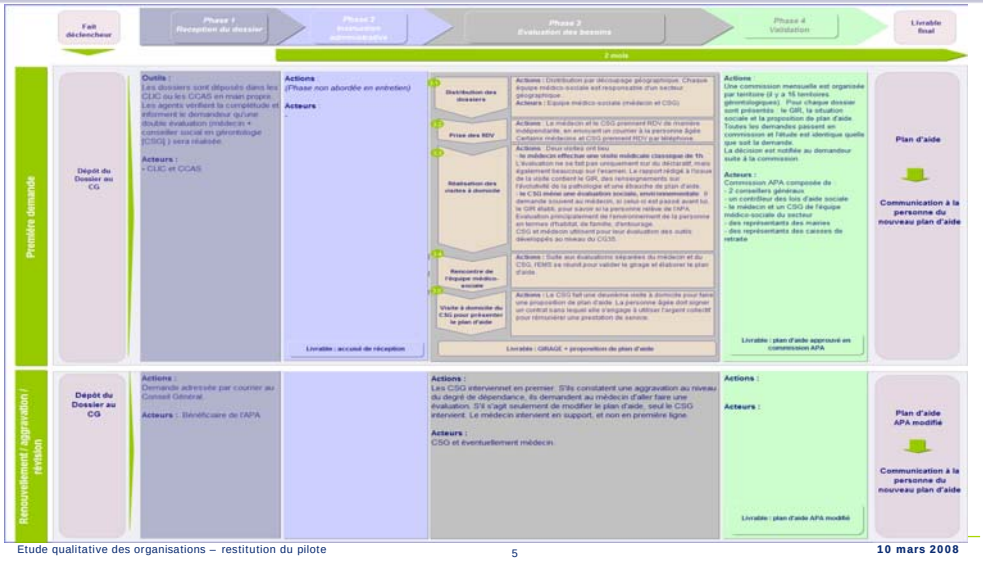
- **Organisation de l'évaluation**
- L'équipe pluridisciplinaire travaille en **coordination étroite avec les acteurs suivant l'enfant au quotidien** :
  - Le médecin généraliste du secteur enfance travaille sur pièce avec les services hospitaliers
  - Un psychologue travaille en coordination avec les psychologues scolaires
  - L'assistant social effectue des visites à domicile et fait le lien avec les parents
  - Le référent scolaire a un rôle important de lien avec les enseignants référents qui suivent la mise en œuvre des plans
- **Facteurs discriminants de l'évaluation**
- La capacité de l'équipe pluridisciplinaire à mobiliser et prendre en compte les observation d'un réseau d'intervenants autour de l'enfant est déterminante.

Etude qualitative des organisations – restitution du pilote 4 10 mars 2008

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Ille et Vilaine

ILLE-ET-VILAINE 35 – Traitement des demandes d'APA

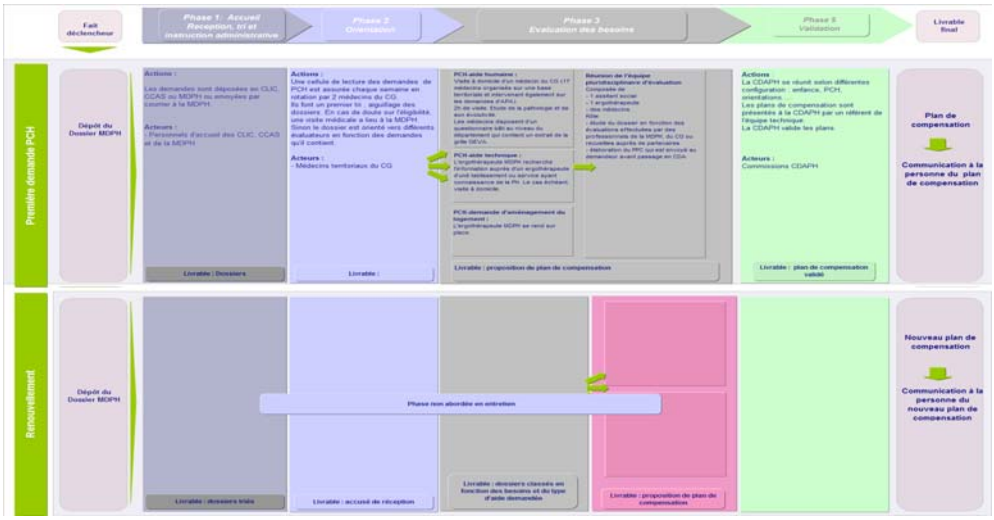


Etude qualitative des organisations – restitution du pilote 5 10 mars 2008

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Ille et Vilaine

ILLE-ET-VILAINE 35 – Traitement des demandes par la MDPH



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Indre et Loire

INDRE-ET-LOIRE 37

Chiffres clés

- **CG**
  - 8 300 personnes classées en GIR 1 à 4 fin 2005 (4 300 à domicile et 4 000 en établissement spécialisés)
  - partenaires conventionnés pour réaliser des évaluations : 0
  - Délai moyen / demande : 2 mois
- **MDPH**
  - demandes/an : 13 700 demandes adultes hors PCH; 560 demandes PCH; 4 700 demandes enfance
  - 30% des demandes de PCH sont rejetées
  - Délai moyen/demande : 4 mois en enfance/jeunesse, 4,5 mois en secteur adulte hors PCH, délai légal de 4 mois respecté pour la PCH (hors dossiers d'aide technique)
  - Associations conventionnées : MSA, CRAM, APF, Croix Rouge, SIADV, Epilepsie et travail

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**
  - 3 médecins
  - 5 assistantes sociales (réparties par secteurs géographiques)
- **Equipe pluridisciplinaire**
  - 4 médecins spécialisés par type de demande
  - 6 assistantes sociales
  - 2 ergothérapeutes
  - 10 enseignants référents (Education Nationale)

Constats

Personnes âgées

- **Organisation de l'évaluation**
- A **domicile**, l'évaluation est faite par une **assistante sociale**, qui dispose, si le médecin du CG le juge nécessaire, d'éléments de contexte issus du certificat médical (non obligatoire dans les textes, mais joint à 99% des demandes). L'évaluation dure 45min-1h. L'assistante sociale mène un entretien « bienveillant mais directif » sur la base d'outils développés au niveau du CG incluant la grille AGGIR. Au terme de l'entretien, une proposition chiffrée d'aide est communiquée à la personne âgée. Le dossier passe ensuite en équipe médico-sociale, composée de l'assistante sociale ayant fait l'évaluation et d'un médecin du CG. Le GIR et le plan d'aide sont validés par le médecin. Puis le dossier est soumis à la commission APA.
- En **établissement**, les **médecins** effectuent un **contrôle des girages moyens**, là où cette moyenne sur un an est supérieure à 5%. Les personnes âgées choisies de manière aléatoire sont girées par un médecin du CG accompagné d'un médecin de la Sécurité Sociale et de personnels de l'établissement (médecins et aides soignants).
- **Facteurs discriminants de l'évaluation**
- La **présence d'un tiers** peut avoir des effets secondaires non recherchés (impact sur la qualification des besoins, altération ou exagération d'un handicap). Elle est utile pour formuler les besoins et corriger les biais, indispensable dans le cadre de certaines pathologies mais nuisible quand la présence d'un tiers paralyse l'entretien. Ceci est vrai aussi bien en établissement qu'à domicile.
- Les **informations recueillies en amont** auprès des SSIAD, services d'aide à domicile, infirmières du secteur, médecins,..., notamment lors de réunions de secteur régulières, sont déterminantes. Elles nourrissent l'évaluation parallèlement aux informations recueillies lors de la visite à domicile.
- Le **nombre de demandes à traiter** par assistante sociale a un impact sur la façon dont est mené l'entretien d'évaluation : le temps consacré à l'évaluation est réduit et l'évaluateur doit aller à l'essentiel.

Personnes handicapées : adultes

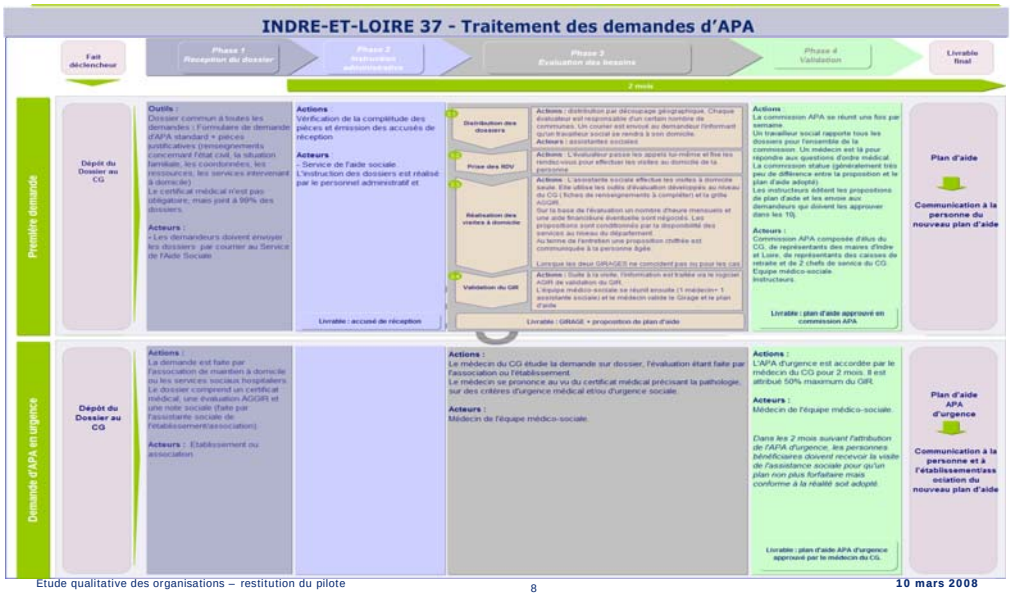
- **Au départ le regard est médical** : les dossiers sont affectés aux médecins en fonctions du type de demande. Puis le médecin oriente le dossier vers
  - une évaluation par un référent social et/ou ergothérapeute (s'il y a demande d'aide technique) pour les demandes de PCH,
  - une évaluation sur dossier pour les demandes de carte ou d'orientation.
- **Le référent social** mène son évaluation sur la base des indications données par le médecin MDPH et de la grille d'évaluation GEVA adaptée au niveau du département d'Indre et Loire. L'évaluation est l'occasion de proposer éventuellement d'autres aides si le référent voit émerger un besoin non exprimé (les demandes additionnelles devront alors être confirmées par écrit par la personne évaluée).
- **L'ergothérapeute** intervient après le référent social, en ayant pris connaissance de son évaluation. Il effectue au moins 2 visites : une d'évaluation (utilisation de la grille de bilan des incapacités GEVA dans sa version complète) et une ou plus pour les essais techniques. Pour les personnes en centre de rééducation ou accompagnées par des associations, les ergothérapeutes de la MDPH se basent sur les évaluations et essais effectués par ces organismes et font une évaluation sur dossier.
- **Facteurs discriminants de l'évaluation :**
- **Présence d'un tiers lors de l'évaluation** pour compléter le regard « social » du référent social chargé de faire l'évaluation pour l'attribution de la PCH-aide humaine et accompagner l'expression des incapacités et des besoins de la personne handicapée.
- **Accompagnement des demandeurs par des associations/établissements** : les évaluations des professionnels dans ces structures (le plus souvent non conventionnées avec le MDPH) peuvent se substituer à celles, directes, de la MDPH.

Personnes handicapées : enfants et adolescents

- Le dossier est directement inscrit en équipe pluridisciplinaire. **L'étude de la demande est collégiale, avec un quadruple regard**: sociologique, psychologique, éducatif/scolaire et médical. Lors de l'évaluation, l'ensemble de l'environnement est pris en compte, quelle que soit la nature de la prestation demandée. De même dans les recommandations, les propositions vont éventuellement au-delà des demandes formulées.
- La proposition d'aide n'est pas envoyée à la famille avant passage en CDAPH (en formation spécialisée Enfance-jeunesse), en raison de l'absence d'outil informatique adapté permettant de suivre les dossiers.
- Une **commission 16-25** a été **créée au sein de la MDPH 37**, pour traiter les demandes de cette tranche d'âge en sortant de l'étanchéité secteur enfance-secteur adultes. Cette création répond à une demande des parents de jeunes handicapés qui souhaitent éviter le passage, à 20 ans, d'un mode de fonctionnement à un autre sans transition, sans récupération de données.
- **Facteur discriminant de l'évaluation** : l'âge.

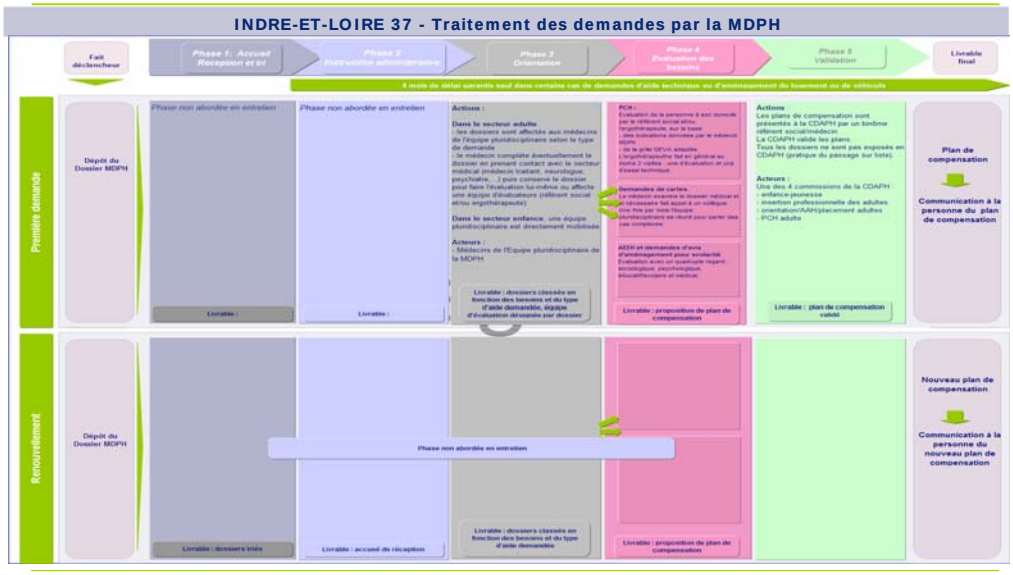
Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Indre et Loire



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département – Indre et Loire



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Marne

MARNE – 51

Chiffres clés

- **CG**
  - demandes/an : 32.000 (environ 18.000 APA domicile, 14.000 APA établissement)
  - partenaires conventionnés pour réaliser des évaluations : 0
  - Délai moyen/demande : 2 mois
- **MDPH**
  - demandes/an : 30.000
  - demandeurs/an :11.000 (dont 7500 adultes et 3500 enfants)
  - Délai moyen/demande : 80 jours (enfance-jeunesse), 94 jours pour les Adultes hors PCH
  - Associations conventionnées : MASA, CRAM/CPAM, SAMETH-AGEFIPH, Des gestes pour se comprendre, Permanence du Jard, AFM

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**
  - 3 assistantes sociales
  - 3 infirmières
- **Equipe pluridisciplinaire**

13 ETP :

- 5 médecins (mi-temps)
- 1 psychologue
- 3 assistantes sociales
- 2 conseillers économie SF
- 2 infirmières
- 2 ergothérapeutes
- 1 chargé d'insertion pro.
- 1 chargé d'insertion sco.

Constats

Personnes âgées

- **Organisation de la pratique d'évaluation :**
- A **domicile,** l'évaluation est faite **par une des évaluatrices (assistante sociale ou infirmière).** L'évaluation dure environ 2 heures et elle s'appuie entièrement sur la grille AGGIR. A la fin de l'évaluation, l'évaluatrice effectue une comparaison de ses résultats avec un « GIRage » qui a été établi en amont par le médecin traitant (demandé comme pièce obligatoire du dossier de demande d'APA). Si les résultats coïncident l'évaluation est considérée comme finalisée. Si les deux « GIRages » ne coïncident pas, une deuxième évaluation de la personne est réalisée par deux évaluatrices (généralement infirmière + assistante sociale).
- **Un compte-rendu d'évaluation** présentant la problématique de perte d'autonomie et la justification du « GIRage » établi est réalisé pour chaque cas évalué et présenté à un comité technique qui a lieu tous les mercredis. Le Comité valide les plans d'aide proposés d'un point de vue strictement administratif (plafonds de financement des aides allouées,...). **L'équipe ne dispose pas d'un médecin** (poste vacant depuis 18 mois), les évaluations ne sont donc pas validées d'un point de vue technique.
- **Une réunion mensuelle** a lieu entre les différents acteurs de l'évaluation des PA sur le département (services, CLIC, établissements). Ces réunions permettent d'analyser de manière croisée les cas difficiles et de décider de la **réalisation d'évaluations communes évaluateur EMS-évaluateur des établissements/services**
- En **établissement :** Par manque de moyens le CG n'est pas en mesure de visiter tous les bénéficiaires d'APA en établissement une fois par an. Seuls les cas particuliers dont le CG a connaissance sont revisités. Les évaluatrices de l'EMS essayent de maintenir un contact avec les associations/services pour d'avoir des remontées d'information et elles sont présentes au CG tous les lundi pour répondre aux appels téléphoniques des PA.
- **Facteurs discriminants de l'évaluation :**
- **L'outil :** la grille AGGIR détermine la conduite des évaluations. Elle est utile car elle permet de rendre homogène les pratiques, cependant elle ne s'adapte pas très bien à l'évaluation des besoins des PA présentant des H. mentaux (tels démences) et sensoriels (notamment le H. visuel).
- **La formation de l'évaluateur :** de manière générale le regard porté par les assistantes sociales est plus complet (conditions de vie, relations sociales,...) que celui des

Personnes handicapées : adultes

- **Organisation de la pratique d'évaluation :**
- Les évaluations se réalisent en deux temps. Premièrement, l'équipe pluridisciplinaire effectue un **tri sur dossier permettant d'identifier les évaluations nécessitant une visite à domicile** (**toutes les demandes de PCH + procédures d'urgence**). Par la suite les dossiers sont évalués différemment, en fonction du type d'aide demandée :**les demandes de cartes (stationnement, invalidité) sont évaluées sur dossier; les demandes de RQTH et d'orientation professionnelle sont évaluées par le SAMETH de l'AGEFIPH.**
- Les **évaluations de PCH** sont effectuées à domicile par une **assistante sociale et une infirmière**. **Lorsque des aides techniques ont aussi été demandées, la visite est réalisée par un ergothérapeute et une assistante sociale.**
- **Facteurs discriminants de l'évaluation :**
- La **charge de travail** influence de manière négative la qualité des évaluations (4000 dossiers en retard ont été transmis par la COTOREP lors de la création de la MDPH)
- Le **manque des moyens** peut influencer la qualité des évaluations (ex. la mise en place d'une équipe dédiée à l'évaluation de l'autisme serait souhaitable)

Personnes handicapées : enfants et adolescents

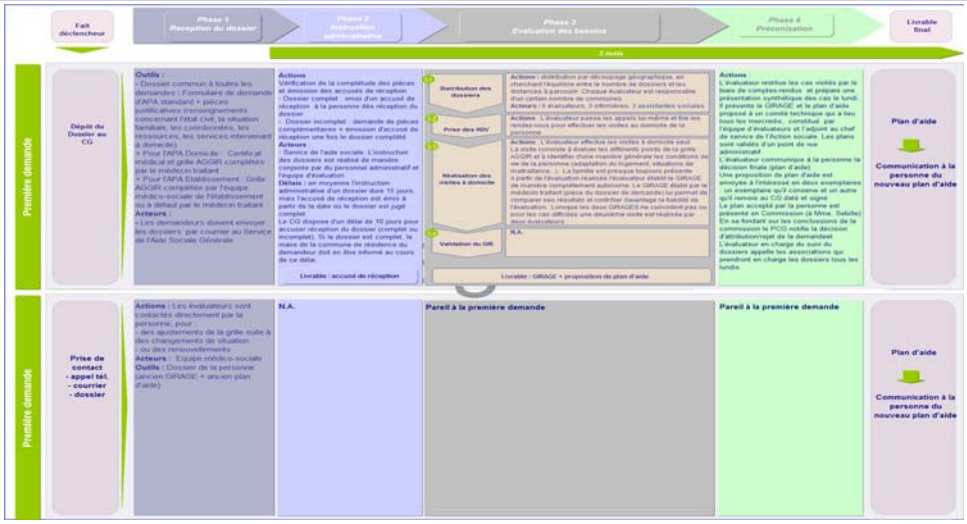
- **Organisation de la pratique d'évaluation :** En fonction du type d'aide demandé
- Les évaluations se réalisent en deux temps. Premièrement, l'équipe pluridisciplinaire effectue un **tri sur dossier permettant d'identifier les évaluations nécessitant une visite à domicile (procédures d'urgence**). Par la suite les dossiers sont transmis aux différentes commissions d'évaluation, organisées par type d'aide :
  - « Commission Locale d'Evaluation de l'Enfant » (enseignant référent, médecin psychiatre, représentant des établissements, représentant des services d'aide, représentant de l'hôpital pour enfants) : évalue les demandes d'**AEEH et d'orientation scolaire**. Les évaluations sont réalisées en présence de l'enfant et des parents. Se réunit une fois/mois.
  - Commission d'examen des **renouvellements d'inscription en établissement** : composée de représentants de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et des établissements. Cette commission examine sur dossier, à l'exception des cas difficiles pour lesquels les enfants et leurs parents sont convoqués.
- **Facteurs discriminants de l'évaluation :** Le **manque des moyens**. Il serait souhaitable de rencontrer systématiquement les enfants lors des évaluations des renouvellements)

Etude qualitative des organisations – restitution du pilote 10 **10 mars 2008**

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Marne

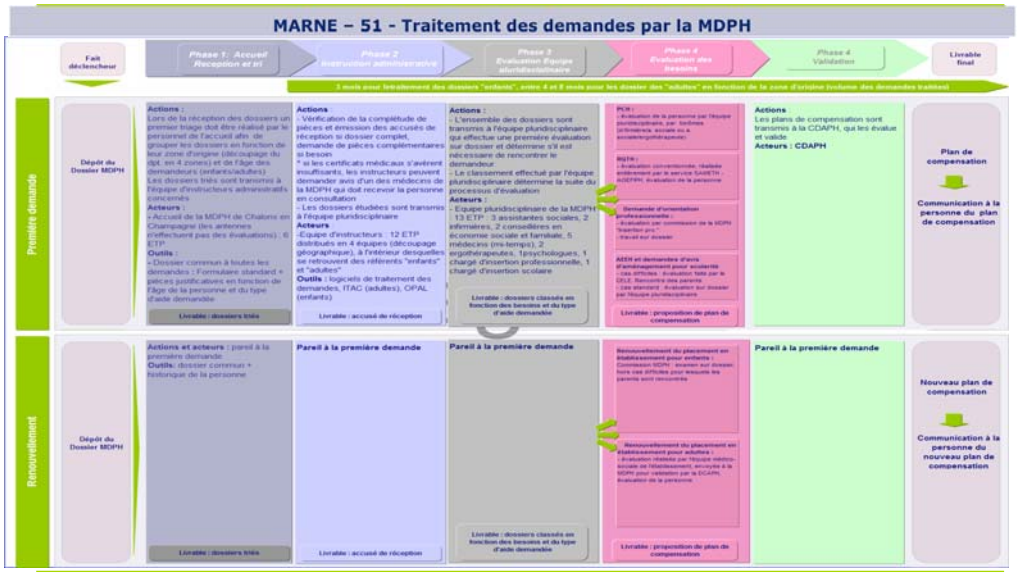
MARNE – 51 - Traitement des demandes d'APA



Etude qualitative des organisations – restitution du pilote 11 **10 mars 2008**

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Marne



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Sarthe

SARTHE - 72

Chiffres clés

- **CG**
- 9 700 personnes classées en GIR 1 à 4 fin 2007 (5 000 à domicile et 4 700 en établissements)
- 1 362 demandes reçues en 2007
- Partenaires conventionnés pour réaliser des évaluations : 0
- Délai moyen / demande : 2 mois

- **MDPH**
- Demandes/an : 9 902 demandes adultes hors PCH; 557 demandes PCH; 2 907 demandes enfance
- Entretiens / an : 900
- Délai moyen/demande : 7 mois en moyenne chez les adultes; 9 mois pour les 1ère demandes et 3 mois pour les renouvellements
- Partenaires conventionnés:
- L'ADAPT, Cap Emploi, CRP: évaluent « l'employabilité » dans le cadre des travaux de l'EP
- ADGESTI: évalue les

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**
- 18 assistantes sociales
- 3,5 médecins

(répartition géographique)

- **Equipe pluridisciplinaire**
- 3 médecins (2 à mi-temps)
- 1 psychologue
- 4 assistantes sociales
- 1 ergothérapeute
- 2 coordinatrices enfance
- 1 référent insertion prof.

Constats

Personnes âgées

Organisation de l'évaluation:

- A **domicile**, les évaluations sont généralement réalisées par les AS. Les médecins effectuent les évaluations pour les personnes présentant a priori des problèmes médicaux (repérés sur la base du certificat médical). L'évaluateur mène un entretien « libre » d'1h30 en moyenne, articulé autour de la grille AGGIR. Les médecins peuvent réaliser des tests supplémentaires (MMS). Les propositions du plan d'aide sont généralement élaborées au cours de la visite, sauf pour les cas « complexes » qui sont étudiés en instance technique (Médecin +AS). Le plan d'aide est ensuite transmis à la personne pour validation puis soumis à la commission (en cours de recomposition).
- En **établissement**, les **médecins** de l'EMS contrôlent chaque établissement une fois par an. Leur mission est double: vérifier le girage d'un échantillon de dossier tirés au sort et former les équipes des établissements aux « bonnes pratiques » en matière d'évaluation gérontologique. Des modalités de coordination avec la DDASS ont été mises en place en 2008, elles prévoient la validation mutuelle des contrôles effectués par chacune des équipes.

Facteurs discriminants de l'évaluation:

- La **présence d'un tiers** peut brouiller la perception de la situation par l'évaluateur mais se révèle nécessaire en cas de difficulté importante de compréhension ou d'expression de la personne évaluée.
- La « **complexité médicale** » de la situation de la personne évaluée influe sur le profil de l'évaluateur (médecin ou AS) et donc sur la démarche d'évaluation (les médecins ont tendance à focaliser l'évaluation sur la pathologie)
- La **disponibilité des réponses** peut impacter l'évaluation, l'évaluateur s'autocensurant pour ne pas formuler des propositions non compatibles avec les moyens du CG.
- Le **nombre de demandes à traiter** et le travail administratif qui en découle pour les AS limite le temps disponible pour l'évaluation proprement dite, qui doit de ce fait se

Personnes handicapées : adultes

Organisation de l'évaluation:

- Les dossiers sont répartis au cours de réunions auxquelles participent médecins, AS et référent insertion professionnelle, afin de déterminer les compétences nécessaires. Un entretien est réalisé avec la personne pour les demandes de PCH (à domicile par une AS généralement) et d'orientations professionnelles (à la MDPH par Cap emploi, le CRP, l'ADAPT, le référent insertion professionnelle, le médecin, selon les besoins), il s'articule autour de la grille GEVA. Le dossier est ensuite discuté lors de réunions de l'équipe pluridisciplinaire, à l'issue desquelles sont formalisées les propositions du plan de compensation. Des entretiens complémentaires peuvent être organisés pour adapter autant que possible le plan aux souhaits de la personne. Le plan est ensuite envoyé au demandeur pour validation avant de passer en commission.

Facteurs discriminants de l'évaluation:

- **Le type de demande formulée:** les demandes de cartes et allocations sont traitées sur dossier (essentiellement sur la base des documents fournis par le médecin traitant); les demandes de PCH et d'orientations font l'objet d'une analyse par l'équipe pluridisciplinaire selon la démarche décrite ci-dessus.
- **Le « moment » de l'évaluation**: Dans le cas d'un renouvellement, la procédure ne comprend pas systématiquement d'entretien avec la personne et s'appuie sur un bilan type établi par la structure de prise en charge.
- **La formation et l'expérience des professionnels** influent sur la capacité à appréhender la situation de la personne de manière globale, notamment en termes de cohérence avec la demande formulée.

Personnes handicapées : enfants et adolescents

Organisation de l'évaluation:

- Les dossiers sont répartis entre les deux coordinatrices qui organisent un entretien « libre » avec la famille et l'enfant en s'appuyant sur une fiche de synthèse type. Les dossiers sont ensuite présentés à l'EP par les coordinatrices pour analyse. Dans le cas d'enfants scolarisés, le dossier est présenté par le référent de scolarisation. Les propositions du plan sont formalisées puis transmises à la famille pour validation (et aux établissements concernés, le cas échéant) avant de passer en commission.

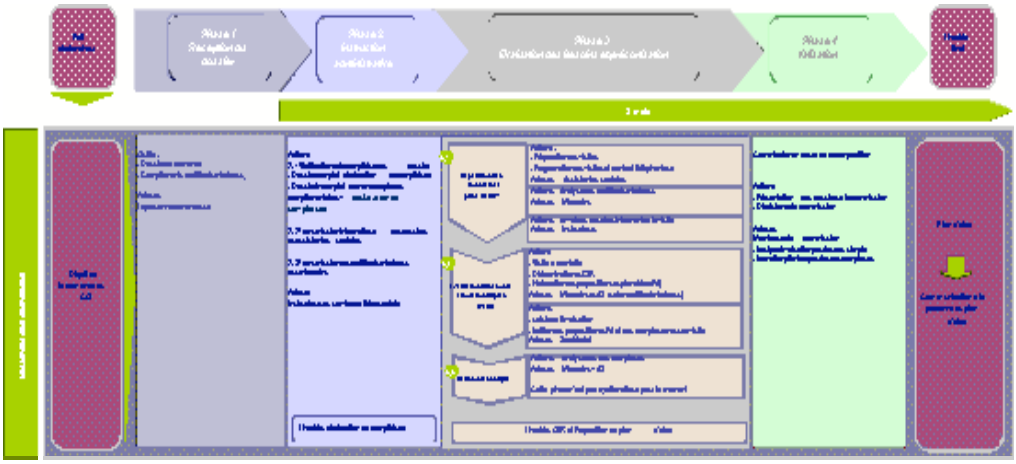
Facteurs discriminants de l'évaluation :

- **Le type de demande formulée:** les demandes de cartes et allocations sont traitées sur dossier (essentiellement sur la base des documents fournis par le médecin traitant)
- Le **« moment » de l'évaluation**: Dans le cas d'un renouvellement, la procédure ne comprend pas systématiquement d'entretien avec la famille et l'enfant et s'appuie sur un bilan type établi par la structure de prise en charge.

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Sarthe

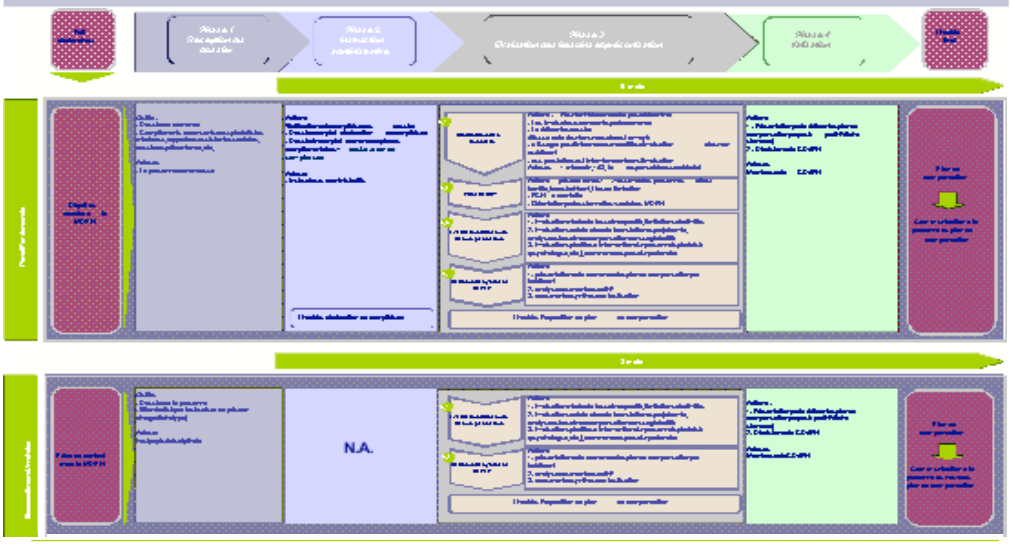
SARTHE - 72



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Sarthe

SARTHE - 72



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Vienne

VIENNE - 86

Chiffres clés

- **CG**
- 4.127 demandes en 2007
- 7733 allocataires au 31/12/07 (4290 APA domicile et 3443 APA établissement)
- Partenaires conventionnés : 8 CLIC
- **MDPH**
- 6346 dossiers étudiés en CDAPH en 2007
- 13818 décisions
- 2659 plans personnalisés de compensation

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**

3 médecins
Evaluateurs :
- 3 infirmiers
- 1 assistante sociale
- 6 administratifs

- **Equipe pluridisciplinaire**

1 médecin coordinateur (0,8 ETP)
6 médecins à temps partiel (3,5 ETP)
1 adjoint médico-social (infirmière)
3 infirmières (2,5 ETP)
3 ergothérapeutes
3 assistantes sociales

Constats

Personnes âgées

- **Organisation de l'évaluation :**
- **APA domicile. A l'exception des demandes d'APA en urgence,** étudiées sur pièces par un médecin, **toutes les demandes font l'objet d'une évaluation à domicile** par un évaluateur (infirmier, administratif ou assistante social). Les CLIC réalisent également des évaluations, mais uniquement dans le cas des demandes de renouvellement. **Les évaluateurs n'ont pas accès, avant de réaliser leur évaluation à domicile, à la partie médicale du dossier de demande d'APA**. Suite à la visite à domicile, l'évaluateur confronte, lors d'un entretien avec son médecin référent de l'EMS, son évaluation au dossier médical. L'objectif est de valider le GIR. L'évaluateur prépare ensuite le dossier qui sera présenté lors de la réunion de l'EMS (2 réunions par semaine). L'EMS valide le plan d'aide qui est alors transmis au demandeur.
- **APA établissement**. Tous les établissements du département sont visités chaque année par les médecins, afin de contrôler le GIRAGE. Selon la taille de l'établissement, soit ils étudient tous les résidents, soit ils n'examinent qu'un échantillon (échantillonnage réalisé via le logiciel GALADE).
- **Facteurs discriminants lors de l'évaluation :**
- La **connaissance des informations médicales en amont** est susceptible d'influencer l'évaluateur (empathie, anticipation des besoins futurs modifiant la vision du plan d'aide à proposer,...), d'où le choix fait dans le département de ne pas transmettre les informations médicales aux évaluateurs avant leur visite à domicile.
- La **présence d'un tiers lors de l'évaluation** peut rendre plus complexe l'évaluation (difficulté à aborder certains sujets intimes, difficulté à appréhender, notamment pour les couples, ce qui est réellement fait de manière autonome par la personne).

Personnes handicapées : adultes

- **Organisation de l'évaluation :**
- Il existe deux grands types de procédures d'évaluation, selon le type d'aide demandée.
- **Procédure simplifiée** (carte d'invalidité-priorité PH, renouvellement AAH, RQTH). L'évaluation est réalisée par le médecin, sans transmission à l'équipe pluridisciplinaire, avec une évaluation réalisée sur pièces ou sur la base d'une consultation à la MDPH. Les plans de compensation sont validés en CDAPH réduite.
- **Procédure complète** (orientation scolaire, orientation médico-sociale, orientation professionnelle, AAH et compléments, AEEH et compléments, PCH). L'évaluation est soit réalisée par le médecin, soit réalisée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire après passage en équipe diagnostic handicap. Les plans de compensation sont validés en CDAPH plénière
- **Facteurs discriminants lors de l'évaluation :**
- La **nature du handicap** : l'évaluation du handicap auditif dans le département ne suit pas les mêmes règles que celle des autres handicaps : il n'y a jamais de visite à domicile, sauf pour les incapacités supérieures à 50% qui peuvent prétendre à une aide humaine et technique.
- La **connaissance des réponses possibles au sein du département** pourrait constituer un biais. Les équipes s'efforcent donc de ne pas en tenir compte et de ne pas s' «auto-censurer » dans le plan d'aide proposé.

Personnes handicapées : enfants et adolescents

- Parmi l'équipe de 6 médecins, 2 médecins ne traitent que les dossiers **enfants.**
- **Pour la scolarisation,** l'évaluation peut-être réalisée par **l'enseignant référent**. Des outils ad hoc (AVS) ont été élaborés avec les enseignants.
- Il y a plusieurs **formations de l'équipe pluridisciplinaire**, dont une **formation « enfants »** associant des personnels de l'éducation nationale et des responsables d'établissements médico-sociaux, et une **formation « adolescents » (16-25 ans),** de composition non encore stabilisée.

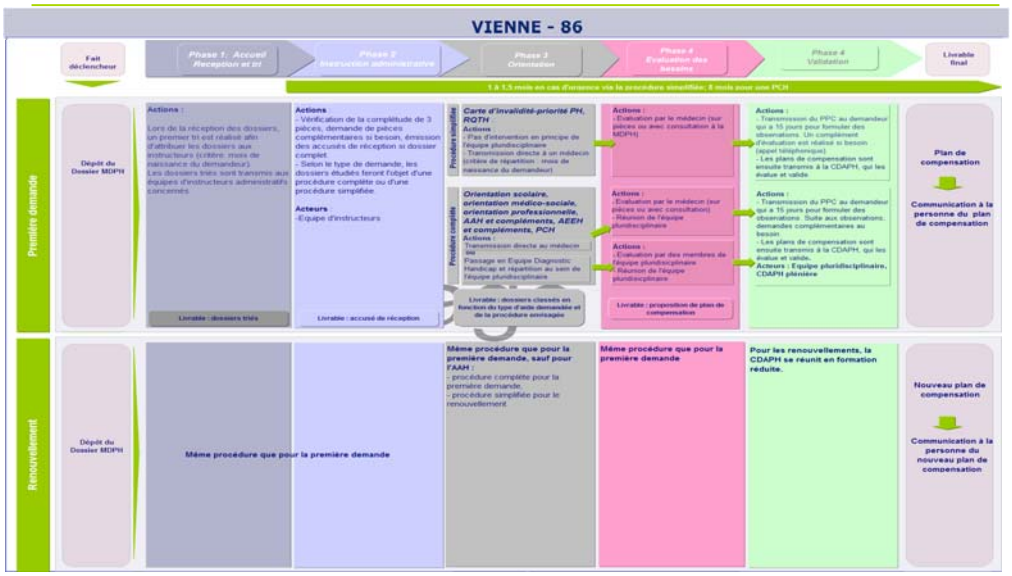
Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Vienne

VIENNE - 86

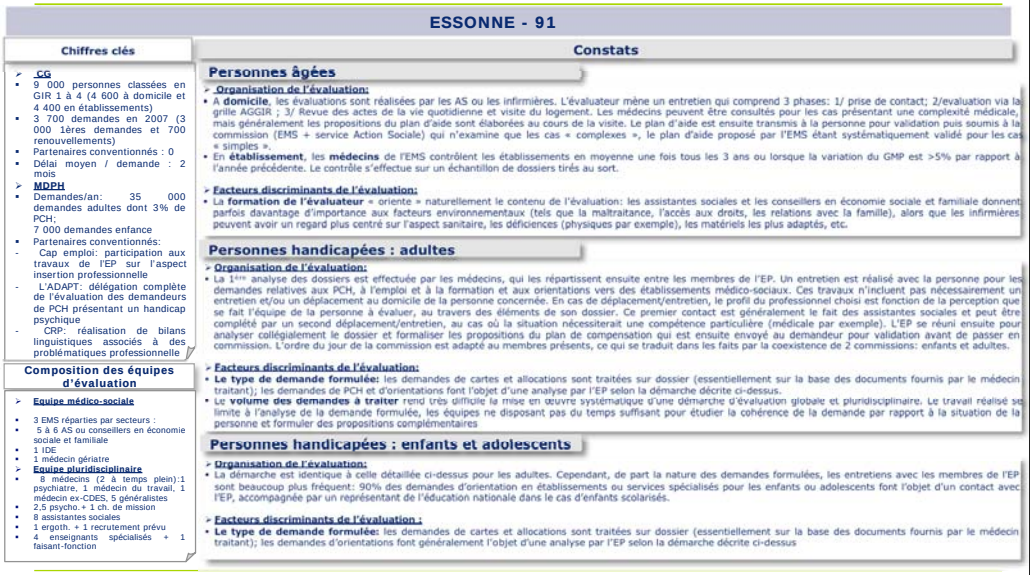
Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Vienne



Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Essonne



ESSONNE - 91

Chiffres clés

- **CG**
  - 9 000 personnes classées en GIR 1 à 4 (4 600 à domicile et 4 400 en établissements)
  - 3 700 demandes en 2007 (3 000 1ères demandes et 700 renouvellements)
  - Partenaires conventionnés : 0
  - Délai moyen / demande : 2 mois
- **MDPH**
  - Demandes/an: 35 000 demandes adultes dont 3% de PCH; 7 000 demandes enfance
  - Partenaires conventionnés:
  - Cap emploi: participation aux travaux de l'EP sur l'aspect insertion professionnelle
  - L'ADAPT: délégation complète de l'évaluation des demandeurs de PCH présentant un handicap psychique
  - CRP: réalisation de bilans linguistiques associés à des problématiques professionnelle

Composition des équipes d'évaluation

- **Equipe médico-sociale**
  - 3 EMS réparties par secteurs :
  - 5 à 6 AS ou conseillers en économie sociale et familiale
  - 1 IDE
  - 1 médecin gériatre
- **Equipe pluridisciplinaire**
  - 8 médecins (2 à temps plein):1 psychiatre, 1 médecin du travail, 1 médecin ex-CDES, 5 généralistes
  - 2,5 psycho. + 1 ch. de mission
  - 8 assistantes sociales
  - 1 ergoth. + 1 recrutement prévu
  - 4 enseignants spécialisés + 1 faisant-fonction

Constats

Personnes âgées

- **Organisation de l'évaluation:**
- A **domicile**, les évaluations sont réalisées par les AS ou les infirmières. L'évaluateur mène un entretien qui comprend 3 phases: 1/ prise de contact; 2/evaluation via la grille AGGIR ; 3/ Revue des actes de la vie quotidienne et visite du logement. Les médecins peuvent être consultés pour les cas présentant une complexité médicale, mais généralement les propositions du plan d'aide sont élaborées au cours de la visite. Le plan d'aide est ensuite transmis à la personne pour validation puis soumis à la commission (EMS + service Action Sociale) qui n'examine que les cas « complexes », le plan d'aide proposé par l'EMS étant systématiquement validé pour les cas « simples ».
- En **établissement**, les **médecins** de l'EMS contrôlent les établissements en moyenne une fois tous les 3 ans ou lorsque la variation du GMP est >5% par rapport à l'année précédente. Le contrôle s'effectue sur un échantillon de dossiers tirés au sort.

- **Facteurs discriminants de l'évaluation:**
- La **formation de l'évaluateur** « oriente » naturellement le contenu de l'évaluation: les assistantes sociales et les conseillers en économie sociale et familiale donnent parfois davantage d'importance aux facteurs environnementaux (tels que la maltraitance, l'accès aux droits, les relations avec la famille), alors que les infirmières peuvent avoir un regard plus centré sur l'aspect sanitaire, les déficiences (physiques par exemple), les matériels les plus adaptés, etc.

Personnes handicapées : adultes

- **Organisation de l'évaluation:**
- La 1ère analyse des dossiers est effectuée par les médecins, qui les répartissent ensuite entre les membres de l'EP. Un entretien est réalisé avec la personne pour les demandes relatives aux PCH, à l'emploi et à la formation et aux orientations vers des établissements médico-sociaux. Ces travaux n'incluent pas nécessairement un entretien et/ou un déplacement au domicile de la personne concernée. En cas de déplacement/entretien, le profil du professionnel choisi est fonction de la perception que se fait l'équipe de la personne à évaluer, au travers des éléments de son dossier. Ce premier contact est généralement le fait des assistantes sociales et peut être complété par un second déplacement/entretien, au cas où la situation nécessiterait une compétence particulière (médicale par exemple). L'EP se réuni ensuite pour analyser collégialement le dossier et formaliser les propositions du plan de compensation qui est ensuite envoyé au demandeur pour validation avant de passer en commission. L'ordre du jour de la commission est adapté au membres présents, ce qui se traduit dans les faits par la coexistence de 2 commissions: enfants et adultes.

- **Facteurs discriminants de l'évaluation:**
- **Le type de demande formulée:** les demandes de cartes et allocations sont traitées sur dossier (essentiellement sur la base des documents fournis par le médecin traitant); les demandes de PCH et d'orientations font l'objet d'une analyse par l'EP selon la démarche décrite ci-dessus.
- 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 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

Personnes handicapées : enfants et adolescents

- **Organisation de l'évaluation:**
- La démarche est identique à celle détaillée ci-dessus pour les adultes. Cependant, de part la nature des demandes formulées, les entretiens avec les membres de l'EP sont beaucoup plus fréquent: 90% des demandes d'orientation en établissements ou services spécialisés pour les enfants ou adolescents font l'objet d'un contact avec l'EP, accompagnée par un représentant de l'éducation nationale dans le cas d'enfants scolarisés.

- **Facteurs discriminants de l'évaluation :**
- **Le type de demande formulée:** les demandes de cartes et allocations sont traitées sur dossier (essentiellement sur la base des documents fournis par le médecin traitant); les demandes d'orientations font généralement l'objet d'une analyse par l'EP selon la démarche décrite ci-dessus

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Essonne

ESSONNE- 91

Processus type : Evaluation des besoins des personnes âgées dans le cadre de l'attribution de l'APA domicile

Fait déclencheur → *Phase 1 Instruction administrative* → *Phase 2 Evaluation des besoins* → *Phase 3 Préconisation*

Première demande

Dépôt du dossier CG

Acteurs : Division de l'Action Soc.
Outils : Dossier de demande d'APA
Processus : La Division vérifie la complétude des pièces et transmet le dossier à l'équipe médico-sociale
Délais :

Livrable : Dossier revu

Acteurs : Equipe médico-sociale
Processus : Les dossiers sont répartis entre les membres de l'équipe en suivant un découpage géographique, où chaque évaluateur est responsable d'un nombre déterminé de communes. Les évaluateurs prennent les RDV eux-mêmes et effectuent les visites à domicile seuls. Le médecin coordonateur de l'équipe n'est consulté que pour les cas complexes. L'évaluateur propose à la personne un plan d'accompagnement sur place

Livrable : GIRAGE et plan d'aide

L'évaluateur présente le GIRAGE et le plan d'aide proposé dans le cadre d'une Commission composée par des administratifs (Division Action Soc.) et l'équipe d'évaluateurs, seulement les cas difficiles sont examinés

La Commission valide le plan de compensation

Livrable final : plan d'aide validé

Renouvellement

Appel tél.

Acteurs : Equipe médico-sociale
Outils : Dossier de la personne (ancien GIRAGE + ancien plan d'aide)
Processus : Les évaluateurs sont contactés soit directement par la personne, soit par des établissement pour des cas difficiles

Livrable : rendez-vous pour réalisation de l'évaluation

Acteurs : Equipe médico-sociale
Processus : Les dossiers sont répartis entre les membres de l'équipe en suivant un découpage géographique. Les évaluateurs effectuent les visites à domicile seuls
Le médecin coordonateur de l'équipe n'est consulté que pour les cas complexes.
L'évaluateur propose à la personne le nouveau GIRAGE et un plan d'accompagnement sur place

Livrable : nouveau GIRAGE et nouveau plan d'aide

L'évaluateur présente le GIRAGE et le plan d'aide proposé dans le cadre d'une Commission composée par des administratifs (Division Action Soc.) et l'équipe d'évaluateurs, seulement les cas difficiles sont examinés

La Commission valide le plan de compensation

Livrable final : nouveau plan d'aide validé

Restitution de l'expérience pilote

Analyse par département - Essonne

ESSONNE - 91

Restitution de l'expérience pilote

Analyse interdépartementale : Processus type et écarts identifiés

Etape du processus	Constats partagés	Ecarts
1 **Dépôt des dossiers**	Deux modalités de dépôt des dossiers : personnelle, par courrier. Dans tous les cas analysés (équipes des MDPH et des CG) le dépôt des demandes par courrier ne fait l'objet d'un traitement que lors de la phase de renseignement administratif. En revanche, **le dépôt des demandes personnelles peut entraîner une phase de pré- évaluation et/ou d'accompagnement à la formulation des besoins au niveau de l'accueil**	• Dans les des équipes CCAS, des CLIC et des MDPH hébergeant des associations, les demandeurs sont fréquemment accompagnés pour renseigner leur dossier et/ou formuler leurs besoins et projets de vie. • **Les demandeurs qui ont été accompagnés au préalable par des associations semblent disposer de dossiers plus détaillés et argumentés**
2 **Tri des dossiers**	Suite à la réception des dossiers, **un tri est toujours opéré en fonction du type d'aide demandée**. Ce tri a trois finalités principales : 1. **Déterminer la recevabilité des demandes** : ce tri peut être effectué par un médecin ou par du personnel administratif. Les médecins peuvent étudier la justification médicale de la demande et prescrire des visites médicales en cas de doute (surtout dans le cas des équipes MDPH) 2. **Désigner la personne ou structure responsable de l'évaluation de la demande** : généralement à partir des profils « type » d'évaluateurs prédéfinis par type de demande et suivant un critère de découpage géographique du département 3. **Choisir les évaluations qui seront réalisées sur dossier**. Les évaluations des procédures d'urgence sont généralement faites sur dossier	• Les évaluations réalisées sur dossier ne sont pas communes à toutes les instances rencontrées : **la plupart des équipes des MDPH évaluent sur dossier les demandes de cartes (invalidité, stationnement),** mais quelques unes évaluent aussi les demandes d'orientation en établissement • Concernant les personnes âgées, **les renouvellements d'APA à domicile peuvent être l'objet d'une évaluation sur dossier dans certains Conseils généraux**.

Restitution de l'expérience pilote

Analyse interdépartementale : Processus type et écarts identifiés

Etape	Constats partagés	Ecarts
3 **Evaluation des besoins**	**Personnes âgées :** A quelques écarts près, **la démarche d'évaluation est identique dans tous les départements** : **les évaluations sont réalisées à domicile de manière systématique dans le cas des premières demandes sur la base de la grille AGGIR. Dans la majorité des départements visités cette grille est complétée par l'utilisation d'outils départementaux. Les évaluations sont en général réalisées par un travailleur social ou un infirmier.**	La mobilisation des compétences est différente d'un département à l'autre en fonction : • Du **nombre de personnes mobilisées** : un évaluateur, un binôme. Dans la plupart des cas les évaluations des besoins sont réalisées par une personne. • Les **compétences mobilisées** : Dans certains départements la première visite est complétée systématiquement par une visite médicale séparée. • La **durée des entretiens** : le temps consacré à l'évaluation peut varier de 45 min à 2 heures
	Personnes handicapées : Il existe **une grande diversité des pratiques d'évaluation**. Les principaux points de convergence sont : **Les évaluations des demandes de PCH avec aide humaine entraînent dans la plupart des cas la réalisation des visites à domicile** **Une participation importante des associations dans l'évaluation des demandes d'insertion professionnelle** **Les évaluations des demandes d'orientation scolaire pour les enfants/adolescents** réunissent un nombre important de professionnels de disciplines différentes (enseignant référent, psychologue/psychiatre, travailleur social). De ce fait ces évaluations **sont pour la plupart réellement « pluridisciplinaires »** **Les demandes de cartes (stationnement, invalidité) sont généralement évaluées sur dossier**	La mobilisation des compétences est différente d'un département à l'autre en fonction des éléments suivants : • **Le nombre de personnes mobilisées :** des commissions d'évaluation, des binômes… • **Le moment de l'évaluation :** quelques MDPH ont recours à des démarches multi-partenariales dans l'évaluation des demandes de renouvellement de PCH (ex. l'ergothérapeute fournit l'argumentaire et par la suite l'évaluateur de la MDPH se rend sur place)

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- Les pratiques d'évaluation sont **déterminées par les types de demande d'aide**, notamment en ce qui concerne :
  - les **modes d'évaluation** des besoins (sur dossier ou par entretien)
  - les **compétences mobilisées** pour réaliser les évaluations
- L'intensité des ressources mobilisées pour la conduite d'une évaluation dépend des **« moments » de l'évaluation**
- La **diversité des profils professionnels** détermine les approches des évaluations
- La **consultation des informations en amont** de l'acte d'évaluation peut influencer le résultat
- La **présence de tierces personnes** peut avoir une influence sur le déroulement et les modalités d'évaluation
- Les pratiques d'évaluation des personnes âgées sont très dépendantes des **outils mobilisés**
- Un **recours à des évaluateurs extérieurs** pour l'évaluation des demandes d'insertion professionnelle et/ou scolaire est observé
- De par la loi, les « girages » moyens faits en établissement doivent être contrôlés ; il apparaît que **les moyens consacrés aux contrôles dans les établissements sont faibles**
- Une **charge de travail lourde** qui peut pénaliser la qualité du processus d'évaluation.

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Les pratiques d'évaluation sont déterminées par les types de demande d'aide**
  - Il existe une grande diversité d'organisations pour le traitement des demandes d'aides d'une MDPH à l'autre et entre les différents Conseils généraux visités.
  - Cependant un constat majeur s'impose: **les pratiques d'évaluation sont déterminées par les types d'aides demandées et structurées en conséquence.**
    - L'évaluation des besoins des personnes handicapées : la totalité des MDPH visitées ont établi des « parcours type » de traitement des demandes en fonction des différentes prestations demandées.
    - L'évaluation des besoins des personnes âgées : les Conseils généraux rencontrés ont eux aussi établi des parcours standardisés d'évaluation des demandes d'APA.
  - Dans les deux cas, ces « parcours type» impactent les pratiques d'évaluation, et ce notamment à deux niveaux :
    - **Les modes d'évaluation des besoins (sur dossier ou par entretien)**
    - **Les compétences professionnelles qui seront mobilisées pour réaliser les évaluations**

Dans les Conseils généraux et les MDPH visités, le type de prestation demandée détermine les modalités d'évaluation réalisée.

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Les pratiques d'évaluation sont déterminées par les types de demande d'aide**

  - **Les modes d'évaluation des besoins**
    - **Dans le cas des demandes traitées par les MDPH**, le tri des dossiers en amont de leur transmission aux équipes d'évaluation est une pratique fréquente.
    - Dans la plupart des cas, ce tri différencie les évaluations qui seront réalisées par le biais d'un entretien direct avec la personne de celles qui seront réalisées strictement sur dossier.
    - Généralement sont traitées sur dossier les demandes de :

      - Cartes d'invalidité et de stationnement
      - Orientation en établissement scolaire ou professionnel
      - Renouvellement d'inscription en établissement
    - De facto, environ un quart des demandes (principalement la PCH) reçues par une MDPH donnent lieu à une évaluation avec la personne (rencontre directe avec des professionnels de la MDPH ou des associations conventionnées).
    - **Dans le cas des personnes âgées,** en revanche, 100% des premières demandes d'APA donnent lieu à une évaluation directe de la personne (un seul des Conseils généraux rencontrés autorise la réalisation d'évaluations sur dossier lors des renouvellements et pour certains cas seulement).

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Les pratiques d'évaluation sont déterminées par les types de demande d'aide**

  - **Les compétences mobilisées**
    - Les profils des professionnels qui sont mobilisés pour la réalisation des évaluations sont aussi différents selon les entités concernées. De manière générale nous avons identifié deux grands cas de figure :
      - **Les évaluations sur dossier,** sont réalisées à partir de l'examen des pièces. Dans ce cadre, le poids accordé au certificat médical émis par le médecin traitant est primordial dans le processus de décision.
      - **Les évaluations avec la personne** peuvent être organisées de deux manières différentes:

        -Soit à partir de profils « type » d'évaluation : selon le type de demande, un schéma de mobilisation des compétences a été prédéterminé. Par exemple :

        - Mobilisation des ergothérapeutes afin d'évaluer les demandes d'aide technique dans le cadre de la PCH.
        - Une des MDPH rencontrées mobilise des commissions d'évaluation organisées par type d'aide (l' enseignant référent, un psychiatre, un représentant des établissements et un représentant des services pour enfants se réunit une fois par mois pour évaluer exclusivement les demandes d'insertion scolaire);

        -Soit a partir d'une pré-évaluation sur dossier réalisée par un coordonateur (généralement médecin) qui détermine les compétences devant être mobilisées pour réaliser l'évaluation. Ce cas de figure est cependant moins fréquent.

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **L'intensité des ressources mobilisées pour la conduite d'une évaluation dépend des « moments »* de l'évaluation**

Les temps d'évaluation alloués

- Alors que les entretiens/visites réalisées à l'occasion des premières demandes durent entre 1H30 et 2H, les évaluations réalisées à l'occasion des renouvellements sont généralement plus rapides. L'avis des aidants (entourage, associations, prestataires des services, …) et l'historique de la personne facilitent alors la réalisation d'évaluations.
- Les évaluations de renouvellement d'APA des personnes âgées hébergées en établissement sont réalisées par les établissements eux-mêmes.
- En revanche, les évaluations de renouvellement d'aides pour les personnes handicapées (vivant à domicile ou en établissement) sont plus fréquemment réalisées par les MDPH.

Les compétences mobilisées

- Une distinction majeure est établie entre les différents moments d'évaluation
  - Lors des renouvellements, s'il y a réévaluation, les compétences mobilisées sont dans la plupart des cas identiques à celles utilisées pour les premières évaluations
  - Les aggravations, procédures d'urgence et recours demandent pour la plupart des cas un avis médical complémentaire.

** La catégorie « moment de l'évaluation » regroupe : les premières évaluations, les renouvellements, les révisions, les procédures d'urgence et les recours.*

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **La diversité des profils professionnels détermine les approches des évaluations**

- La formation professionnelle et l'expérience des évaluateurs semblent avoir une influence déterminante sur les pratiques
- L'ensemble des acteurs interviewés ont valorisé les pratiques favorisant la pluridisciplinarité, telles que les réunions d'équipe permettant d'échanger autour des cas difficiles. Toutefois la mise en œuvre de ces pratiques pluridisciplinaires se trouve limitée par l'insuffisance des moyens mise en avant par les structures.
- Bien que les compétences professionnelles mobilisées pour la réalisation des évaluations soient très diverses d'une institution à l'autre. On observe que :
  - **Les médecins** et les infirmières semblent focaliser leur approche sur la dimension médicale et technique des évaluations. Ce regard semble essentiel dans le cadre des évaluations de handicaps très importants ou de situations complexes.
  - **L'approche des travailleurs sociaux** est plus globale et s'intéresse à l'environnement social et familial de la personne. Ils accordent notamment une importance particulière aux conditions socio-économiques de la personne.
  - Seul un des Conseils Général rencontré a recours à des gériatres pour la réalisation des évaluations

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **La consultation des informations en amont de l'acte d'évaluation peut influencer le résultat**

  - L'accès par l'évaluateur à des informations sur la personne évaluée en amont de la première visite a été l'un des facteurs identifiés par les personnes rencontrées comme étant susceptible d'influencer la pratique d'évaluation
  - C'est une pratique utile car elle permet de nourrir les évaluations et de mieux comprendre la situation de la personne. A cet égard, les remontées d'informations par les services d'aides à domicile, le médecin traitant ou les services de soins médicaux à domicile (notamment dans le cas des personnes récemment hospitalisés) semblent particulièrement pertinentes.
  - Mais parallèlement, cette pratique peut aussi influencer le regard de l'évaluateur et biaiser son évaluation en focalisant son attention sur des aspects précis ou en faisant anticiper des besoins, au détriment d'une analyse globale de la situation.

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **La présence de tierces personnes peut avoir une influence sur le déroulement et les modalités dévaluation**

  - L'influence de la présence d'un tiers (entourage, aide à domicile, aide soignante d'un établissement, enseignant, …) sur la pratique d'évaluation semble indiscutable. C'est l'un des facteurs déterminants de la pratique qui a été le plus cité par les évaluateurs.
  - La présence d'un tiers semble **indispensable** pour évaluer les besoins des personnes présentant des handicaps très lourds, des handicaps mentaux avancés ou des difficultés d'expression.
    - Elle est **utile** lors de la formulation des besoins et l'évaluation du degré d'autonomie de la personne, car l'aidant peut fournir des précisions/compléments d'information précieux pour comprendre le type de dépendance et/ou les types d'aide nécessaires au quotidien. Ceci est particulièrement vrai lorsque la durée de l'entretien avec la personne est courte (45 min) et ne combine pas approche médicale et approche sociale.
    - Mais elle peut aussi **perturber** le déroulement de l'évaluation. A titre d'exemple, quelques difficultés citées par les évaluateurs
      - « difficulté à aborder des sujets intimes »
      - « difficulté à appréhender ce qui est fait de manière autonome par la personne » (notamment lorsque l'aidant est le conjoint de la personne)
      - « exagération/refus de certains aspects du handicap par la personne »

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Les pratiques d'évaluation des personnes âgées sont très dépendantes des outils mobilisés**
  - Les grilles d'évaluation utilisées jouent un rôle clé dans la mesure où elles structurent la démarche d'évaluation.
  - Cependant, la manière dont elles sont utilisées par les évaluateurs (suivi rigoureux, introduction d'adaptions et/ou compléments par l'évaluateur, …) ont des conséquences sur les pratiques réelles. A cet égard nous avons constaté :
    - Une influence déterminante de la grille AGGIR dans la manière dont sont conduites les évaluations des besoins des personnes âgées, du fait de l'obligation d'établir un « GIRage » de la personne.
    - Un recours significatif à des grilles/questionnaires développés par les MDPH, les Conseils généraux et/ou les établissements. Dans la plupart des cas ces outils ne se substituent pas aux grilles AGGIR et GEVA mais permettent de compléter/rendre plus synthétiques ces dernières.
    - Un usage partiel de la grille GEVA du fait de sa longueur si elle sert de fil conducteur lors d'un entretien.

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Un recours à des évaluateurs extérieurs pour l'évaluation des demandes d'insertion professionnelle et/ou scolaire**
  - L'articulation avec les autres acteurs de l'évaluation présents sur le territoire et les politiques de conventionnement sont aussi très diverses d'un département à l'autre
  - **Des pratiques partenariales :**
    - Le conventionnement d'associations/établissements pour la réalisation d'évaluations pour le compte de la MDPH est un pratique fréquente, alors qu'elle est pratiquement inexistante dans le cas des Conseils généraux (seul un des CG interviewés a conclu des conventions pour la réalisation des évaluations des demandes de renouvellement d'APA à domicile par les CLIC).
    - Ainsi, le conventionnement d'associations pour la réalisation d'évaluations de demandes de RQTH et d'orientation professionnelle est systématique. Les MDPH rencontrées ont indiqué avoir recours à cette pratique car elles considèrent ne pas disposer des compétences et de l'expérience nécessaires pour évaluer ce type de demandes. La présence locale d'acteurs nationaux expérimentés et dont la légitimité est reconnue (notamment Cap Emploi) justifie davantage le recours à cette pratique.
    - L'externalisation des évaluations de PCH est beaucoup moins fréquente, mais quelques MDPH y ont recours.
  - **Des pratiques multi partenariales**
    - Pour les autres types de demandes (hors PCH) quelques MDPH sollicitent les associations pour contribuer à la réalisation des évaluations sans pour autant externaliser l'ensemble du processus (ex. l'AFM pour aider les personnes à remplir les dossiers de demande d'aide, ou des associations pour handicapés auditifs pour « traduire » à la langue des signes).

Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Le contrôle des établissements reste faible**

  - L'obligation légale de visiter les établissements une fois par an pour effectuer des contrôles du GMP est partiellement respectée par certains Conseils généraux. Le manque de moyens humains pour la réalisation de ces visites est invoqué comme frein important au suivi effectif des personnes. Sur les sept Conseils généraux rencontrés, deux ne réalisent des visites en établissement que lorsque des informations particulières leur sont remontées. Pour deux autres, les visites sont effectuées tous les deux/trois ans. Toutes les personnes ne sont pas systématiquement réévaluées (choix par sondage).
  - Le suivi des personnes handicapées vivant en établissement repose sur les échanges établis entre l'équipe pluridisciplinaire et les différentes associations/services présents sur le département, ce qui entraine une hétérogénéité des pratiques. De manière générale le suivi des personnes vivant en établissement par les MDPH est faible, leur intervention finalisant dans la plupart des cas avec la formulation des plans de compensation. Les échanges d'information entre les MDPH et les associations concernant les évaluations faites par les établissements ou par les aides à domicile sont peu fréquents.
  - Néanmoins, le fait que les changements de situation de la personne (aggravation,…) suscitent des demandes de réévaluation permet de rendre compte des cas les plus « lourds ».
  - Pour les demandes d'aides concernant l'orientation professionnelle et scolaire l'articulation des MDPH avec les associations/établissements est plus importante du fait de la participation de ces acteurs dans les commissions d'évaluation.

2 – Restitution de l'expérience pilote

Les principaux enseignements du pilote

- **Une charge de travail lourde qui peut pénaliser la qualité du processus d'évaluation**

  - Les responsables rencontrés s'accordent sur la nécessité d'enrichir les évaluations par le recours à une approche pluridisciplinaire. Deux faits majeurs semblent cependant rendre difficile l'organisation des évaluations :
    - **Les retards dans le traitement des dossiers** : les MDPH rencontrées ont évoqué la difficulté que représente pour eux le fait de concilier une importante charge de travail et des évaluations de qualité. C'est en particulier très net pour les MDPH qui ont « hérité » des dossiers en retard des anciennes COTOREP.
    - **La qualité des évaluations est déterminée par l'intensité des moyens que la structure peut mobiliser :** il est entendu que les départements disposant de moyens importants (rapport entre le nombre d'évaluateurs et le nombre de dossiers) évaluent de manière plus approfondie , notamment par la réalisation de plusieurs visites (par exemple, une visite médicale, une évaluation de l'environnement par un travailleur social et une troisième visite pour présenter le plan d'aide) et par la mise en place des commissions d'évaluation plus spécialisées.

ANNEXES

Entretiens réalisés au cours de la phase pilote

Département	Institution	Acteurs interviewés
Alpes maritimes 06	CG	Dr. Jocelyne Sacs, Chef de service actions de santé en faveur des adultes
		Dr Michèle Dalfin, Responsable de section personnes âgées à domicile
	MDPH	Dominique CUNAT, médecin coordonateur MDPH
	IME Les Terrasses	*L'entretien aura lieu le 13 mars*
	IES Clément Ader	*L'entretien aura lieu le 13 mars*
Ille-et-Vilaine 35	CG	Dr. Leguen, Responsable des actions médico-sociales (Dir. PA/PH)
		Dr. Courtel, EMS
		Dr. Dubourg, EMS
	MDPH	M. Hervé Duperron, Directeur
		Dr. Daniel Gendron, Médecin coordonnateur de l'Equipe pluridisciplinaire
		Mme. Véronique Le Pallec, Référente aides techniques de l'équipe pluridisciplinaire
	SESSAD Henri Matisse	M. Jean-Luc Herry, Directeur
		Dr. Sylvie Brau, Médecin
		Béatrice Hure, Ergothérapeute
	SAMS APF 35	Mme. Trehen, Directrice
	AFPA 35	Mme. Catherine Kermoal, Psychologue du travail
Indre-et-Loire 37	CG	Mme. Briet, Directeur secteur personnes âgées/personnes handicapées
		Mme. Claudine Boulier, Chef de service aide sociale PA/PH
		Mme. Frédérique Thevenot, Service action sociale PA/PH
		Mme. Caroline Fillon, Assistante sociale - Mission APA
		Mme. Marie-Laure Signoret, Médecin
	MDPH	Mme. Mounier, Directrice
		Dr. Mocquet, Médecin
		Mme. Mathilde Gaudron, Ergothérapeute
		M. Jacques Ernou, Responsable du secteur enfance
		Mme. Christine Ulivi, Référente sociale
		Mme. Odette Barais, Référente sociale
		Mme. Muriel Debus, référente insertion professionnelle
	FAM - Institut du Mai	Mme. Bourbonnais, Directrice
		Responsable de l'quipe soignante
		Formatrice à la gestion du temps
		Formatrice à la gestion du budget
		Ergothérapeute
	IEM Charlemagne	*L'entretien aura lieu le 13 mars*

Entretiens réalisés au cours de la phase pilote

Département	Institution	Acteurs interviewés
Marne 51	CG	Mme. Chantal Sebille, Chef du service de l'aide sociale générale
		Mme. Claire Kaucic, Adjointe au chef de service de l'ASG
		Mme. Jennifer Backler, Assistante sociale - EMS
		Mme. Christine Maillot, Assistante sociale - EMS
		Mme. Sthéphanie Tabac, Assistante sociale - EMS
		Mme. Caroline Branchot, Infirmière - EMS
		Mme. Catherine Lemaire, Infirmière - EMS
	MDPH	Mme. C. Nonain, Directrice
		M. Chatel, Sécrétaire général délégué
	CLIC de Châlons-en-Champagne	M. Gilles Debar, Directeur
		Mme. Aurélie Hory, Evaluatrice
	Associations de services d'aide à domicile	Mme. Claire Duguit, Directrice générale
		Mme. Sandrine Morlet, Coordinatrice générale de secteurs
	Cap Emploi	*L'entretien aura lieu le 17 mars*
Sarthe 72	CG	Mme. Françoise Nguyen, Directeur des personnes âgées/personnes handicapées
		Mme. Gisèle Contrain-Etrayen, Chef du service de l'aide sociale
		Dr. Guy Mboko, Responsable de l'équipe médicale polyvalente
		Mme. Marie-Paule Hiver, Assistante sociale
	MDPH	M. Jérôme Lacampagne, Directeur
		Mme. Charlotte Pottier-Hamonic, Coordinatrice du pôle enfance
		Mme. Marie-France Sale, Coordinatrice du pôle enfance
		Mme. Véronique Lallemant, Assistante sociale
	APAJH	M. Leduc, Directeur général
	IEM Léonce Malecot	*L'entretien aura lieu le 13 mars*
Vienne 86	CG	M. Christian Dubreuil, Directeur adjoint de la DISS
		Mme. Marion Adrault-David, Responsable du service prestations personnes âgées
		Mme. Valérie Benito-Garcia, Médecin conseil responsable du service médical
		Mme. Danièle Chevrier, Evaluatrice
		Mme. Laurence Auvinet, Evaluatrice
	MDPH	M. Jean-Marie Courtois, Directeur
		Mme. Carole Gaultier, Médecin coordonnateur
	EHPAD Lumières d'Automne	Mme. Catherine Bourgeon, Directeur
		M. Franck Girault, Médecin coordonnateur
		Mme. Valérie Chantal, Directrice-adjointe
	EHPAD Le Logis du Val de Boivre	M. Olivier Piroelle, Directeur
		Mme. Caillault, Directrice
		Dr. Illier, Médecin.
Essonne 91	CG	M. Stanislas Jacquey, Directeur des personnes âgées et des personnes handicapées
		Mme. A-M. Quiniou, Assistante sociale - EMS
	MDPH	M. Grollemund, Directeur
		M. Meyer, Coordonnateur
	ADAPT Evry	Mme. Secades, Directrice
		M. Lellouche, Directeur adjoint
	Foyer de vie Fondation Dassault	M. Pierre Rius, Directeur général
		Mme. Marie-Laurence Llob, Directrice adjointe de l'établissement de Corbeil
		Mme. Jacqueline Deze, Directrice de l'établissement de Corbeil

Étude qualitative des situations d'évaluation

Monographies sur la base d'entretiens avec les évaluateurs CG et MDPH et structures de suivi.

3 octobre 2008

©2008 Deloitte

Sommaire

Bref rappel de la méthodologie

2. Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

3. Détail des 124 monographies
   - Explications sur les modalités de renseignement des monographies
   - Monographies des situations d'évaluation

4. Base de données

©2008 Deloitte

1. Bref rappel de la méthodologie
Etude qualitative des situations d'évaluation (1/2)

- L'étude terrain des 124 cas a été menée sur 10 départements.

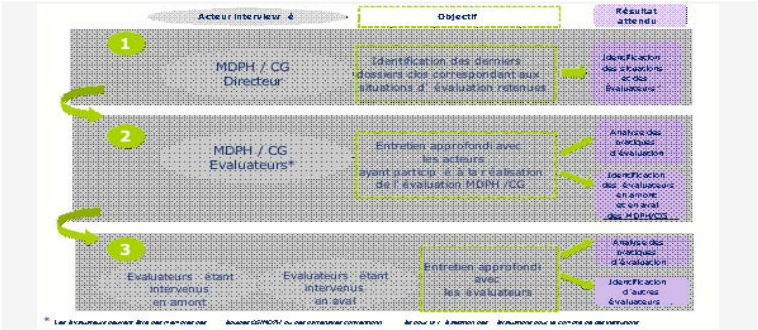
Alpes Maritimes	Vienne	Yvelines
Ille et Vilaine	Essonne	Seine et Marne
Indre et Loire	Gers	
Marne	Ardennes	

- Chaque cas a fait l'objet d'une monographie reprenant le parcours d'évaluation du demandeur.

- **Le choix des cas n'a pas vocation à être représentatif, mais illustratif.** Il a été fait de manière à couvrir une large quantité 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).

1. Bref rappel de la méthodologie
Etude qualitative des situations d'évaluation (2/2)

- **Restitution, pour chacun des cas étudiés, du processus d'évaluation suivi par la personne sur la base d'entretiens avec :**
  - Les évaluateurs des CG et des MDPH.
  - D'autres évaluateurs chargés de l'identification des besoins, de l'orientation (CLIC/CCAS) ou du suivi des personnes (structures d'aide à domicile, établissements de soins et médico-sociaux, structures du milieu scolaire adapté, …).



Sommaire

- Bref rappel de la méthodologie

2. Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

3. Détail des 124 monographies
   - Explications sur les modalités de renseignement des monographies
   - Monographies des situations d'évaluation

4. Base de données

 ©2008 Deloitte

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition en fonction du type de population

- **40 cas de PA et 84 cas de PH ont été étudiés.**
- Dans tous les départements sauf l'Essonne, les deux types de publics sont représentés (personnes âgées et personnes handicapées).
- Seuls 5 cas ont été étudiés dans le département d'Ille et Vilaine (département test). A l'inverse, 18 cas ont été étudiés en Indre et Loire.

Situations d'évaluation de PH étudiées

- **Des cas d'adultes et d'enfants ont été étudiés dans tous les départements à l'exception du département des Yvelines (pas de cas d'enfants)**.
- Le département du Gers présente un nombre important de cas d'adultes (adultes et PH vieillissantes) et le département d'Indre et Loire, un nombre important de cas d'enfants (enfants et petite enfance).

Les différents types de handicap étudiés par département

- **Pour les personnes âgées**: Seul le handicap psychique est représenté dans l'ensemble des départements. Les cas de handicap sensoriel sont peu représentés. Le département des Alpes-Maritimes présente les différents types de handicap.
- **Pour les personnes handicapées**: Les cas de plurihandicap et de troubles de langage ont peu été étudiés.

 ©2008 Deloitte

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Comparaison des situations d'évaluation étudiées par type de demande

- **Plusieurs types de demandes ont été étudiés dans tous les départements.**
- **Les situations d'évaluation étudiées présentent une importante représentation du nombre** de demandes de PCH aides humaines, d'AEEH et d'orientation pour les enfants (sur représentation des demandes d'AEEH dans le département l'Indre et Loire).

N.B. Les cas étudiés ne sont pas représentatifs du volume des demandes traitées par les CG et les MDPH

Comparaison des situations d'évaluation étudiées en fonction du moment de la demande

- **Pour les personnes âgées, les situations d'évaluation étudiées se caractérisent par une prédominance des premières demandes. Le Gers, l'Ille et Vilaine et les Yvelines ne présentent que des cas de premières demandes.**
- **Pour les personnes handicapées** les situations d'évaluation étudiées se caractérisent par une **prédominance des premières demandes** (sauf dans l'Ille et Vilaine). Les 3 moments de la demande ont été étudiés dans la majorité des départements (8 départements/10).

Comparaison des situations d'évaluation étudiées en fonction du type de structure de suivi

- **Pour les personnes âgées**, les situations d'évaluation étudiées se caractérisent par une majorité de cas suivis par une structure. Seul le département des Yvelines fait figure d'exception : les cas étudiés dans ce département ne sont suivis par aucune structure.
- **Pour les personnes handicapées**, tous les départements visités nous ont présenté des cas de personnes suivies par une structure.

©2008 Deloitte

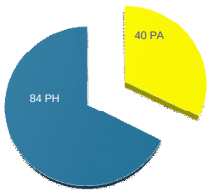
2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des cas étudiés par public

- Les situation d'évaluation ont été étudiées dans 10 départements.
- Par rapport à l'ensemble des cas étudiés , on peut noter que :
  - Dans tous les départements sauf l'Essonne, les deux types de publics sont représentés (personnes âgées et personnes handicapées) et le nombre de cas étudiés par département est compris entre 5 et 18.
  - Dans le département d'Ille et Vilaine, seuls 5 cas ont été étudiés. Cette sous représentation s'explique par la participation de ce département à la phase de test de la méthodologie 2.3. A l'inverse, 18 cas ont été étudiés dans L'Indre et Loire.

Comparaison des différents départements par nombre des cas et type de population

Département	Population		
	Personne âgée	Personne handicapée	Total
Alpes-Maritimes (06)	6	9	15
Ardennes (08)	4	10	14
Essonne (91)		6	6
Gers (32)	3	11	14
Ille-et-Vilaine (35)	3	2	5
Indre-et-Loire (37)	3	15	18
Marne (51)	4	8	12
Seine-et-Marne (77)	8	6	14
Vienne (86)	6	9	15
Yvelines (78)	3	8	11
Total	**40**	**84**	**124**



NB/ Base d'analyse: 124 cas.

©2008 Deloitte

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des situations d'évaluation

- La cartographie des situations d'évaluation a été construite en sorte de regrouper l'ensemble des critères présentés (hors le type de demande) dans une seule situation. Le tableau ci-dessous présente la composition de l'échantillon étudié par âge, département et type de situation étudiée.

Exemple : situation 99 = Pluri handicap + PA + vivant à domicile + suivie en accueil de jour/ foyer logement

Récapitulatif des situations de personnes âgées

Départements	Numéro des situations PA														
	87	88	89	90	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
Alpes-Maritimes (06)				1	1		1				1		1		1
Ardennes (08)					1				1		1			1	
Gers (32)	1							1		1					
Ille-et-Vilaine (35)		1	1						1						
Indre-et-Loire (37)		1							1		1				
Marne (51)		3						1							
Seine-et-Marne (77)		1	1						1	2		1	1	1	
Vienne (86)		1		2					1		1				1
Yvelines (78)						1				1				1	
Grand Total	**1**	**7**	**2**	**3**	**2**	**1**	**1**	**2**	**5**	**4**	**4**	**1**	**2**	**3**	**2**

• Au total, 55 situations d'évaluation différentes ont été étudiées.

• 40 situations d'évaluation différentes ont été étudiées pour les PH.

Récapitulatif des situations de personnes handicapées

Départements	Numéro de situations PH																			
	2	4	5	6	12	17	19	23	24	27	28	33	37	39	40	43	48	51	54	55
Alpes-Maritimes (06)				1	1											1				1
Ardennes (08)		1				1									1					
Essonne (91)			1							1										
Gers (32)								1			2					1				
Ille-et-Vilaine (35)																				
Indre-et-Loire (37)							1	1	1			1		2	1	1				
Marne (51)													1					1	1	
Seine-et-Marne (77)	1			1									1			1	1			
Vienne (86)	1		1			1											1			
Yvelines (78)			1																	
Grand Total	**2**	**1**	**3**	**2**	**1**	**2**	**1**	**2**	**1**	**1**	**2**	**1**	**2**	**2**	**2**	**4**	**2**	**1**	**1**	**1**

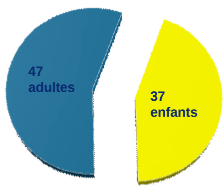
Départements	Numéro de situations PH (suite)																			
	59	61	65	66	69	73	74	75	79	83	103	104	108	111	113	117	119	123	124	129
Alpes-Maritimes (06)					1		1		1		1									1
Ardennes (08)						1		1	1		1				1			2		
Essonne (91)	1															2		1		
Gers (32)			1	1										1				1	3	
Ille-et-Vilaine (35)											1					1				
Indre-et-Loire (37)							1	1		1	1			1			1			1
Marne (51)	1			2									1				1			
Seine-et-Marne (77)																		1		
Vienne (86)		1														1	1	1	1	
Yvelines (78)				2								1	1					3		
Grand Total	**2**	**1**	**1**	**5**	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**1**	**4**	**1**	**2**	**2**	**1**	**4**	**3**	**9**	**4**	**2**

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des PH par âge

- Les situations d'évaluation étudiées dans les différents départements sont relativement hétérogènes. Nous pouvons observer que :
  - D'une façon générale, des cas d'adultes et d'enfants ont été étudiés dans tous les départements – à l'exception du département des Yvelines qui ne présente pas de cas d'enfants. En revanche, les cas de PH vieillissantes ont été plus rares.
  - **Le département du Gers présente un nombre important de cas relevant du pôle adultes**
  - **Le département d'Indre et Loire présente un nombre important de cas relevant du pôle enfants** (c'est-à-dire les cas des enfants et des petits enfants).
  - Le département d'Ille et Vilaine présente un faible nombre de cas.
  - **Enfin, les 3 catégories d'âge ont été étudiées dans la moitié des départements (Ardennes, Essonne, Gers, Seine et Marne et Vienne).**

Départements	Personnes handicapées			
	Adulte	Enfant	PH vieillissante	Total
Alpes-Maritimes (06)	4	5		9
Ardennes (08)	2	6	2	10
Essonne (91)	2	3	1	6
Gers (32)	6	1	4	11
Ille-et-Vilaine (35)	1	1		2
Indre-et-Loire (37)	4	11		15
Marne (51)	3	5		8
Seine-et-Marne (77)	4	1	1	6
Vienne (86)	4	4	1	9
Yvelines (78)	5		3	8
Total	**35**	**37**	**12**	**84**



NB/ Base d'analyse: 84 cas de PH.

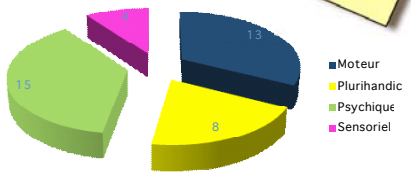
NB/ Base d'analyse : 10 départements. L'âge du demandeur est l'âge auquel la demande étudiée à été déposée.

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des cas de PA par type de handicap

PA

- La répartition des cas de personnes âgées par type de handicap diffère d'un département à l'autre.
- **Seul le handicap psychique est présent dans tous les départements.**
- Les cas de handicap sensoriel sont peu représentés dans l'échantillon de personnes âgées étudié.
- Le département des Alpes-Maritimes est le seul département qui présente les 4 types de handicap.



NB/ Base d'analyse: 40 cas de PA.

Distribution des cas des personnes âgées par type de handicap

Département	Type de handicap				
	Moteur	Plurihandicap	Psychique	Sensoriel	Total
Alpes-Maritimes (06)	1	2	1	2	6
Ardennes (08)		1	2	1	4
Gers (32)	1		2		3
Ille-et-Vilaine (35)	2		1		3
Indre-et-Loire (37)	1		2		3
Marne (51)	3		1		4
Seine-et-Marne (77)	2	3	3		8
Vienne (86)	3	1	2		6
Yvelines (78)		1	1	1	3
Grand Total	**13**	**8**	**15**	**4**	**40**

NB: Le tableau ci-dessus est une analyse reprenant les résultats obtenus sur 9 départements

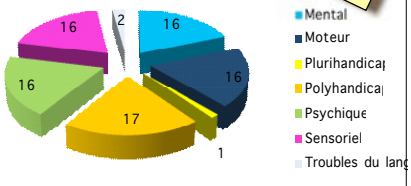
Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA 10 ©2008 Deloitte

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des cas de PH par type de handicap

PH

- Tous les types de handicap ont été étudiés au moins une fois. Par contre, aucun handicap n'a été étudié systématiquement dans tous les départements.
- **Tous les handicaps ont été étudiés environ 16 fois à l'exception des cas de plurihandicap et de troubles du langage qui sont très peu représentés dans l'échantillon.**
- D'une façon générale, le maximum de cas a été étudié dans l'Indre et Loire (15) et le minimum dans l'Ile et Vilaine (2). Ceci est dû au fait que l'Ille et Vilaine a été un département test et que 10 cas d'enfants ont été étudiés dans l'Indre et Loire.



NB/ Base d'analyse: 84 cas de PH.

Distribution des cas des personnes handicapées par type de handicap

Département	Type de handicap							
	Mental	Moteur	Plurihandicap	Polyhandicap	Psychique	Sensoriel	Troubles du langage	Grand Total
Alpes-Maritimes (06)	2			1	2	3	1	9
Ardennes (08)	2	2		3		3		10
Essonne (91)	1	1	1	1	2			6
Gers (32)	2	4		1	2	2		11
Ille-et-Vilaine (35)				2				2
Indre-et-Loire (37)	1	6		3	1	3	1	15
Marne (51)		1		2	3	2		8
Seine-et-Marne (77)	2	1			3			6
Vienne (86)	3			2	3	1		9
Yvelines (78)	3	1		2		2		8
Grand Total	**16**	**16**	**1**	**17**	**16**	**16**	**2**	**84**

NB/ Base d'analyse : 10 départements.

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA 11 ©2008 Deloitte

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des cas de PH par type de demande

- Dans tous les départements, plusieurs types de demandes ont été étudiés (un minimum de 6). Uniquement deux types de demandes différentes ont été étudiés dans le département d'Ille et Vilaine qui fait figure d'exception.
- La comparaison par type de demande nous permet aussi de constater :
  - Une importante représentation du nombre de demandes de PCH aides humaines, d'AEEH et d'orientation pour les enfants.
  - Une sur représentation des demandes d'AEEH dans le département d'Indre et Loire

Département	Type de demande																										
	ACTP	ACTP Carte d'invalidité	AEEH	AEEH Carte de stationnement	AEEH Carte de stationnement Complément foncier	AEEH Carte d'invalidité	APA	Carte d'invalidité	Orientation aides	Orientation enfants	Orientation prévues	PCH aide humaine	PCH aide humaine ACTP	PCH aide humaine Orientation aides	PCH aide humaine PCH adaptation logement	PCH aide humaine PCH aide technique	PCH aide humaine PCH aide technique PCH adaptation logement	PCH aide technique	PCH aide technique PCH adaptation logement	RQTH Orientation aides Complément foncier	RQTH Orientation prévues	PCH adaptation logement ACTP	ACTP Orientation enfants	RQTH Complément foncier	PCH aide humaine Carte d'invalidité	Grand Total
Alpes-Maritimes (06)			1							2	1	1				3		1								9
Ardennes (08)										4		2				2								1	1	10
Essonne (91)									1	2		2											1			6
Gers (32)	1	1					3								1		1	2			2					11
Ille-et-Vilaine (35)			1										1													2
Indre-et-Loire (37)			7	1	1	1				1		3	1													15
Marne (51)			1					1		3								3								8
Seine-et-Marne (77)	1	1							2	1	1															6
Vienne (86)	2		2				1					1						1	1			1				9
Yvelines (78)									3			2		2						1						8
Grand Total	4	2	12	1	1	1	4	1	6	10	2	11	2	2	1	5	1	7	1	1	2	1	1	1	1	84

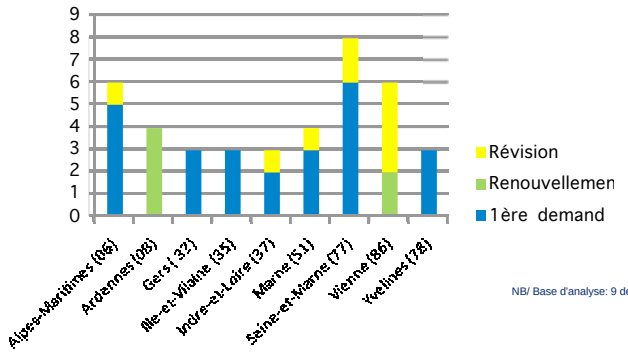
NB/ Base d'analyse: 10 départements. Pour chaque cas, plusieurs demandes ont pu être déposées.

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Répartition des cas de PA par moment de la demande

PA

- La majorité des situations d'évaluation étudiées pour les PA sont des premières demandes. Le Gers, l'Ille et Vilaine et les Yvelines ne présentent que des cas de premières demandes.
- Le département des Ardennes ne présente que des cas de renouvellement.
- Les demandes de révision sont présentes dans un peu plus de la moitié des départements (les Alpes Maritimes, l'Indre et Loire, la Marne, la Seine et Marne et la Vienne).



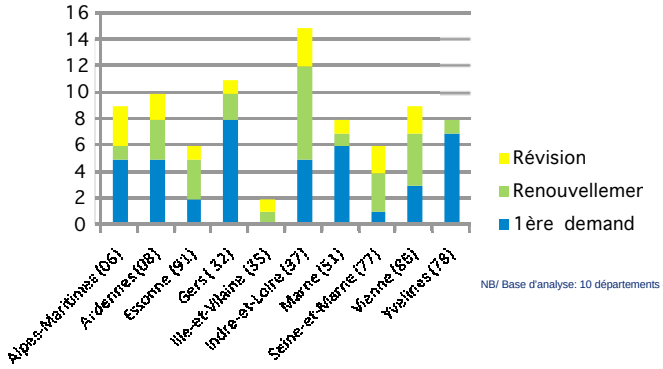
NB/ Base d'analyse: 9 départements et 40 cas de PA.

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

PH

Répartition des cas de PH par moment de la demande

- La majorité des situations d'évaluation étudiées pour les PH sont des premières demandes. Elle ont été étudiées dans l'ensemble des départements sauf dans l'Ille et Vilaine.
- Les demandes de renouvellement et de révision ont été étudiées dans l'ensemble des départements.



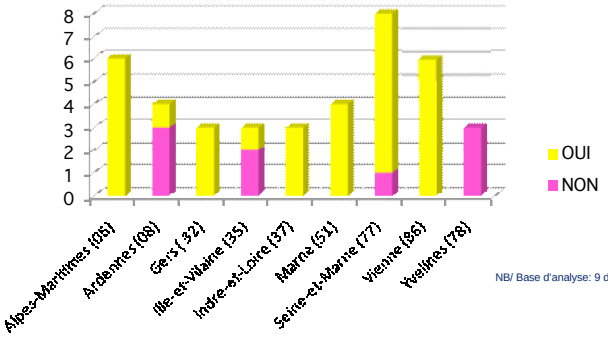
NB/ Base d'analyse: 10 départements et 84 cas de PH.

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

PA

Existence d'une structure de suivi pour les cas de PA

- Dans la quasi-totalité des départements visités, les personnes âgées sont suivies par une structure.
- 5 départements (Alpes Maritimes, Gers, Indre et Loire, Marne et Vienne) ne présentent que des cas de PA suivies par une structure.
- Le département des Yvelines fait figure d'exception : Aucun des cas étudiés dans ce département n'est suivi par une structure.

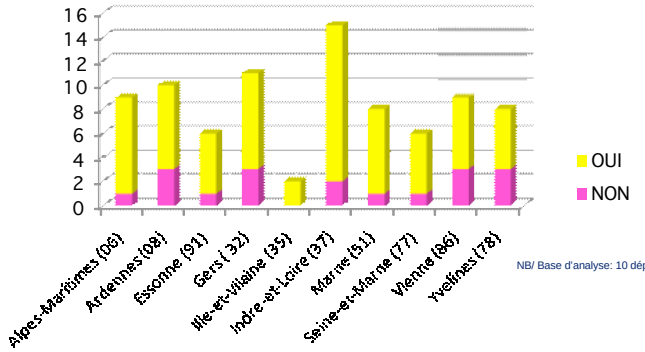


NB/ Base d'analyse: 9 départements et 40 cas de PA.

2. Synthèse : Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

Existence d'une structure de suivi pour les cas de PH

- Tous les départements de l'échantillon comportent des cas de PH suivies par une structure.
- Le département de l'Ille et Vilaine fait figure d'exception – Tous les cas de ce département ont été suivis par une structure.



NB/ Base d'analyse: 10 départements et 84 cas de PH.

Sommaire

Bref rappel de la méthodologie

2. Principales caractéristiques des situations d'évaluation étudiées

3. Détail des 124 monographies
   - Explications sur les modalités de renseignement des monographies
   - Monographies des situations d'évaluation

4. Base de données

Comment lire ce document ?

- **Ce document présente les principales explications sur les modalités de renseignement des monographies**

ITEM	EXPLICATION ET CATEGORIES DE REPONSE
Recherche d'informations complémentaires	*L'évaluateur a recherché, ou non, des informations complémentaires à celles qui lui avaient été transmises. Implique qu'il ait envoyé des courriers ou appelé les proches/ les autres acteurs du suivi de la personne* Catégories de réponse : - **Oui** - **Non** *N.B. Apparaît dans l'encadré « caractéristiques de l'évaluation » pour l'évaluateur CG/MDPH (« Recherche d'informations complémentaires en amont »).*

Pour chaque item les possibilités de réponse sont présentées en gras.

Cas x — *Situation N° xxx : xxx*

ITEM		EXPLICATION ET CATEGORIES DE REPONSE
Eléments personnels	**Age**	*De la personne évaluée.* Catégories de réponse : - **Personne âgée** *(60 ans et plus)* - **PH Vieillissante** *(PH de 60 ans et plus)* - **Adulte** *(20 à 59 ans)* - **Enfant** *(7 à 20 ans)*
	Type de handicap	Catégories de réponse : **Psychique, moteur, sensoriel, plurihandicap, polyhandicap, troubles du langage**
	Type de demande	Formulée au CG ou à la MDPH. Catégories de réponse : - **APA** - **PCH Aide humaine** - **PCH aide technique** - **PCH adaptation logement/véhicule** *Pour la PCH les volets demandés sont systématiquement détaillés* - **ACTP** - **AEEH** - **Orientation enfants** : *comprend les établissements de soins et l'orientation scolaire* - **Orientation professionnelle** - **Orientation établissement adultes** - **Carte d'invalidité** - **Carté de stationnement** - **Complément financier**
	Moment de la demande	*Demande formulée à la MDPH/ au CG.* Catégories de réponse : - **Première demande** : *La personne ne bénéficie pas d'un plan d'aide/d'accompagnement en cours dans le CG/ la MDPH et est connue pour la première fois par ces institutions.* - **Révision** : *La personne bénéficie déjà d'un plan d'aide/d'accompagnement qui est en cours mais elle souhaite soit le modifier, soit le compléter avec des nouvelles aides.* -**Renouvellement** : *Le plan dont bénéficie la personne va bientôt périmer, elle demande un renouvellement du plan.*

Cas x | *Situation N° xxx : xxx*

	ITEM	EXPLICATION ET CATEGORIES DE REPONSE
Elements environnementaux	**Milieu**	Catégories de réponse : **Rural** : *petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées).* **Urbain** : *ensemble, d'un seul tenant, de plusieurs aires urbaines et des communes multipolarisées qui s'y rattachent.*
	Lieu de Hébergement	*Où est domiciliée la personne ?* Catégories de réponse : **Domicile** *: les foyers logements sont considérés comme du domicile* **Etablissement** : *la personne n'a pas d'autre maison où elle rentre le week-end, etc. son chez-soi est l'établissement*
	Structure de suivi	*Qui assure le suivi de la personne ?* Catégories de réponse : **- Etablissement** : type d'établissement précisé, -**Structure de suivi à domicile :** type de structure précisé en utilisant les catégories génériques [Catégories possibles : **SAAD, SSIAD, AVS, SAMSAH, SESSAD, CRF, Foyer logement]** - - **Milieu scolaire ordinaire** -- **Milieu scolaire adapté** : type de structure précisé (CLIS, UPI,…) - **Milieu professionnel ordinaire** - **Milieu professionnel adapté** : type de structure précisé (ESSAT, Atelier protégé, …) -**Aucun** : la personne habite à domicile et n'est suivie ou est accompagnée juste par ses proches

©2008 Deloitte

Cas x | *Situation N° xxx : xxx*

	ITEM	EXPLICATION ET CATEGORIES DE REPONSE
	Mode d'évaluation	Catégories de réponse : - **Sur dossier** : la personne n'a jamais été rencontrée par les évaluateurs CG/ MDPH - **Rencontre** : la personne a été rencontrée en face-à-face. *N.B. S'il y a eu les deux la rencontre prévaut*
	Manière d'évaluer	*Comment est-ce que l'évaluateur CG/MDPH a vérifié le niveau de dépendance de la personne évaluée ?* Catégories de réponse : - **Sur du déclaratif** : l'évaluateur a juste posé des questions - **Observation** : l'évaluateur a demandé à la personne d'effectuer des mises en situation. *N.B. S'il y a eu les deux « l'observation » prévaut* -**NA :** pour les évaluations faites exclusivement sur dossier
	Présence d'un tiers (proche)	*Présence d'un proche de la personne. Les acteurs d'associations ou d'autres structures sont comptés comme des « autres évaluateurs » et ne sont pas renseignés ici* Catégories de réponse : - **Oui** -**Non**
	Recherche d'informations complémentaires	*L'évaluateur a recherché, ou non, des informations complémentaires à celles qui lui avaient été transmises. Implique qu'il ait envoyé des courriers ou appelé les proches/ les autres acteurs du suivi de la personne* Catégories de réponse : - **Oui** -**Non**
	Nb total d'institutions évaluatrices	Addition des institutions étant intervenues dans l'évaluation de la demande étudiée. *La clé d'entrée est l'institution. Si par exemple le CG a effectué trois évaluations par deux équipes différentes seule une institution est comptabilisée, car c'est toujours du CG qu'il s'agit.*

©2008 Deloitte

Cas x | *Situation N° xxx : xxx*

ITEM	EXPLICATION ET CATEGORIES DE REPONSE
Nb total d'évaluateurs	Addition du nombre total des personnes qui ont eu affaire à l'évaluation de la personne, toutes institutions confondues, même dans le cadre de réunions d'évaluation sur dossier.
Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH/ le CG	Addition du nombre total d'évaluateurs du CG/ de la MDPH qui sont intervenus. Entre parenthèses est précisé le nombre d'évaluateurs MDPH/CG ayant rencontré la personne pour leur évaluation.
Nb total de compétences	Addition de toutes les compétences différentes qui ont été mobilisées, toutes institutions confondues.
Dont nb total de compétences mobilisées par le CG/ la MDPH	Addition du nombre total de compétences différentes des évaluateurs du CG/ de la MDPH qui sont intervenus
Types de compétences	*Détail des compétences mobilisées, toutes institutions confondues.* Catégories de réponse : - **Médecin généraliste** - **Médecin spécialiste** - **Ergothérapeute** - **Infirmière** - **Kinésithérapeute** - **Psychologue** - **Travailleur social** : regroupe les assistantes sociales, les conseillers en économie sociale et familiale, les conseillers en gérontologie, les aides soignantes - **Enseignant spécialisé** : regroupe l'enseignant référent et tous les autres enseignants des établissements spécialisés ou du milieu scolaire adapté - **Spécialiste insertion professionnelle** : référent et professionnels des organismes d'insertion professionnelle - **Personnel administratif** : toutes les personnes exerçant une fonction administrative qui ne disposent pas de l'une des formations citées précédemment. - **Autres** : le reste, spécifié entre parenthèses (ex. orthoptiste, psychomotricien, ...)
Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Détail des compétences mobilisées par le CG/ la MDPH (**mêmes catégories utilisées ci-dessus)**

Cas x | *Situation N° xxx : xxx*

ITEM	EXPLICATION ET CATEGORIES DE REPONSE
Outils	*Outil utilisé par l'évaluateur CG ou MDPH pour conduire l'évaluation au moment de sa réalisation.* Catégories de réponse : - **AGGIR** - **GEVA** - **Outil maison** : Faits par le CG/ la MDPH, adaptations et compléments d'AGGIR et GEVA compris - **Guide barème** - **Autre** : spécifier entre parenthèses lequel - **Aucun** : l'évaluation a été conduite sur la base des questions sans faire appel à un outil particulier.
Modalités d'articulation entre acteurs	*Comment est-ce que les différents évaluateurs (soit les institutions évaluatrices identifiées) se sont mis en relation pour échanger autour du cas de la personne ?* Catégories de réponse : - **Transmission d'informations** - **Présence d'autres évaluateurs** : au moment de l'évaluation faite par le CG/la MDPH, présence d'évaluateurs des autres structures/établissements qui connaissent/suivent la personne - **Réseau formel** : des réunions de coordination/ échanges ont lieu de manière régulière et standardisée
Décision (CG)	Catégories de réponse : - **Acceptation** - **Refus** - **En attente**

Cas 2 — ***Situation N° 96 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSAD et SSIAD)***

Fiche d'identité du cas

Eléments personnels	**Age**	Personne âgée
	Type de handicap	Psychique
	Type de demande	APA
	Moment de la demande	Révision
Eléments environnementaux	**Milieu**	Rural
	Hébergement	Domicile
	Structure de suivi	SSIAD
Modalités d'évaluation	**Mode d'évaluation**	Rencontre
	Manière d'évaluer	Sur du déclaratif (interrogation de l'aidant)
	Présence d'un tiers (proche)	Oui
	Recherche d'informations complémentaires	Non
	Nb total d'institutions évaluatrices	4
	Nb total d'évaluateurs	11
	Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH/ le CG	2
	Nb total de compétences	6
	Dont nombre total de compétences mobilisées par le CG/ la MDPH	2
	Types de compétences	Médecin Travailleur social Infirmière Kinésithérapeute Psychologue ~~Autre (aide soignante)~~
	Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Médecin Travailleur social
	Outils	AGGIR
	Modalités d'articulation entre acteurs	Transmission d'informations Réseau formel Réseau informel
	Décision (CG)	Acceptation Présence autres évaluateurs

Points d'attention soulevés par le consultant

- Le rôle de coordination exercé par le Réseau gérontologique semble avoir contribué de manière importante à la forte pluridisciplinarité de ce cas et ceci à deux niveaux :
  - l'animation du réseau d'acteurs participant organisation et l'évaluation de ce cas (organisation de réunions pluridisciplinaires et échange systématique des informations)
  - la réalisation d'une évaluation gérontologique regroupant différentes compétences médicales et paramédicales.
- La forte coordination entre les acteurs du suivi et les évaluateurs a permis de faciliter la remontée d'informations au CG et de rendre l'évaluation globale :
  - les besoins n'ont jamais été exprimés par l'aidant de la personne, elles ont été anticipées par les évaluateurs
- L'absence de capacité d'expression de la personne semble avoir constitué la principale difficulté dans l'évaluation de ce cas :
  - les évaluateurs ont du s'adapter à l'avis de l'aidant alors qu'ils considèrent que les besoins de la personne sont insatisfaites (tous les acteurs ont été d'accord pour dire que le placement en établissement serait une meilleure réponse à la situation de la personne).

©2008 Deloitte

Cas 2 — ***Situation N° 96*** — ***Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSIAD et SAAD)***

Présention du cas étudié :
Département d'Indre et Loire, personne habitant en milieu rural.

Homme, 78 ans, vivant en couple, bénéficiaire de l'APA depuis juin 2006. La dernière évaluation s'est tenue dans le cadre d'une **demande de révision** du plan d'aide.

En 2006 la personne avait été hospitalisée. La personne présentait déjà une maladie d'Alzheimer et un état de santé fragile du fait de l'existence d'affections chroniques. Sa récupération à l'hôpital a été très lente et au bout de trois mois il a dû retourner à domicile sans être complètement guéri. **Le médecin traitant** a donc sensibilisé l'épouse de la personne sur la nécessité de trouver une aide à domicile. Dans ce cadre, l'épouse a contacté un **SSIAD**. Le SSIAD a aidé à remplir le premier dossier de demande d'APA et a trouver un SSAD. L'APA a été attribuée et la personne a été classée dans le **groupe Iso-ressources 1**.

Puis, la situation de **la personne s'est améliorée** et sa femme a demandé une **révision** du « GIRage » et du plan d'aide : **la personne a donc été reclassée groupe 2** et le plan d'aide a été réduit.

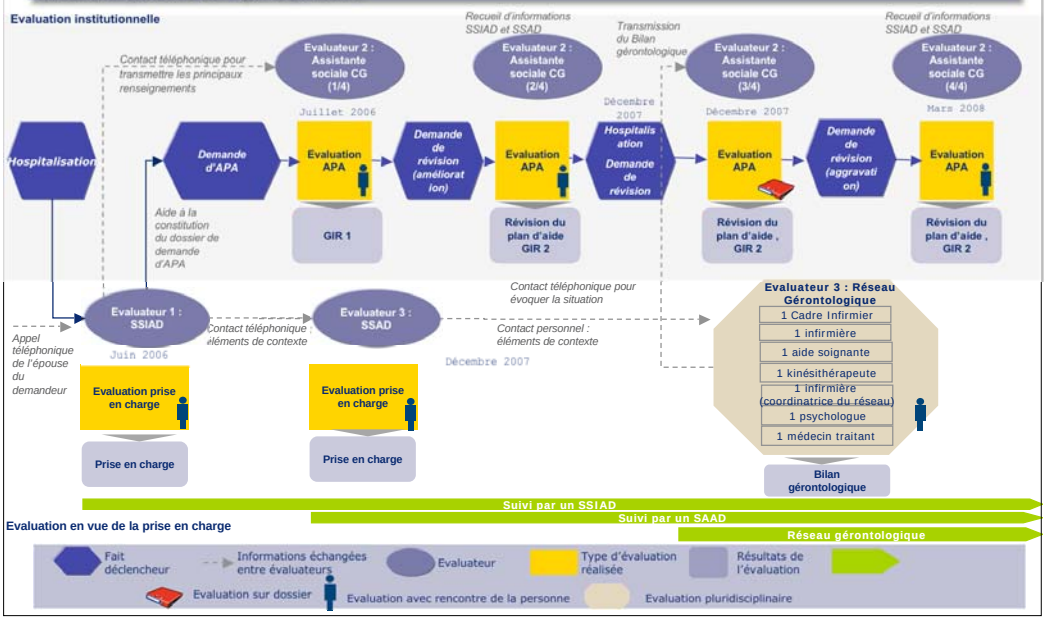
Peu de temps après, la personne a dû être ré-hospitalisée. Dans ce cadre, le Réseau gérontologique a réalisé un **bilan gérontologique** de la personne à l'hôpital. **L'évaluation pour l'APA a également été refaite,** le plan d'aide à été augmenté mais le « GIRage » n'a pas pour autant été revu. Un accueil de jour a aussi été incorporé au plan d'aide de la personne.

En dépit de la forte dépendance de la personne, l'épouse a toujours voulu assurer par elle-même la majeure partie de son suivi. Mais depuis quelques mois, la situation de la personne a continué à s'aggraver, empêchant désormais le recours à l'accueil du jour. **Les aides soignantes ont informé les responsables du SSIAD et du Réseau gérontologique que l'épouse paraissait très fatiguée (et risquait d'être maltraitante).** De ce fait, **une réunion du Réseau a été organisée au domicile de la personne.** Au cours de cette réunion, l'épouse a « craqué » et accepté de revoir le plan d'aide afin d'incorporer plus d'heures de soutien. Une demande de révision a donc été adressée au CG.

©2008 Deloitte

Cas 2 | **Situation N° 96** | ***Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSIAD et SAAD)***

Schéma du parcours suivi par la personne



Cas 2 | ***Situation N° 96 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSAD et SSIAD)***

Evaluateur 1 | **SSIAD**

Synthèse de l'évaluation

•**Origine et préparation de l'évaluation :** L'évaluatrice a été **contactée par l'épouse de la personne**, sur les recommandations du **médecin traitant,** qui avait conseillé la mise en place d'un accompagnement à domicile suite à la sortie de l'hospitalisation.

•**Evaluation :**
1° étape : appel téléphonique :
Dans le cadre d'un **appel téléphonique**, la responsable du SSIAD a effectué une **première évaluation de la situation de la personne dont l'objectif était d'établir si la personne relevait du type des soins mis en place par un SSIAD.** Cette évaluation a comporté :
- un bilan rapide avec l'aidant des **activités que la personne pouvait/ne pouvait pas faire, en suivant les différents items d'AGGIR ;**
- des questions concernant **le type de problématique médicale de la personne (s'agissait-il d'une problématique aigüe, chronique, ou nécessitant des hospitalisations fréquentes ?) ;**
- **une première estimation de la fréquence des soins nécessaires.**

Depuis le début **l'aidant a manifesté son intérêt pour** la mise en place certains soins (tels la toilette) auprès de son mari, mais elle ne voulait en aucun cas être complètement remplacée.
2° étape : visite à domicile :
Comme la personne relevait bien des soins du SSIAD, la responsable a effectué une **évaluation face-à-face, au domicile de la personne, en présence de la personne et de l'aidant**. Cet entretien a été aussi conduit sur la base de la grille **AGGIR.** Etant donné que la personne présentait déjà des problèmes de cohérence et de la mémoire, les **questions** ont été **posées à l'aidant.** En plus de l'évaluation de la dépendance l'évaluateur a aussi analysé **les besoins en termes d'aides techniques.**
Lors de cette évaluation la responsable du SSIAD a **détecté l'existence d'une certaine complexité** dans ce dossier du fait de la **combinaison d'une problématique médicale grave et évolutive de la personne et de la forte implication de l'aidant qui voulait assurer l'intégralité des aspects de la prise en charge, alors qu'il s'agissait aussi d'une personne âgée**. Elle a donc **identifié le besoin de mettre en place** le réseau gérontologique, dont **l'accompagnement pluridisciplinaire permet de mieux aider les aidants**.

•**Préconisation :**
La situation de la personne demandait la mise en place des soins le matin et le soir (se lever et se coucher). **Le manque de disponibilité du SSIAD pour effectuer le passage du soir a alors déterminé le recours à un SAAD**.
L'évaluatrice a également proposé les services du Réseau gérontologique qui au départ ont été refusés par l'aidant.
Le SSIAD a aidé par la suite l'aidant à remplir le dossier de demande d'APA.

•**Suivi :**
Les soins du SSIAD ont été mis en place, **la responsable du SSIAD a aidé à contacter le SAAD et à coordonner l'intervention des deux services. Elle a également parlé de la situation au responsable du Réseau gérontologique.**

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Première demande (après la sortie d'hospitalisation)
- **Nombre d'évaluateurs:** 1
- **Formation/fonction des évaluateurs** : Travailleur social de l'association.
- **Choix de l'évaluateur** : C'est toujours le responsable du SSIAD qui effectue les premières évaluations.
- **Informations disponibles en amont** : aucune avant l'entretien téléphonique
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** non
- **Tierce personne** : oui présente lors de la visite
- **Outils** : grille AGGIR
- **Durée :** Evaluation téléphonique : 1 demi-heure Entretien face-à-face: 1 heure
- **Réalisation de la première proposition de plan de suivi :** Lors de l'entretien face-à-face
- **Difficultés identifiées :** Aidant très impliqué, parfois bloquant

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- La participation de l'évaluateur à une instance de coordination et suivi pluridisciplinaire des personnes âgées (Réseau gérontologique) semble avoir favorisé :
  - La réalisation d'une évaluation « globale » de la situation de la personne comportant :
    - L'évaluation du niveau de dépendance de la personne
    - L'évaluation des besoins en termes d'aides techniques
    - L'anticipation des besoins de la tierce personne
  - La coordination facile des acteurs : SAAD, SSIAD, médecin traitant, réseau gérontologique, assistante social du CG.
- Le contexte rural et, de ce fait, la présence d'acteurs « uniques » pour la prise en charge de chacun de ces volets d'intervention semble avoir une influence positive dans la coordination des acteurs, puisque ceux-ci se connaissent bien et ont l'habitude de travailler ensemble.

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA ©2008 Deloitte

Cas 2 — ***Situation N° 96 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSAD et SSIAD)***

Evaluateur 2 — **Conseil général**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et conduite des évaluations réalisées :**

1°évaluation
L'assistante sociale du Conseil général a évalué la personne pour la première fois en 2006. Elle a été **contactée par la responsable du SSIAD qui lui a transmis les principaux renseignements sur la personne par téléphone.** La problématique de perte de dépendance de la personne dans le contexte de son rétablissement après hospitalisation déterminait un classement en GIR 1. **L'évaluation a été établie sur la base de la grille AGGIR, par interrogation de l'aidant (à l'époque la personne comprenait mais n'était pas en mesure de vraiment communiquer avec l'évaluateur), à leur domicile.**

2°évaluation
Quelques mois après, **l'épouse de la personne a à nouveau contacté l'assistante sociale du CG pour lui demander une révision du plan d'aide. La situation médicale de la personne s'était améliorée** et de ce fait elle souhaitait avoir un plan d'aide plus restreint. **L'assistante sociale du Conseil général a donc contacté les aidants des SSIAD et du SAAD afin de recueillir leur avis, mais elle a de toute manière réalisé une nouvelle évaluation à domicile. La personne a donc été reclassée GIR 2 et le plan d'aide a été réduit.**

3°évaluation
Une troisième intervention a eu lieu suite à la sortie d'une deuxième hospitalisation. La situation de la personne s'était aggravée et son aidant avait accepté l'aide du Réseau gérontologique. De ce fait **l'assistante sociale du CG a bénéficié des résultats du bilan gérontologique pour compléter sa propre évaluation. Le plan d'aide de la personne a été augmenté à nouveau mais son niveau de GIR n'a pas été modifié. A cette occasion l'assistante sociale du CG n'a pas visité personnellement la personne.** A partir de ce moment l'assistante sociale a continué à suivre la personne en coordination avec le réseau gérontologique, le SSIAD et le SAAD.

4°évaluation
La dernière évaluation réalisée a été motivée par les **remontées d'information de la part des responsables du SSIAD et du SAAD, qui estimaient nécessaire de renforcer l'accompagnement de l'aidante, qui semblait très fatiguée et de ce fait risquait de devenir maltraitante à l'égard de la personne .** Dans ce cadre, la réalisation d'une **réunion du réseau gérontologique au domicile de la personne** a été décidée. L'assistante sociale du CG a été convoquée à la réunion mais n'a pas pu y participer, en revanche **la synthèse de la réunion, expliquant le besoin d'augmentation du plain d'aide lui a été transmise.** L'assistante sociale du CG a donc réalisé l'évaluation à domicile avant même de recevoir le dossier de demande officielle (qui a été rempli en parallèle par le Réseau). **Au cours de la visite à domicile, l'évaluatrice a appelé le SSIAD pour avoir des compléments d'information** (temps passé pour la toilette).
A l'issue de cette 4° évaluation, le plan d'aide a à nouveau été augmenté, mais le GIR n'a pas été modifié afin de limiter l'impact financier que ce changement pouvait avoir sur les ressources de l'aidant et l'encourager à bénéficier de plus d'aide.

- **Suivi :**
Le suivi de ce cas est très important. L'assistante sociale du Conseil général est en contact constant avec les personnes du Réseau gérontologique, du SSIAD, du SAAD et le médecin traitant.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Quatre évaluations ont été réalisées, dont une de première demande et trois révisions du plan d'aide. Elles ont toutes été faites par la même assistante sociale, en charge du suivi de ce cas.
- **Nombre d'évaluateurs:** 2
- **Formation/fonction des évaluateurs** : Assistante sociale, médecin
- **Choix de l'évaluateur** : Lors de la première évaluation par découpage géographique. Par la suite, par « expérience », car elle est la personne en charge du suivi de ce cas.
- **Informations disponibles en amont** : Depuis la première évaluation le travailleur social a bénéficié de la remontée d'informations des acteurs de la prise en charge de la personne (SSIAD, SAAD, Réseau gérontologique, médecin traitant)
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** oui, concernant les modalités de prise en charge, auprès des services à domicile.
- **Tierce personne** : oui, présente lors des visites
- **Outils** : grille AGGIR
- **Durée :** Visites à domicile : 1 demi-heure
- **Réalisation de la proposition de plan d'aide** : Lors des entretiens
- **Difficultés identifiées :** Aidant très impliqué, parfois bloquant

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- L'influence de la tierce personne dans la réalisation des évaluation auprès des personnes âgées présentant une altération des fonctions supérieures semble déterminante : plutôt, que d'évaluer les besoins de la personne, **l'évaluateur est obligé d'évaluer les besoins de l'aidant et d'essayer de trouver un consensus entre les souhaits et les besoins de ce dernier et les besoins de la personne qui ont été identifiés indirectement puisque l'évalué n'est pas en mesure de répondre aux questions**.
- D'auprès les évaluateurs dans le cas précis de cette personne, le placement en établissement est souhaitable mais l'interférence de l'aidant et le coût financier empêchent de le faire. Dans ce contexte, **l'assistante sociale du Conseil général,** qui en plus de l'évaluation est associée au suivi du cas en coordination avec les autres intervenants**, cherche à adapter au mieux le plan d'aide aux besoins de l'évalué en dépit de l'influence de la tierce personne.**
- Alors qu'il est à la limite du GIR 1, l'évalué a ainsi été classé en GIR 2, d'autant que **symboliquement, le GIR 1 est plus difficile à accepter car il est synonyme de fin de vie.**

©2008 Deloitte

Cas 2 — ***Situation N° 96 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSAD et SSIAD)***

Evaluateur 3 — **SAAD**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :** L'évaluatrice a été **contactée par la responsable du SSIAD**, suite à la sortie d'hospitalisation de la personne. **La responsable du SSIAD lui a fourni quelques éléments de contexte**.

- **Evaluation :**

L'**évaluation** a été réalisée au **domicile** de la personne, **en présence de la personne et de son aidant**. Du fait de la situation de l'évalué (maladie d'Alzheimer), les **questions ont été adressées à l'épouse de la personne.**

L'évaluation a porté principalement sur les conditions de prise en charge (**moments d'intervention et tâches à réaliser**) de la personne par le SAAD. L'évaluatrice a aussi effectué une **estimation du niveau de dépendance de la personne**, à partir de l'analyse des différentes catégories de la grille **AGGIR.**

Le « GIRage officiel » et le plan d'aide, issus de l'évaluation réalisée par le CG (évaluateur 2), lui ont été communiqués ultérieurement par l'assistante sociale du Conseil général.

- **Préconisation :**
L'intervention du SAAD a été ajustée en fonction des souhaits de l'aidant de la personne. Les remontées d'information de la part des aides à domicile ont permis d'introduire des petits ajustements au fur et à mesure

- **Suivi :**
Le suivi de ce cas est très important. La responsable du SAAD est en coordination constante avec les responsables du SSIAD, du réseau gérontologique et avec l'assistante sociale du Conseil général.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Première demande
- **Nombre d'évaluateurs:** 1
- **Formation/fonction des évaluateurs** : Travailleur social
- **Choix de l'évaluateur** : Responsable du SAAD
- **Informations disponibles en amont** : Oui, transmisses par la responsable du SSIAD.
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** non
- **Tierce personne** : oui présente lors des visites
- **Outils** : grille AGGIR
- **Durée :** 1H
- **Réalisation de la proposition du plan de suivi** : Lors de l'entretien
- **Difficultés identifiées :** Aidant très impliqué, parfois bloquant.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- La responsable du SAAD partage l'avis des autres acteurs concernant l'influence de la tierce personne. A son avis, en plus des facteurs personnels (sentiment de responsabilité de l'épouse) **l'influence des facteurs économiques** est très importante dans l'analyse de ce cas parce que :

  - Il existe un **biais du dispositif APA** : une classification GIR plus élevée entraîne une participation financière accrue des familles. L'insistance de la femme pour assurer elle-même la majeure partie des soins s'explique en partie par ce fait.
  - **L'aidant ne peut pas bénéficier d'une aide pour lui-même :** Les caisses de retraite ne financent pas des aides pour les ménages où l'un des personnes bénéficie déjà de l'APA.

- La responsable du SAAD a aussi souligné le manque de clarté par rapport à la distribution des rôles entre le réseau gérontologique et le CLIC qui est censé intervenir sur ce territoire (mais qui n'est pas présent sur place). De facto, **les acteurs en charge de l'évaluation et du suivi de la dépendance des personnes âgées dans le territoire** continuent à travailler en partenariat avec le Réseau gérontologique et **méconnaissent les activités du CLIC et la manière dont ils pourraient s'articuler avec lui.**

©2008 Deloitte

Cas 2 — ***Situation N° 96 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un handicap psychique, dont l'accompagnement est réalisé par des services à domicile (SSAD et SSIAD)***

Evaluateur 4 — **Réseau gérontologique**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :** Le travailleur social du SSIAD avait parlé à la responsable du réseau gérontologique du cas de la personne. Le cas de la personne relevait en effet du réseau car il s'agissait d'une situation dont on pouvait **prévoir des aggravations** et présentant **une certaine complexité au niveau humain (aidant trop impliqué),** ce qui permettait d'identifier un besoin d'accompagnement de long terme qui allait nécessiter la coordination de plusieurs acteurs. L'aidant a accepté l'aide du Réseau lors de la deuxième sortie de l'hôpital de la personne (six mois après la première proposition)
- **Evaluation :** Le réseau a coordonné une **journée d'évaluation à l'hôpital** qui a réuni le cadre infirmier, l'infirmière, l'aide soignante, le kinésithérapeute, le psychologue, le médecin traitant de la personne et la coordinatrice du réseau (infirmière). Chacun de ces professionnels a effectué des tests et des évaluations des différents aspects de la situation de dépendance de la personne :
  - Evaluation de la douleur : faite par tous
  - Evaluation du degré de dépendance (grille AGGIR) : aide soignante
  - Evaluation de la nutrition : cadre infirmière - évalue aussi les risques d'escarres par le biais d'un test
  - Evaluation du risque de chute : Kinésithérapeute - évalue aussi l'état de santé des pieds
  - Evaluation des aspects psychologiques et mentaux : psychologue. - test de la dépression, test du sommeil
  - Evaluation médicale générale : Médecin

Chacun de ces professionnels a remis les résultats des tests à la coordinatrice du Réseau gérontologique qui a réalisé une synthèse de la situation globale de la personne et a vivement **recommandé d'augmenter le nombre d'heures d'accompagnement de la personne, afin d'améliorer le suivi et de pouvoir donner des temps de relais à l'aidant. Avec ce même objectif ils ont aussi proposé quelques jours d'accueil de jour pour la personne**. **Le bilan a été transmis à l'assistante sociale du CG, aux responsables des services d'aide à domicile et du SSIAD.** Une réunion avec la famille de la personne (épouse et 3 enfants) a également eu lieu afin de leur communiquer les grandes lignes des résultats du bilan. **Le Réseau a toujours insisté pour associer les enfants de la personne dans les réunions de suivi, du fait de la forte implication de l'épouse.**

- **Préconisation :**

Le plan d'aide a été augmenté mais l'épouse de la personne hésite à nouveau et semble ne plus vouloir augmenter le plan d'aide.

- **Suivi :**

Le suivi de ce cas est très important. L'assistante sociale du Conseil général est en contact constant avec les personnes du Réseau gérontologique, du SSIAD, du SAAD et le médecin traitant.

Un mois après la mise en place du réseau gérontologique, une réunion de coordination a eu lieu un mois après afin de faire un bilan avec l'ensemble des acteurs. Les réunions ont toujours lieu au domicile de la personne, en présence de ses enfants et de son épouse. Dernièrement les aides soignantes du SAAD et du SSIAD ont manifesté leur préoccupation par rapport à l'état de fatigue de l'épouse, qui continue à être très présente. **L'aggravation de la situation de la personne a interdit le recours à l'accueil de jour et de ce fait personne ne prend jamais le relais de l'épouse et risque de ce fait de devenir maltraitante à l'égard de la personne**. Cette remontée d'information a donc motivé la **réalisation d'une nouvelle réunion du réseau au domicile de la personne, en présence de tous les acteurs**. Dans le cadre de cette réunion l'épouse de la personne a « craqué » et accepté de faire revoir le plan d'aide afin d'augmenter le nombre d'heures d'accompagnement. **La synthèse de la réunion a été transmise à l'assistante sociale du CG (qui n'a pas pu y être présente) ainsi que la demande de révision du plan d'aide**

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Evaluation de la personne à l'hôpital, puis une deuxième évaluation effectuée par le réseau gérontologique
- **Nombre d'évaluateurs:** 7
- **Formation/fonction des évaluateurs** : cadre infirmier, infirmière, aide soignante, kinésithérapeute, psychologue, médecin traitant de la personne et coordinatrice du réseau
- **Choix de l'évaluateur** : La coordinatrice du réseau assure la réalisation de toutes les évaluations.
- **Informations disponibles en amont** : Oui, transmisses par le SSIAD.
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** non
- **Tierce personne** : oui présente lors des visites
- **Outils** : Bilan gérontologique fait par différents professionnels médicaux
- **Durée : évaluations réalisées sur** 1 journée
- **Réalisation de la proposition du plan d'aide** : NA
- **Difficultés identifiées :** Aidant très impliqué, parfois bloquant.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

L'intervention du Réseau gérontologique semble avoir été déterminante pour la mise en place d'une démarche d'évaluation pluridisciplinaire et ceci à deux niveaux :

- **Le bilan gérontologique** permet d'effectuer un bilan médical et paramédical pluridisciplinaire portant sur la situation de la personne et les risques potentiels
- **La coordination des différents intervenants** a permis d'enrichir l'évaluation de la situation sociale et économique et de l'environnement de la personne. L'existence des échanges d'informations continus et importants entre les acteurs a favorisé le suivi et a permis de prévenir l'apparition d'éventuelles situations de maltraitance à l'égard de la personne.

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

©2008 Deloitte

Cas 9 — ***Situation N° 66 : Adulte, présentant un handicap sensoriel et vivant à domicile***

Fiche d'identité du cas

Eléments personnels	**Age**	Adulte
	Type de handicap	Sensoriel
	Type de demande	PCH - aide techniques
	Moment de la demande	1ère demande
Eléments environnementaux	**Milieu**	Urbain
	Hébergement	Domicile
	Structure de suivi	Association
Modalités d'évaluation	**Mode d'évaluation**	Rencontre
	Manière d'évaluer	Observation
	Présence d'un tiers (proche)	Oui
	Recherche d'informations complémentaires	Non
	Nb total d'institutions évaluatrices	2
	Nb total d'évaluateurs	5
	Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH / le CG	3 (dont 2 ayant rencontré la personne)
	Nb total de compétences	4
	Dont nombre total de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	3
	Types de compétences	Enseignant spécialisé, travailleur social , ergothérapeute, infirmière
	Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Travailleur social, ergothérapeute, infirmier (dont ergothérapeute et travailleur social ayant rencontré la personne)
	Outils	Outil « maison »
	Modalités d'articulation entre acteurs	-Transmission d'informations - Réseau informel
	Décision (CG)	Acceptation

Points d'attention soulevés par le consultant

- **Une articulation entre les différents acteurs**

-L'association suit le dossier du demandeur depuis la formulation de la demande jusqu'à l'obtention de l'aide. De fortes interactions ont donc eu lieu entre l'association et la MDPH (et notamment avec l'ergothérapeute de la MDPH dont c'était le premier dossier de déficience visuelle et qui n'était donc pas familière avec les besoins spécifiques ni le matériel existant).
Cependant, l'association déplore un manque de formation spécifique aux différents types de handicap des personnels de l'assistance sociale ou de la MDPH- ce qui nuit à une bonne communication vers les demandeurs. Dans le cas étudié, la MDPH n'avait pas les connaissances suffisantes relatives au handicap visuel.
Malgré la bonne communication et articulation entre les différents organismes, l'association souffre de son statut pour avoir un poids suffisant dans le processus de décision.

- **Des évaluations pluridisciplinaires** : La réalisation des visites en binôme constitue une pratique très appréciée par les évaluateurs qui considèrent réaliser des évaluations vraiment pluridisciplinaires grâce à la combinaison de compétences plutôt « sociales » et de compétences paramédicales.

©2008 Deloitte

Cas 9 — ***Situation N° 66*** — ***Personne adulte présentant un handicap sensoriel (malvoyant), vivant à domicile***

Présention de la situation de la personne :
Département de la Marne, personne habitant en milieu urbain.

Homme, 48 ans, vivant seul. La personne présente une maladie entraînant une perte visuelle progressive, actuellement très avancée, ce qui l'a obligée à démissionner de son travail.

La personne réside à domicile.

Présentation du parcours de la personne :

La personne est élue dans une association pour personnes malvoyantes.

Le dossier de la personne a été traité par la MDPH en 2006. La personne bénéficiait déjà d'une ACTP à l'époque. La demande concernait alors des aides techniques.

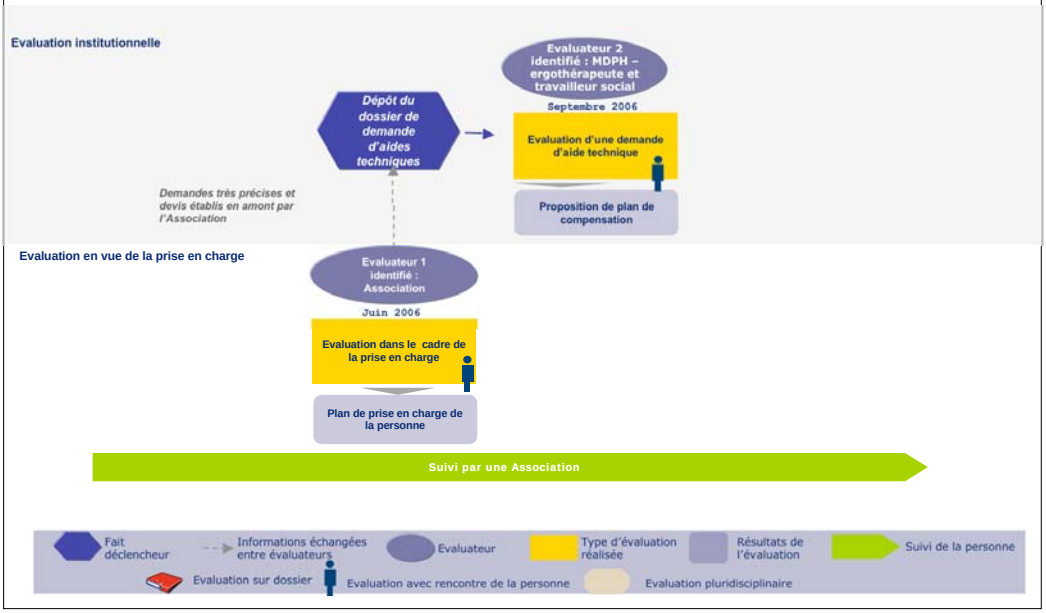
L'association pour personnes malvoyantes dans laquelle la personne travaille l'a aidé à formuler sa demande et à établir les devis pertinents.

La demande d'aide déposée est une 1ère demande de PCH.

©2008 Deloitte

Cas 9 | **Situation N° 66** | ***Personne adulte présentant un handicap sensoriel (malvoyant), vivant à domicile***

Schéma du parcours suivi par la personne



Cas 9 | ***Situation N° 66 : Adulte, présentant un handicap sensoriel et vivant à domicile***

Evaluateur 1 | **Association pour personnes malvoyantes et non voyantes**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**

- La personne souffrant d'une pathologie entraînant une perte visuelle progressive a contacté l'association pour une formation adaptée à l'informatique ainsi que pour des cours de braille. La personne se rendait toutes les semaines à l'association pour suivre ses cours.
- La personne ne connaissait pas les aides existantes relatives à son handicap. Elle en a été informée par l'association.
- Une demande d'ACTP avait été faite au début de sa pathologie mais avait été rejetée car le demandeur avait une acuité visuelle inférieure au plancher d'obtention de l'aide. Sa vue ayant baissé et le cadre légal ayant changé avec la nouvelle loi de 2005, il était alors possible de faire une nouvelle demande d'aide. L'association l'a donc informé de ses droits et l'a aidé dans sa demande à la fois pour formuler ses besoins mais aussi pour remplir le dossier de demande de PCH.
-Avant de procéder à l'évaluation en tant que telle des besoins, le demandeur a été suivi par l'association pendant quelques mois.

- **Evaluation :**

- Le demandeur fréquentant l'association de façon hebdomadaire pour assister à ses cours, l'évaluation s'est faite en interne.
- Lors de son arrivée au centre, la personne a passé 2h avec une enseignante spécialisée (également vice-présidente de l'association) pour discuter de la pathologie, de son acuité et de son champs visuel, de la déficience, de l'ophtalmologiste fréquenté, des antécédents familiaux, des craintes et/ou attentes pour la vie quotidienne. Ceci permet d'avoir une première estimation de l'autonomie de la personne ainsi que de la façon dont elle utilise son résidu visuel. Cette première étape est relativement longue car l'association joue un rôle important dans l'écoute sociale. Elle prend en compte de la façon la plus précise possible les attentes du demandeur en fonction de son âge, de sa situation familiale ainsi que de son sexe.
- Des points réguliers ont été faits avec le demandeur avant ou après ses cours sur l'évolution de sa maladie et sur l'expression de ses besoins par un des enseignants spécialisés.
- L'association a ensuite formalisé les besoins du demandeur et lui a proposé des adaptations qui lui paraissaient adéquates, notamment en termes d'aides techniques pour son logement.
-Une évaluation technique a eu lieu au centre, sous forme de mise en situation, pour définir et tester le matériel le mieux adapté.
-Aucune grille d'évaluation particulière n'est utilisée – l'évaluation se base sur l'échange, la mise en situation ainsi que l'expérience des évaluateurs.

- **Préconisation :**

- Suite à l'évaluation des besoins du demandeur, l'association a préconisé une demande de PCH aide technique pour équiper son logement.
- L'association s'est chargée de fournir les devis pour le matériel demandé (four à micro-ondes vocal, réveil parlant…).Le demandeur étant un homme vivant seul, l'équipement demandé devait lui permettre de gagner en autonomie.
- L'association a secondé et suivi la personne dans sa demande d'aide. Des entretiens ont eu lieu avec l'équipe pluridisciplinaire pour échanger sur les besoins spécifiques exprimés. Cette évaluation étant une des premières évaluations traitées par la MDPH de Châlons-en-Champagne pour les déficients visuels, les échanges entre l'association et la MDPH ont été relativement nombreux pour bien comprendre les besoins découlant de ce type de handicap (échanges téléphoniques, rencontres et participation à la journée de démonstration du matériel demandé)
- L'association a également aidé le demandeur a formuler le projet de vie

Caractéristiques de l'évaluation

- Moment de la demande : Première demande d'aide à l'autonomie (cours d'informatique et de braille)
- Nombre d'évaluateurs: 2
- Formation des évaluateurs : enseignant spécialisé et vice-présidente de l'association au niveau département et national; enseignant spécialisé et responsable départemental de l'association
- Choix de l'évaluateur : toutes les évaluations sont faites par des enseignants spécialisés, présentant eux-mêmes des déficiences visuelles, bénévoles de l'association
- Informations disponibles en amont : Suivi et entretiens réguliers avec le demandeur dans le cadre de sa formation
- Recherche d'informations complémentaires en amont : non
- Tierce personne : non
- Outils : Observation, discussion
- Durée : 2H pour la première évaluation des besoins et attentes
- Réalisation de la première proposition de plan d'aide : Suite à l'évaluation
- Difficultés identifiées : Difficulté liée à la définition des besoins des personnes malvoyantes

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

©2008 Deloitte

Cas 9 — ***Situation N° 66 : Adulte, présentant un handicap sensoriel et vivant à domicile***

Evaluateur 1 — **Association pour personnes malvoyantes et non voyantes**

Suivi :
- L'association a suivi le demandeur depuis la formulation de sa demande d'aide jusqu'à son obtention.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation :

Une grande écoute sociale : Les responsables de l'association mènent des évaluations relativement longues. Lors de la première rencontre, une enseignante spécialisée rencontre le demandeur pendant 2h pour définir avec lui l'état d'évolution de sa pathologie, ses besoins et attentes ainsi que son autonomie. Ils représentent un soutien moral. De plus, les évaluateurs étant eux-mêmes touchés par la même pathologie, cela permet une plus forte proximité et compréhension des besoins.
- Les évaluateurs sont donc d'autant plus pertinents dans la mise en place d'aide ou le choix de tel ou tel matériel compte tenu du fait qu'ils y ont eux même recours.

Une évaluation en plusieurs actes
- L'évaluation des besoins s'étend sur un laps de temps relativement long. La première évaluation des attentes du demandeur a lieu à son arrivée au centre. Les attentes et besoins vont s'affiner au cours du temps. Dans ce cas précis, le demandeur fréquentant le centre toutes les semaines, des contacts réguliers avaient lieu avec les évaluateurs. Après définition des besoins d'aides techniques, l'association s'est chargée de tester le matériel avec le demandeur pour s'assurer que c'était le plus adapté à la personne.

Une association qui bénéficie d'expertise technique
- Le centre s'appuie sur un service d'évaluation professionnel auquel il peut faire appel si besoin.
- De même, il travaille en étroite collaboration avec des entreprises privées spécialisées dans les aides techniques et matériels pour personnes malvoyantes et non voyantes.
- La connaissance technique des différentes situations et des solutions existantes pour les personnes présentant des problématiques de perte de la vision fait de l'association la principale instance de renseignement pour les assistantes sociales de la MDPH qui ne disposent pas d'une formation technique à ces problématiques et de ce fait s'appuient sur l'avis d'expert de l'association.

La complexité des dossiers : Le personnel de l'association considère que les dossiers de demande d'aides à la MDPH sont très complexes, de ce fait les personnes qui disposent de l'accompagnement d'une association sont en mesure de présenter des dossiers bien renseignés et de bénéficier d'un plan d'aide plus adapté à leur situation (car les demandes sont formulées de manière précise).

Les difficultés de gestion des dossiers : L'association déplore les délais de prise en compte et de traitements des dossiers.

©2008 Deloitte

Cas 9 — ***Situation N° 66 : Adulte, présentant un handicap sensoriel et vivant à domicile***

Evaluateur 2 — **MDPH**

Synthèse de l'évaluation

Origine et préparation de l'évaluation :

Le dossier a été déposé à la MDPH par la personne. Le fait qu'elle soit engagée dans une association de soutien aux personnes malvoyantes a potentiellement influencé la formulation de sa demande car le dossier comportait des demandes très précises en termes d'aides techniques.
Après vérification de la complétude du dossier, celui-ci a été transmis par les agents d'accueil à la cellule de tri, une première classification avait été effectuée à l'accueil à partir d'un critère de découpage géographique. Les instructeurs de la cellule de tri ont classé le dossier en fonction de l'âge du demandeur, ce qui a déterminé la présentation du dossier à l'équipe pluridisciplinaire « Adultes ».
Le dossier a été transmis et présenté par les agents de la cellule de tri à l'équipe pluridisciplinaire « Adultes » dans le cadre d'une réunion hebdomadaire dans laquelle sont présentées toutes les demandes (cartes, PCH, RQTH, orientation…). Cette réunion est l'occasion de :
- Prendre connaissance des dossiers : La présentation comprend des renseignements sur la situation socio-familiale de la personne (âge, profession, situation familiale, …) ; les ressources de la personne; les droits en cours qui ont été ouverts dans le passé ; les raisons qui avaient justifié l'ouverture des droits ; un certificat médical rempli par le médecin traitant de la personne ; les aides demandées.
- Orienter le dossier vers la commission d'évaluation concernée (cartes, orientation en établissement, …). Pour le cas particulier de la PCH, cette réunion est l'occasion de décider de la composition de l'équipe d'évaluateurs qui se rendra au domicile de la personne (le principe adopté étant de toujours associer un travailleur social et un agent paramédical (soit l'ergothérapeute, soit l'infirmière) en fonction du type de demande effectuée (aides humaines, aides techniques ou adaptation du logement).
Comme il s'agissait d'une demande d'aide technique il a donc été décidé que le dossier serait évalué par l'ergothérapeute et un travailleur social.

Evaluation :

L'évaluation a été réalisée au domicile de la personne, par un travailleur social, une assistante sociale de l'association et un ergothérapeute. Elle a duré environ 2H30 car c'était une des premières évaluations de personne malvoyante qui était réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et donc elle a aussi été l'occasion pour les évaluateurs de prendre connaissance des particularités propres à ce type de handicap (aspects de la vie quotidienne d'une personne malvoyante). Les évaluateurs disposaient des informations consignées dans le dossier de demande d'aide, aucune recherche d'information complémentaire n'a été effectuée.
Le projet de vie rempli par la personne consistait en une liste détaillée des aides techniques demandées (c.f. *« ordinateur avec logiciel vocal et scanner, pour pouvoir lire »; réveil parlant ; thermomètre extérieur parlant ; thermomètre médical parlant ; microondes à programmation vocale)*
L'évaluation a été conduite par le biais d'un entretien sur la base du guide GEVA, dont les différentes parties sont en général évaluées de la manière suivante :
Volet familial : par le biais de questions, les évaluateurs cherchent à vérifier que la situation de la personne correspond toujours aux informations ayant été consignées dans le dossier de demande d'aide.
Habitat/cadre de vie : c'est l'examen du logement réalisé par le biais de l'observation. Quelques questions peuvent être posées à la personne afin d'identifier les méthodes qu'elle emploie pour s'adapter aux lieux au quotidien.
Parcours de formation/ professionnel : questions précises concernant les études, la profession actuelle, l'emploi du temps
Volet médical : Cette partie n'est évaluée que si l'infirmière est présente lors de la réalisation de l'évaluation (évaluation des aides humaines), l'ergothérapeute n'évalue pas cette partie. L'infirmière évalue cette partie en effectuant une comparaison du certificat médical et la réalité de la personne, ce qui peut donner lieu à des précisions ou des réajustements en fonction des constats.
Volet psychologique : Ce volet n'est pas évalué.
Volet activités, capacités fonctionnelles : Constitue le cœur de l'évaluation. De manière générale cette partie est analysée par le biais de questions concernant ce que la personne peut ou ne peut pas faire. Pour certaines pathologies, lorsque l'ergothérapeute a des doutes, la réalisation de mises en situation peut être demandée pour des fonctions telles que marcher, ou appréhender des choses. Les capacités à réaliser la toilette et l'habillage sont toujours évaluées sur du déclaratif. Cependant les évaluateurs considèrent que le principal outil d'évaluation est toujours l'observation.
Volet aides mises en œuvre : Les évaluateurs demandent toujours (1) ce que la personne peut faire; (2) comment elle fait ce qu'elle peut faire ; (3) combien de temps elle met pour faire ce qu'elle peut faire. Par la suite ils examinent avec la personne les aides déjà mises en place (acteurs intervenant et temps d'accompagnement par acteur)
Synthèse de l'évaluation : Cette partie n'est pas renseignée. En revanche, les évaluateurs remplissent systématiquement la case « observations » placée en face de chacun des items évalués et donnent des explications concernant la cotation donnée à chaque item.

Caractéristiques de l'évaluation

- Moment de la demande : Première demande d'aides techniques
- Nombre d'évaluateurs: 3 en équipe pluridisciplinaire, dont 2 ayant rencontré la personne.
- Formation des évaluateurs assistante sociale, ergothérapeute, infirmière (EP), l'évaluation face-à-face a été réalisée par l'ergothérapeute et l'assistante sociale.
- Choix de l'évaluateur : découpage géographique + âge de la personne (enfants/adultes) + type de demande formulée (aides techniques/ aides humaines/ adaptation du logement)
- Informations disponibles en amont : Informations consignées dans le dossier de demande d'aides (situation socio-familiale, droits en cours, situation financière, certificat médical, projet de vie, liste d'aides demandées)
- Recherche d'informations complémentaires en amont : non
- Tierce personne : non
- Outils : GEVA (volets 1,2, 3, 6 et 7 systématiquement + 4 si infirmière présente)
- Durée : 2H30
- Réalisation de la première proposition de plan d'aide : après l'évaluation, dans le cadre d'une réunion entre les évaluateurs et personnel administratif
- Difficultés identifiées : première évaluation d'une personne malvoyante effectuée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

©2008 Deloitte

Cas 9 | ***Situation N° 66 : Adulte, présentant un handicap sensoriel et vivant à domicile***

Evaluateur 2 | **MDPH**

• **Préconisation :** A l'issue de l'évaluation les évaluateurs récapitulent et valident avec la personne les faits marquants de sa situation et les demandes formulées en conséquence. La personne a alors le choix entre 3 modes de traitement de sa demande :
- Procédure simplifiée : la personne manifeste son accord avec la synthèse effectuée. Le dossier sera présenté en CDAPH sans la présence de la personne ;
- La personne manifeste son accord avec l'évaluation effectuée, mais elle souhaite assister à la CDAPH ;
- La personne n'est pas d'accord avec l'évaluation effectuée et les solutions proposées, elle sera obligatoirement présente lors du passage du dossier en CDAPH.

Par la suite, chaque évaluateur réalise séparément une synthèse des constats intitulée « expertise », ce document comporte :

Expertise des aides techniques et/ou des demandes d'adaptation du logement (réalisée par l'ergothérapeute) :
- brève présentation de la situation familiale de la personne
- brève présentation de la problématique de perte d'autonomie : une attention particulière est accordée à la description de la problématique physique, du logement et des équipements existants.
- brève présentation des préconisations proposées

Expertise des aides humaines (réalisé par le travailleur social et l'infirmière) :
- brève présentation de la situation familiale de la personne
- brève présentation de la problématique de perte d'autonomie : une attention particulière est accordée à la description des répercussions de la perte d'autonomie sur la vie quotidienne et l'explication du besoin d'un aidant
- brève présentation des préconisations proposées

Dans ce cas particulier, étant donné que la personne bénéficiait déjà d'une ACTP, le financement des aides lui a été proposé par le biais du Fonds de Compensation du département.

• **Validation :** Les expertises sont présentées par les évaluateurs dans le cadre d'une réunion avec le secrétaire de la CDA et le payeur du Conseil général, dans laquelle les aspects administratifs sont revus (vérification des critères, des plafonds d'aide d'accord à la situation de la personne, …). Les cas complétés avec la proposition du plan de compensation sont donc présentés à la CDAPH. Les évaluateurs n'assistent pas à cette présentation.
• **Suivi :** Afin d'obtenir les devis nécessaires à la demande des différentes aides techniques, l'ergothérapeute accompagne la personne lors de la réalisation des essais des équipements (ordinateur)
Aucun suivi n'est effectué suite à l'évaluation. Les évaluateurs ont exprimé leur frustration à cet égard.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

• Les modalités d'organisation de l'activité d'évaluation adoptées par la MDPH déterminent le contenu des évaluations. La mobilisation des profils professionnels différents en fonction du type de demande effectuée (infirmière pour les aides humaines, ergothérapeute pour les adaptation du logement et les aides techniques) influence le contenu des évaluations, car le volet médical de la grille GEVA n'est rempli que pour les évaluations où l'infirmière était présente.
• L'observation a été soulignée comme le moyen privilégié pour évaluer. La présence de deux évaluateurs lors de la réalisation de la visite semble essentielle pour garantir la qualité des observations (relais entre les deux personnes, l'une écrit et l'autre interroge et observe)
• Le temps consacré à la réalisation des visites à domicile semble être particulièrement important. D'auprès les évaluatrices interrogées il n'est pas peu fréquent qu'une évaluation dure plus de 2 heures.

©2008 Deloitte

Cas 12 — ***Situation N° 51 : Enfant présentant un handicap psychique et suivi en établissement***

Fiche d'identité du cas

Eléments personnels	**Age**	Enfant
	Type de handicap	Psychique
	Type de demande	Demande d'orientation
	Moment de la demande	Révision
Eléments environnementaux	**Milieu**	Urbain
	Hébergement	Etablissement
	Structure de suivi	AVS, ITEP
Modalités d'évaluation	**Mode d'évaluation**	Dossier
	Manière d'évaluer	NA
	Présence d'un tiers (proche)	NA
	Recherche d'informations complémentaires	Non
	Nb total d'institutions évaluatrices	4
	Nb total d'évaluateurs	14
	Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH / le CG	5 (aucun n'ayant rencontré la personne)
	Nb total de compétences	8
	Dont nombre total de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	5
	Types de compétences	Médecin ,travailleur social, enseignant référent, infirmière, enseignant spécialisé, psychologue, médecin spécialisé, personnel administratif
	Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Médecin, travailleur social, infirmière, psychologue, enseignant spécialisé
	Outils	NA
	Modalités d'articulation entre acteurs	Transmission d'informations
	Décision (CG)	Acceptation

Points d'attention soulevés par le consultant

- **Une évaluation des demandes sur dossier : un choix organisationnel.** Les évaluateurs considèrent que la réalisation de ce type d'évaluations sur dossier n'est pas satisfaisant car la personne n'est jamais rencontrée et les parents ne sont jamais écoutés. De ce fait, l'avis de l'établissement, qui constitue la principale source d'information de l'enseignant référent, finit par s'imposer et la MDPH n'est pas en mesure de connaître la situation réelle de l'enfant.

- **Les besoins d'orientation scolaire des jeunes enfants présentant un handicap psychique couplé avec des déficiences intellectuelles semblent difficiles à évaluer :**
  - L'objectif de l'évaluation réalisée par le référent scolaire est de déterminer quels sont les facteurs déterminants des difficultés d'apprentissage et d'intégration scolaire de l'enfant afin de définir l'orientation la plus adaptée (en termes de suivi thérapeutique et modalités de scolarisation)
  - Or dans le cas des jeunes enfants présentant de forts troubles du comportement couplés à des déficiences intellectuelles, il est très difficile d'identifier quelle est la cause des difficultés d'apprentissage, les troubles du comportement ayant une forte influence négative sur les capacités de concentration des enfants.
  - Dans ce cas, tous les acteurs ont été d'accord pour donner priorité aux problématiques psychiques au détriment des déficiences intellectuelles. Néanmoins l'évolution récente de l'enfant (notamment l'amélioration de sa capacité à s'adapter et s'intégrer avec l'âge) a démontré que ses difficultés scolaires tiennent davantage à ses déficiences intellectuelles.
  - La scolarisation de cet enfant dans la même classe que ses deux sœurs, a en sus complexifié l'évaluation car une partie de ses comportements tenait à la relation avec ses sœurs. L'orientation en ITEP a en partie été décidée afin de pouvoir « isoler » l'enfant et mieux évaluer ses comportements.

©2008 Deloitte

Cas 12 — ***Situation N° 51*** — ***Enfant handicapé psychique, scolarisé en classe spécialisée***

Présention de la situation de la personne:
Département de la Marne, personne habitant en milieu urbain.

Enfant, sexe masculin, 6 ans au moment de l'évaluation, bénéficiant d'une mesure de protection en famille d'accueil depuis l'âge d'un an.

L'enfant présente des troubles du comportement liés à des carences affectives importantes et à un retrait de sa famille naturelle. Il présente aussi un retard mental global, ce qui entraîne une intégration scolaire difficile.

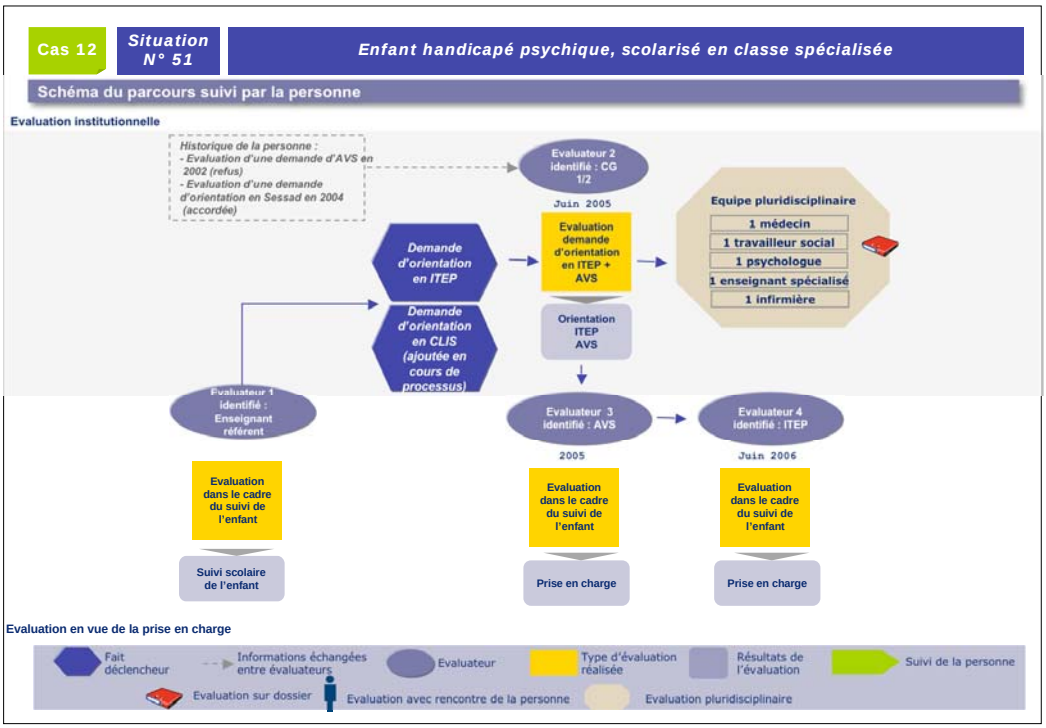
Présentation du parcours de la personne :

Le dossier a été soumis à la CDA (anciennement CDES) pour la première fois en 2002, lorsque l'enfant avait deux ans et était scolarisé en maternelle. Le demandeur était pris en charge par un autre secteur jusqu'en 2005. Une demande d'AVS avait été formulée et refusée à l'époque. Une nouvelle demande d'AVS et d'orientation en SESSAD a été approuvée en 2004.

L'accompagnement par l'AVS s'était avérée très difficile, ce qui a entrainé une demande de révision et d'orientation en ITEP en avril 2005. La demande d'orientation en ITEP avait été approuvée mais l'absence de places disponibles dans le secteur avait mené à une prise en charge thérapeutique de l'enfant en CMPP et la mise en place d'une AVS (ASEH à l'époque). L'accompagnement de l'AVS a bien marché. Depuis juin 2006 l'enfant est suivi par un ITEP à mi-temps et est scolarisé. Une nouvelle demande vient d'être formulée afin de demander l'orientation de l'enfant en CLIS.

L'évaluation ici étudiée concerne la demande formulée en 2005 concernant l'orientation en ITEP.

©2008 Deloitte



Cas 12 — ***Situation N° 51 : Enfant présentant un handicap psychique et suivi en établissement***

Evaluateur 1 — **Enseignant référent**

Synthèse de l'évaluation

Origine et préparation de l'évaluation :
Le dossier a été transmis à cet enseignant référent en 2005 lorsque la famille d'accueil de l'enfant est venue habiter dans son secteur géographique de travail. Auparavant l'enfant avait déjà bénéficié de l'accompagnement d'une AVS et d'une orientation en SESSAD.
L'enseignant référent a pour mission de suivre le projet de scolarisation de tous les enfants handicapés scolarisés en milieu adapté ou ordinaire sur un secteur géographique. De ce fait, lorsque le dossier lui a été transmis il a organisé une équipe éducative (réunion) avec les différentes personnes en charge de l'enfant (parents, famille d'accueil, école, psychologue scolaire, services de soins, médecin scolaire, services sociaux) afin de faire une évaluation de sa situation et de décider d'une orientation à son projet de scolarisation. L'enfant n'est pas présent lors de cette réunion.

Evaluation :
La première évaluation de la situation de l'enfant a eu lieu dans le cadre de l'équipe éducative organisée avec la mère de l'enfant, la famille d'accueil, le psychologue scolaire, le médecin scolaire et un représentant du CMPP qui assurait le suivi thérapeutique de l'enfant à l'époque. L'enseignant référent n'a jamais rencontré l'enfant (l'enfant n'étant pas présent lors de cette réunion car il est d'une part assez jeune et d'autre part, pour éviter le sentiment de toute puissance de l'enfant. Ceci est particulièrement important dans le cas de troubles du comportement).
Cette réunion avait pour objectifs de :
- connaître les différents acteurs en charge du suivi de l'enfant et faire le point sur sa situation,
- préciser le projet de scolarisation envisagé

Il n'existe pas d'outil pour la conduite de cette réunion, elle est réalisée par le biais de la discussion avec les différents acteurs.
L'enseignant référent a essayé d'identifier par le biais des questions :
- les comportements de l'enfant à l'école et au domicile,
- les motivations de l'enfant,
- ses capacité et les aspects les plus problématiques pour la scolarisation

Une réunion de ce type avec l'ensemble des partenaires a lieu environ une ou deux fois par an, afin de faire un point sur l'évolution de l'enfant et revoir les objectifs en conséquence.
La réunion a une durée d'environ 2 heures. A son issue, l'enseignant référent a réalisé un compte-rendu avec les différentes préconisations établies suite à la réunion. Ce compte-rendu a été envoyé aux différents partenaires et à la MDPH.

Préconisation :
Le compte-rendu qui a été réalisé à l'issue de la réunion spécifiait les préconisations formulées par l'enseignant référent, en tant que synthèse de la discussion entretenue avec les différents partenaires de la réunion.

Un dossier de demande d'orientation en ITEP a été rempli par l'enseignant référent avec l'accord de la mère de l'enfant et a été envoyé avec le compte-rendu de la réunion à la MDPH.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande : 1ère demande**
- **Nombre d'évaluateurs: 4 (Equipe éducative)**
- **Formation des évaluateurs :enseignant référent, psychologue, médecin scolaire, représentant de la CMPP**
- **Choix de l'évaluateur: Secteur géographique**
- **Informations disponibles en amont : Non**
- **Recherche d'informations complémentaires en amont : Non**
- **Tierce personne :Oui**
- **Outils :NA**
- **Durée : NA**
- **Difficultés identifiées : NA**

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA ©2008 Deloitte

Cas 12 — ***Situation N° 51 : Enfant présentant un handicap psychique et suivi en établissement***

Evaluateur 1	Enseignant référent

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- **Des difficultés d'appréciation de la situation et des besoins des enfants handicapés psychiques par les équipes enseignantes :**
  - Auparavant les enseignants référents participaient aux équipes éducatives des écoles de leur secteur, ce qui leur permettait d'identifier les enfants handicapés et de donner un avis technique sur le type d'orientation scolaire la plus adapté à leurs besoins. Par la suite le Ministère de l'éducation a décidé de ne pas renouveler cette mission et de ce fait l'identification des besoins de ces enfants est faite tout d'abord par l'équipe enseignante ;
  - L'orientation d'une importante quantité des cas est donc prédéfinie par l'équipe enseignante, qui ne dispose pas toujours des compétences nécessaires pour définir le meilleur type d'accompagnement possible ;
  - Etant donné que l'évaluation de la MDPH est réalisée sur la base de demandes concrètes (ex. demande d'orientation en SAMSAH) et qu'elle n'est pas toujours globale, ces erreurs d'orientation ne sont pas toujours corrigées.
  - L'enseignant référent prend en charge de nombreux cas ce qui ne lui laisse pas le temps de faire des évaluations sur le terrain mais uniquement des évaluations sur dossier. Dans bien des cas, l'enseignant référent est le seul qui n'a pas rencontré l'enfant alors que c'est lui qui est au cœur du dispositif et qui coordonne les différentes interventions.

- **Les dossiers de demande d'orientation scolaire sont complexes et lourds**, ce qui nuit à leur bon remplissage par les parents non informés/ accompagnés : Le bon remplissage des dossiers présuppose que les parents connaissent (i) l'offre en termes d'aides techniques/humaines par la MDPH ; (ii) le type d'établissement dans lequel ils souhaitent scolariser l'enfant.

- L'enseignant référent nous a fait part de son regret de ne pas pouvoir réaliser des évaluations avec les enfants, de préférence dans le cadre du milieu de scolarisation/suivi thérapeutique de l'enfant. Une importante charge de travail limite les possibilités de réaliser ce type d'évaluation.

- L'enseignant référent participe aux CELE organisées par la MDPH (cas difficiles).

©2008 Deloitte

Cas 12 — ***Situation N° 51 : Enfant présentant un handicap psychique et suivi en établissement***

Evaluateur 2	MDPH

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**

Le dossier a été transmis à l'équipe médico-sociale « Enfance » par les instructeurs. Il comportait les éléments suivants :
- situation socio-familiale, droits en cours, situation financière, certificat médical, projet de vie, liste d'aides demandées
- formulaires de demande d'orientation et d'AVS remplis par l'enseignant référent
- comptes rendus de équipes de suivi de scolarisation

Aucun renseignement complémentaire n'a été demandé.
Alors le processus avait déjà était déclenché une place en CLIS s'est libérée, l'enseignant référent a donc très vite formulé une demande de placement en CLIS d'urgence, ce qu'il a justifié par le biais d'un nouveau formulaire.

- **Evaluation :**
La demande a été évaluée uniquement sur dossier, dans le cadre d'une réunion de l'équipe pluridisciplinaire « enfance » (médecin, travailleur social, psychologue, enseignant spécialisé, infirmière). Etant donné que l'enfant était déjà suivi dans le cadre de l'équipe de suivi de scolarisation, les comptes-rendus de ces réunions ont permis d'identifier les aspects clés de la situation et d'appuyer la prise de décision. L'enseignant référent ne participe pas à ces réunions.

- **Préconisation :**
L'orientation en ITEP a été acceptée ainsi que la CLIS. Actuellement l'enfant est suivi par une AVS, l'ITEP et scolarisé dans le cadre du CLIS.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- **Les évaluateurs considèrent que la réalisation de ce type d'évaluations sur dossier n'est pas satisfaisant,** car la personne n'est jamais rencontrée et les parents ne sont jamais écoutés. De ce fait, l'avis de l'établissement, qui constitue la principale source d'information de l'enseignant référent, finit par s'imposer et la MDPH n'est pas en mesure de connaître la situation réelle de l'enfant.
- Ce choix organisationnel tient, d'auprès les évaluateurs, au manque d'effectifs nécessaires pour pouvoir réaliser les évaluations des besoins des enfants par le biais d'une visite à domicile ou en établissement. A cet égard le directeur de la MDPH nous a communiqué une certaine préoccupation relative à la mise en place de la PCH enfants et le besoin de renforcer de manière significative les équipes d'évaluation. Une adaptation des outils d'évaluation (GEVA) à la situation des enfants, est attendue.

Caractéristiques de l'évaluation

- Moment de la demande : Demande d'orientation en établissement
- Nombre d'évaluateurs: 5
- Formation des évaluateurs : médecin, travailleur social, psychologue, enseignant spécialisé, infirmière
- Choix de l'évaluateur : âge de la personne (équipe pluridisciplinaire « Enfance »)
- Informations disponibles en amont : Informations consignées dans le dossier de demande d'aides (situation socio-familiale, droits en cours, situation financière, certificat médical, projet de vie, liste d'aides demandées) + documents concernant la scolarisation de l'enfant remplis par l'enseignant référent (formulaires de demande + comptes-rendus de l'équipe de suivi de scolarisation)
- Recherche d'informations complémentaires en amont : non
- Tierce personne : N.A. Evaluation sur dossier
- Outils : Analyse sur dossier
- Durée : 30 min.
- Réalisation de la première proposition de plan d'aide : Suite à l'évaluation
- Difficultés identifiées : Aucune, évaluation standard.

©2008 Deloitte

Cas 12 — ***Situation N° 51 : Enfant présentant un handicap psychique et suivi en établissement***

Evaluateur 3 — **AVS**

Synthèse de l'évaluation

Les AVS ont un rôle d'accompagnement et de suivi des enfants dans le cadre de leur projet de scolarisation (accompagnement dans l'école, en dehors de l'école –sorties au musées, en classes vertes, …-) . Leur mise en place est décidée par la MDPH, qui transmet à l'Inspection académique les notifications. Par la suite l'Inspection académique a un rôle de recrutement du personnel et de coordination du suivi des enfants, mais aucune évaluation n'est faite en vue d'adapter ou de changer le nombre d'heures qui a été décidé par la MDPH.

Cependant, les AVS ont un rôle de remontée des informations du terrain auprès de la coordinatrice des AVS qui peut faire part à l'enseignant référent de l'éventuel manque d'adaptation du nombre d'heures allouées.

Dans le cadre du dispositif de suivi des enfants scolarisés en milieu ordinaire par le Ministère de l'Education Nationale, la seule personne en charge de l'évaluation des besoins scolaires est l'enseignant référent.

La coordination entre l'enseignant référent et la coordinatrice des AVS est très fluide. Des échanges téléphoniques ont lieu en fonction des besoins.

La coordinatrice des AVS ne participe pas aux réunions de l'Equipe de Suivi de scolarisation (ESS) des enfants suivis par des AVS.

Le renouvellement des AVS a lieu tous les ans. Une réunion a lieu à cette occasion entre la coordinatrice des AVS et les AVS en vue de passer en revue leur travail de l'année dernière et de décider avec elles si elles continuent à suivre les mêmes enfants. Cette réunion permet à la coordinatrice des AVS d'avoir une remontée d'informations qui peuvent être échangées avec l'enseignant référent de l'enfant lorsque des difficultés ont été constatées.

Dans ce cas particulier la coordinatrice des AVS n'a jamais eu des remontées d'information particulières concernant le suivi de cet enfant par l'AVS.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- L'Inspection académique nous a fait part de leurs difficultés à recruter des personnes disposant des profils professionnels adaptés pour réaliser le métier d'AVS. Ils doivent recruter des personnes issues des dispositifs d'insertion à l'emploi (contrat d'accompagnement à l'emploi.

Caractéristiques de l'évaluation

- Moment de la demande : Mise en place d'une AVS
- Nombre d'évaluateurs: NA
- Formation des évaluateurs AVS
- Choix de l'évaluateur recrutement des AVS sur profil
- Informations disponibles en amont : Notification d'AVS transmise par la MDPH
- Recherche d'informations complémentaires en amont : Non
- Tierce personne :Non
- Outils :NA
- Durée : NA
- Difficultés identifiées : NA

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

©2008 Deloitte

Cas 12 — ***Situation N° 51 : Enfant présentant un handicap psychique et suivi en établissement***

Evaluateur 4 — **ITEP**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**

L'ITEP ne reçoit que les enfants dont la notification d'orientation en ITEP a été attestée par la MDPH et dont l'accord des parents a aussi été donné. De ce fait, aucun refus de candidature n'est effectué.
La MDPH transmet à l'ITEP le plan de compensation de l'enfant, mais aucun autre élément d'information ne leur est transmis, de ce fait la personne doit être réévaluée lors de son entrée dans l'établissement. Cette évaluation doit aussi avoir lieu du fait que la liste d'attente pour entrer dans l'établissement est d'environ 1 à 2 ans, de ce fait l'évaluation qui avait été faite par la MDPH dans la plupart des cas n'est plus d'actualité.
L'ITEP emploie beaucoup de temps à actualiser les dossiers des nouveaux enfants, le besoin de rechercher les cordonnées des parents est récurrente.

- **Evaluation**

A l'arrivée de l'enfant dans l'établissement plusieurs évaluations sont effectuées :
- Dans un premier moment, les parents de l'enfant sont reçus en présence de l'enfant par le directeur de l'établissement, qui leur présente la mission et les locaux de l'ITEP. Cet entretien a pour objectif d'identifier les motivations et les appréhensions de l'enfant et des parents et de valider l'admission avec les parents.
- Dans un deuxième moment, le psychiatre réalise une évaluation médicale de l'enfant en présence des parents ;
- Finalement, une dernière évaluation est réalisée dans le cadre d'une réunion avec les parents, le chef de service et l'éducateur référent interne de l'ITEP. Les parents sont interrogés par rapport à l'historique de l'enfant et leur projet de scolarisation pour celui-ci.

Au but de 3 à 6 mois de suivi de l'enfant par l'établissement une première réunion de synthèse est réalisée avec les parents, en présence de l'enfant, (qui peuvent être accompagnés par une personne de leur choix s'ils le souhaitent), l'éducateur référent, le chef de service et le directeur de l'ITEP.
L'objectif de cette réunion est de :
- effectuer un bilan de l'évolution de l'enfant et des premiers objectifs de travail ayant été définis lors de l'entrée de l'enfant ;
- définir le PPS et les objectifs prioritaires à atteindre ;
- réaliser des avenants au contrat de séjour, si nécessaire.

Cette réunion a une durée d'environ 1 heure. Environ 3 à 4 réunions d'actualisation du PPS ont lieu avec les parents dans l'année.
Par la suite une réunion d'actualisation du PPS a lieu au moins une fois par an. Le résultat de ces réunions est transmis à la MDPH. Elles comportent systématiquement et par plis différents :
- Un bilan éducatif et pédagogique ;
- Un bilan médical.

Les évaluateurs soulignent l'existence d'échanges d'information fréquents et fluides avec l'enseignant référent de la personne, la famille d'accueil (qu'ils rencontrent tous les vendredis lorsqu'ils viennent chercher l'enfant).

- **Préconisation :**

La définition du PPA des enfants placés en famille d'accueil est particulièrement complexe : la loi détermine que les parents biologiques (et ne pas de la famille d'accueil) doivent être consultés pour déterminer le projet de scolarisation de l'enfant, or ces personnes n'habitent plus avec l'enfant et de ce fait ne connaissent pas vraiment sa situation (ce sont eux qui sont convoqués lors de la synthèse et ont le pouvoir de décision par rapport à l'orientation de l'enfant) . La recherche d'informations complémentaires auprès de la famille d'accueil ou du travailleur social est toujours possible mais n'est pas évidente du fait, dans la plupart des cas, de l'existence de méfiances entre ces acteurs.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- D'après les évaluateurs, les dossiers les plus complexes à évaluer sont ceux des enfants dont la prise en charge est effectuée par plusieurs acteurs différents. De manière générale, les avis de la MDPH et de l'enseignant référent ne coïncident pas toujours et de ce fait décider d'une orientation est difficile.
- Les évaluateurs soulignent le besoin d'avoir une remontée d'informations de la part des psychiatres traitant les enfants, or l'échange d'informations entre le psychiatre de l'ITEP et ces professionnels relève du réseau, aucun instrument institutionnel n'étant prévu à cet égard. De ce fait les échanges ne sont pas systématiques.
- Une problématique d'adaptation des établissements aux besoins des enfants présentant des troubles du comportement est aussi constatée : quelques enfants présentant des troubles très légers doivent être admis en ITEP alors que leur suivi révélerait davantage d'un IME. Le manque de souplesse des établissements nuit à la mise en place d'un suivi vraiment adapté pour ces enfants. L'articulation de plusieurs types d'accompagnement étant très difficile.

Caractéristiques de l'évaluation

- Moment de la demande : Entrée en ITEP, puis définition du PPA
- Nombre d'évaluateurs: 4
- Formation des évaluateurs : 3 enseignants spécialisés et 1 médecin psychiatre
- Choix de l'évaluateur : Par type d'évaluation (première rencontre, évaluation médicale, réunion de synthèse)
- Informations disponibles en amont : non
- Recherche d'informations complémentaires en amont : oui
- Tierce personne : oui
- Outils : entretien avec les parents et l'enfant
- Durée : La période d'évaluation en vue de l'établissement du premier PPA est d'environ 6 mois
- Difficultés identifiées :
  -Transmission d'informations insuffisantes par la MDPH
  - Échanges d'informations difficiles entre acteurs responsables du suivi de l'enfant
  - Difficulté à définir un projet d'orientation pour l'enfant lorsque les avis de la MDPH et du MEN sont divergents
  - Difficultés issues de l'obligation légale de consulter les parents biologiques des enfants placés en famille d'accueil

Cas 37 — ***Situation N° 55: Enfant présentant un handicap psychique, pris en charge par un SESSAD***

Fiche d'identité du cas

Eléments personnels	Age	Enfant
	Type de handicap	Psychique
	Type de demande	Orientation en établissement
	Moment de la demande	Révision
Eléments environnementaux	Milieu	Urbain
	Hébergement	Domicile
	Structure de suivi	SESSAD
Modalités d'évaluation	Mode d'évaluation	Dossier
	Manière d'évaluer	NA
	Présence d'un tiers (proche)	NA
	Recherche d'informations complémentaires	Oui
	Nb total d'institutions évaluatrices	3
	Nb total d'évaluateurs	15
	Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH/ le CG	4
	Nb total de compétences	8
	Dont nombre total de compétences mobilisées par le CG/ la MDPH	4 (OR)
	Types de compétences	Médecin généraliste, pédopsychiatre, psychologue, travailleur social, enseignant spécialisé, personnel administratif, psychomotricien, orthophoniste,
	Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Médecin, psychologue, enseignant spécialisé, Travailleur social
	Outils	Aucun
	Modalités d'articulation entre acteurs	- Transmission d'informations - Réseau informel
	Décision (CG)	Acceptation

Points d'attention soulevés par le consultant

- L'évaluation réalisée peut être considérée comme **pluridisciplinaire** de part la diversité des compétences mobilisées.
- La formulation de la demande adressée à la MDPH correspond à un constat partagé par l'ensemble des acteurs de la nécessité de réorienter l'adolescent vers une structure plus adaptées. **L'évaluation n'a donc pas été réalisée de manière ponctuelle mais le processus s'est étendu sur une période de plusieurs mois**, pour se concrétiser au moment de l'analyse de la demande par l'équipe pluridisciplinaire.
- Les **réunions de coordination** organisées par la MDPH, souvent suite à des difficultés signalées par les établissements ou services, **jouent un rôle important dans l'échange d'informations entre les différents acteurs** .
- **L'établissement** d'origine ainsi que celui vers lequel est orienté l'adolescent **sont les seuls à avoir rencontré la famille et l'enfant**. Les équipes de la MDPH n'organisent des rencontres qu'en cas d'incohérence constatées dans les rapports transmis par les structures de prise en charge ou d'impossibilité de déboucher sur une position commune à l'issue de la réunion de l'EP.
- Dans le cadre des demandes de modification d'orientation (personne déjà prise en charge par un établissement ou un service) **le travail d'évaluation proprement dit est essentiellement réalisé par les structures de prise en charge, la MDPH jouant ici d'avantage un rôle de vérification de la cohérence et de la transversalité/globalité de l'évaluation.**

©2008 Deloitte

Cas 37 — **Situation N° 55** — ***Enfant présentant un handicap psychique, pris en charge par un SESSAD***

Présentation du cas étudié :
Département des Alpes-Maritimes, personne habitant en milieu urbain.

Adolescent de 14 ans actuellement scolarisé au sein d'une UPI et accompagné par un SESSAD rattaché à un ITEP.

Il présente des troubles du comportement à type d'opposition et de provocation de nature à mettre en danger les personnels qui l'accompagnent.

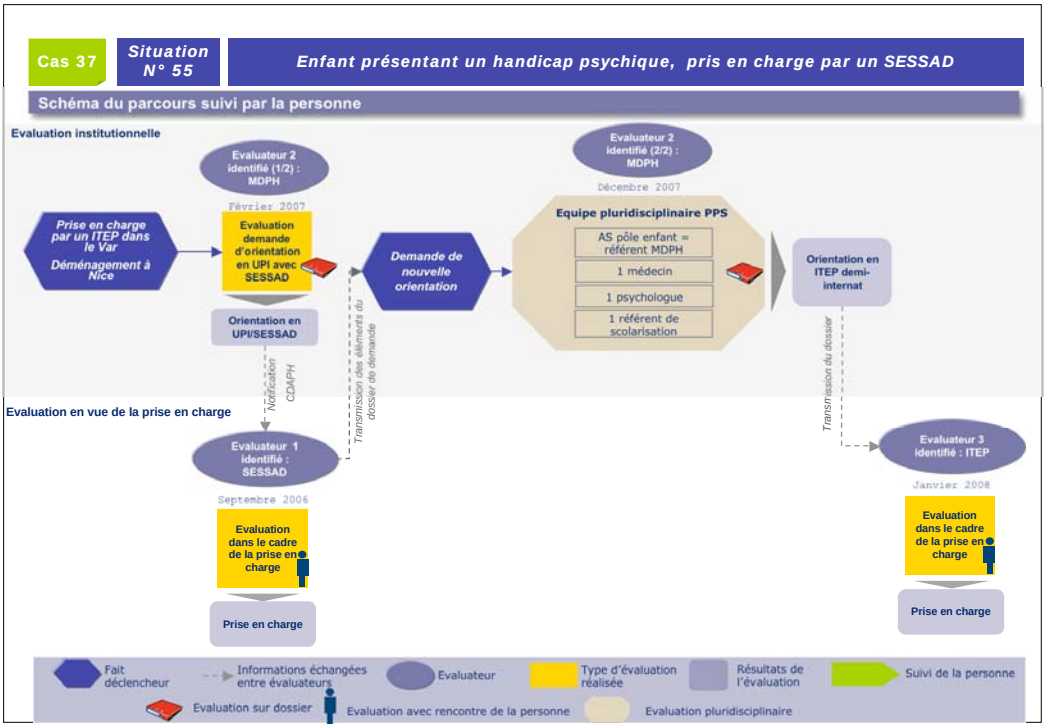
Présentation du parcours de la personne :

L'adolescent est arrivé dans le département suite à un déménagement au début de l'année 2007. Il était jusque là pris en charge par un SESSAD du Var. La MDPH du Var a donc notifié une orientation vers un établissement des Alpes-Maritimes en février 2007.

Suite aux difficultés rencontrées dans l'établissement actuel (fugue, agression du personnel, refus de soin) une demande de réorientation scolaire vers une structure plus adaptée a été formulée.

L'évaluation étudiée concerne la demande d'orientation vers un ITEP en internat effectuée en décembre 2007.

©2008 Deloitte



Cas 37 — ***Situation N° 55: Enfant présentant un handicap psychique, pris en charge par un SESSAD***

Evaluateur 1 — **SESSAD**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**

L'enfant était suivi par le SESSAD et scolarisé au sein d'une UPI au moment de la demande. **Le SESSAD est à l'origine de la demande de réorientation vers un ITEP**, les professionnels ayant le sentiment d'être arrivé en « bout de course » avec l'enfant : comportement agressif et violent, refus des prises en charge.

- **Evaluation:**

L'évaluation effectuée dans le cadre de la demande a été réalisée par le personnel du SESSAD :

- **bilan de psychomotricité** : examens effectués par le psychomotricien
- **bilan orthophonique complet** : tests réalisés par l'orthophoniste
- **bilan médical** : examen réalisé par le pédopsychiatre
- **bilan psychologique** : tests et observations réalisés par le psychologue
- **rapport éducatif** : bilan des connaissances scolaires réalisé par les enseignants spécialisés de l'UPI
- **synthèse de la situation sociale et familiale**: rapport réalisé par l'assistante sociale du SESSAD

Chacune des ces évaluations a donné lieu à un compte rendu formalisé, qui a ensuite été présenté et discuté au cours d'une **réunion inter-disciplinaire , à laquelle participaient les différents professionnels concernés ainsi que le directeur de la structure, et qui avait pour but de faire un point global sur la situation de l'enfant**. Une synthèse type a été rédigée à l'issue de cette réunion retraçant les points saillants ressortis lors de la discussion.

- **Préconisation:**

La poursuite de l'accompagnement par le SESSAD n'a pas été souhaitée. Compte tenu des difficultés rencontrées par l'enfant, il est apparu nécessaire de **l'orienter vers une structure proposant une prise en charge plus adaptée**.

- **Suivi:**

Le directeur du SESSAD et le pédopsychiatre ont donc rencontré les parents pour leur faire part de cette décision. Après accord, et identification des établissements susceptibles d'accueillir l'enfant, **une demande de réorientation vers un ITEP a donc été adressée à la MDPH**. Dans ce cadre, **les documents types de la MDPH ont été remplis par le SESSAD sur la base des différents bilans réalisés (les bilans proprement dit ne sont transmis à la MDPH qu'après accord de la famille. Dans ce cas précis, les bilans n'ont pas été transmis). Le directeur a également joint au dossier un rapport de situation présentant les différents aspects de la situation: éducatif, pédagogique, médicaux, psychologique, sociaux,...**
La partie projet de vie a été rempli par la famille.
Après la notification de la MDPH validant la réorientation, **le SESSAD a transmis les différents éléments du dossier (bilans, synthèses, compte rendus,...) à l'ITEP** qui accueillera l'enfant.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- **Un regard pluridisciplinaire** : l'évaluation a mobilisé un nombre important de compétences différentes, favorisant ainsi la pluridisciplinarité de l'analyse.
- **Un processus continu**: l'évaluation a été réalisée dans le cadre du suivi régulier de la prise en charge mis en place par la structure. Elle participe donc d'un processus permanent d'ajustement de la prise en charge en fonction de l'évolution des besoins de la personne.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** demande d'orientation en ITEP
- **Nombre d'évaluateurs:** 6
- **Formation/fonction des évaluateurs** : psychomotricien, orthophoniste, psychologue, enseignant spécialisé, assistante sociale, pédopsychiatre
- **Choix de l'évaluateur** : professionnels concernés par la prise en charge
- **Informations disponibles en amont** : dossier de l'enfant depuis son admission
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** aucune information n'a été recherchée en amont
- **Tierce personne** : non
- **Outils** : outils propres aux différents professionnels
- **Durée :** S/O
- **Difficultés identifiées :** aucune difficultés particulières

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

©2008 Deloitte

Cas 37 — ***Situation N° 55: Enfant présentant un handicap psychique, pris en charge par un SESSAD***

Evaluateur 2 — **Equipe pluridisciplinaire du pôle enfant de la MDPH 06 (1/2)**

Synthèse de l'évaluation

• **Origine et préparation de l'évaluation :**
Le dossier est enregistré par les instructeurs administratifs puis transmis aux **évaluateurs du pôle Enfants**. Il comprend les éléments suivants: **le projet de vie , un certificat médical** (cacheté), des renseignements administratifs et sociaux, **un rapport de situation fourni par le SESSAD (**synthèse des bilans médicaux, orthophonique, psychologique, sociaux, scolaire et de psychomotricité réalisés par la structure**), l'historique des dossiers précédents** (disponible informatiquement) . **Le contenu du bilan de suivi a été arrêté avec les établissements,** dans le cadre des échanges réguliers avec la MDPH. Il peut ponctuellement faire l'objet de demande de précision ou d'ajustement. Aucune demande d'information complémentaire n'a été formulée dans le cas étudié. La demande de réorientation fait suite à un **travail récurent de la MDPH (le référent de secteur) de l'UPI et du SESSAD, qui a donné lieu à plusieurs réunions entre les partenaires** (compte rendus intégrés au dossier sous forme de « fil rouge »).

•**Evaluation :**
Les éléments du dossier sont analysés de manière collégiale en « EP PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation), à laquelle participe les professionnels suivants: médecin du pôle enfant, assistante sociale (référente pour le dossier)**, psychologue et responsable de scolarisation**. L'évaluation avait pour objectif principal **de déterminer si l'enfant devait être orienter vers un ITEP.** Elle s'est déroulée selon les modalités suivantes:
- **Présentation des pièces** constitutives du dossier par la référente et **extrait des aspects essentiels** de la situation (sociaux, comportementaux, pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques) ;
- **Analyse des éléments médicaux** par le médecin ;
- **Confrontation des impressions des évaluateurs afin de définir une position commune**. Dans le cas où l'EP estime ne pas disposer des informations nécessaires pour arrêter une position commune, ou si les pièces du dossiers font apparaitre des contradictions, des contacts seront pris avec les services en charge du suivi sur le terrain et/ou les parents. Cela n'a pas été le cas pour ce dossier.

Une fiche de synthèse type est renseignée à l'issue de la réunion par la référente qui reprend notamment l'historique de la situation, les droits en cours, une synthèse de l'analyse réalisée, les préconisations envisagées.

•**Préconisations et validation:**
Le médecin du pôle « Enfants » s'attache à vérifier que la situation a été appréhendée dans sa globalité et que les préconisations formulées sont cohérentes avec le projet de vie et les besoins de l'enfant. Dans ce cas précis compte tenu de la cohérence des éléments du dossiers, et de l'analyse de la situation faite par les membres de l'équipe pluridisciplinaire, **l'orientation vers un ITEP a été proposée par l'EP**.

•**Suivi :**
La MDPH n'a pour l'instant mis en place aucune procédure de suivi des décisions de la CDAPH.

Caractéristiques de l'évaluation
• **Moment de la demande :** révision de l'orientation scolaire
• **Nombre d'évaluateurs:** 4
• **Formation/fonction des évaluateurs** :médecin du pôle enfant, psychologue, responsable de scolarisation, assistante sociale
• **Choix de l'évaluateur** : en fonction du type d'aide demandée
• **Informations disponibles en amont** : dossier complet retraçant l'historique des réunions de conciliation réalisées par la MDPH + documents fournis au moment de la demande
• **Recherche d'informations complémentaires en amont :** Des réunions de conciliation avec les structures concernées ont été réalisées en amont
• **Tierce personne** : S/O évaluation sur dossier
• **Outils** : aucun outil
• **Durée :** 15 min en équipe pluridisciplinaire
• **Difficultés identifiées :** aucune. Evaluation standard.

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA — ©2008 Deloitte

Cas 37 — ***Situation N° 55: Enfant présentant un handicap psychique, pris en charge par un SESSAD***

Evaluateur 2 — **Equipe pluridisciplinaire du pôle enfant de la MDPH 06 (2/2)**

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation
• **Le moment de la demande**: dans le cas où les enfants bénéficient déjà d'un accompagnement (établissement ou service), l'évaluation réalisée par la MDPH se fait la plupart du temps sur dossier, sur la base des documents transmis par les différentes structures réalisant la prise en charge. De ce fait, il y a un risque que l'avis de l'établissement/service, qui constitue la principale source d'information, finisse par s'imposer à la MDPH qui n'est pas en mesure de connaître la situation réelle de l'enfant.
Des évaluations complémentaires (réalisées directement par la MDPH ou par des partenaires) peuvent être demandées si l'analyse en EP ne permet pas de dégager des préconisations communes.
• **Choix organisationnel de la MDPH :** Les équipes de la MDPH sont structurées en fonction du type de demande formulée : pour le pôle enfant deux équipes peuvent être convoquées selon que la demande relève d'un PPS ou concerne une AEEH/CI.
• **Les relations avec les différents partenaires** : 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 donc une composante importante de sa capacité à traiter dans des délais acceptables et de manière objective les demandes qui lui sont adressées.
• **La capacité de la MDPH à suivre dans le temps les différents évènements marquants d'une situation et à les partager entre ses différentes équipes (notamment grâce à un SI performant)** est déterminante dans le cas de situations:
- où l'évaluation résulte d'un processus long pouvant donner lieu à plusieurs réunions avec des partenaires extérieurs;
- donnant lieu à plusieurs demandes traitées par des équipes différentes.

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA — ©2008 Deloitte

Cas 37 — ***Situation N° 55: Enfant présentant un handicap psychique, pris en charge par un SESSAD***

Evaluateur 3 — **ITEP**

Synthèse de l'évaluation

• **Origine et préparation de l'évaluation :**
L'établissement a été informé par la MDPH de la décision d'orientation de la CDAPH et a envoyé un courrier à la famille afin de fixer un premier entretien avec le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Il a également récupéré et examiné le dossier de l'enfant auprès de la MDPH.

• **Evaluations:**

1. Entretien entre les parents , l'enfant, le médecin psychiatre et l'assistante sociale

Au cours de cet entretien les sujets suivants ont été abordés : histoire de l'enfant, cursus scolaire, situation sociale de la famille, projet de vie et attentes de la familles, métiers envisagés, dimension soignante,...Le médecin a également présenté les modalités de prise en charge et les droits et devoirs de l'enfant. Cet entretien a donné lieu à un compte rendu libre.

2. Journées « d'observation/découverte »

Le chef de service éducatif a organisé, en collaboration avec le médecin, une visite de l'ITEP d'une journée :
- accueil par un éducateur spécialisé
- rencontre avec un éducateur technique: participation à une activité en cours
- rencontre avec un enseignant spécialisé : tests sur les compétences scolaires et participation à une activité éducative en cours
- rencontre avec un professeur d'EPS: participation à une activité en cours
- rencontre avec la psychologue: bilan de la journée
- rencontre avec le chef de service éducatif: recueil des premières impressions de l'enfant

Chacune de ces rencontres a donné lieu à un compte rendu du professionnel concerné (grille établie par l'ITEP pour les éducateurs techniques, format libre pour les autres professionnels).

3. Réunion inter-disciplinaire

Les divers observations ont été échangées au cours d'une rencontre hebdomadaire qui réunit les cadres de chacun des secteurs (éducatif, pédagogique et thérapeutique), l'assistante sociale, le médecin psychiatre, le directeur adjoint et qui est animée par le directeur. L'avis du médecin psychiatre a été particulièrement important dans la décision d'admission prononcée par le directeur et transmise à la MDPH.

• **Préconisation:**
Le directeur a prononcé l'admission. La décision a été transmise à la MDPH.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

• **Le rôle prépondérant du médecin psychiatre:** l'ensemble du processus d'évaluation est supervisé par le médecin psychiatre dont l'avis est déterminant dans la décision finale selon le directeur de l'établissement.

• **L'expérience des professionnels de l'établissement**: selon le directeur, l'expérience professionnelle des éducateurs est un élément important de leur capacité à évaluer les besoins propres à une situation donnée. A cet égard, le « turnover » important parmi les enseignants spécialisés peut impacter la qualité de l'évaluation réalisée.

Caractéristiques de l'évaluation

• **Moment de la demande :** admission en ITEP
• **Nombre d'évaluateurs:** 5
• **Formation/fonction des évaluateurs**: médecin psychiatre, assistante sociale, éducateur technique, enseignant spécialisé, psychologue
• **Choix de l'évaluateur** : s/o toute les catégories de professionnels participent à l'évaluation
• **Informations disponibles en amont** : dossier MDPH
• **Recherche d'informations complémentaires en amont :** aucune information n'a été recherchée en amont
• **Tierce personne**: Oui. Les parents durant le premier entretien
• **Outils** : grille d'évaluation pour les éducateurs techniques
• **Durée :** 1 mois
• **Difficultés identifiées :** Aucune. Evaluation standard.

Etude portant sur « les pratiques d'evaluation : une etude des organisations et des representations » pour le compte de la CNSA

©2008 Deloitte

Cas 39 — ***Situation N° 79: Adolescent présentant un handicap sensoriel, pris en charge par un IES***

Fiche d'identité du cas

Eléments personnels	**Age**	Enfant
	Type de handicap	Sensoriel
	Type de demande	PCH aide technique
	Moment de la demande	1ère demande
Eléments environnementaux	**Milieu**	Urbain
	Hébergement	Domicile
	Structure de suivi	IES
Modalités d'évaluation	**Mode d'évaluation**	Dossier
	Manière d'évaluer	NA
	Présence d'un tiers (proche)	NA
	Recherche d'informations complémentaires	Non
	Nb total d'institutions évaluatrices	2
	Nb total d'évaluateurs	6
	Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH/ le CG	3 (0R)
	Nb total de compétences	6
	Dont nombre total de compétences mobilisées par le CG/ la MDPH	3
	Types de compétences	enseignant spécialisé, ORL, orthophoniste, médecin généraliste, psychologue, Travailleur social
	Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Médecin généraliste, psychologue, travailleur social
	Outils	Aucun
	Modalités d'articulation entre acteurs	Transmission d'informations
	Décision (CG)	Acceptation

Points d'attention soulevés par le consultant

- L'évaluation globale de la situation de la personne a été réalisée par l'IES en charge du suivi au moment où la demande a été formulée.
- Cependant, les éléments transmis et l'analyse réalisée par la MDPH concernent essentiellement la dimension médicale de la situation.
- La MDPH réalise rarement elle même les diagnostics techniques. Elle s'appuie pour cela sur des ressources externes (partenaires conventionnés ou établissement/service spécialisé). Son rôle se situe davantage dans l'identification et la mobilisation de la compétence adéquate.

©2008 Deloitte

Cas 39 — ***Situation N° 79*** — ***Adolescent présentant un handicap sensoriel, pris en charge par un IES***

Présentation du cas étudié :
Département des Alpes-Maritimes, personne habitant en milieu urbain.

Garçon de 10 ans présentant une surdité profonde.

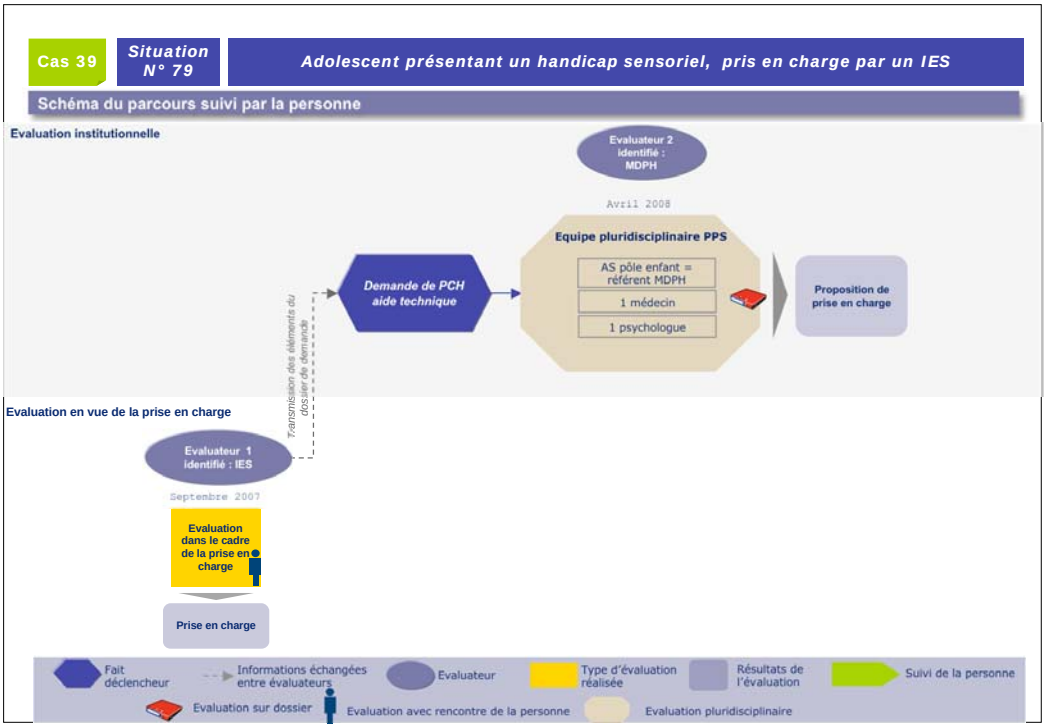
Présentation du parcours de la personne :

L'enfant a toujours été pris en charge en milieu spécialisé avec l'accompagnement d'interprètes LSF: il a d'abord été suivi par un SAFEP puis pris en charge par un IES en demi-internat.

Il est actuellement en internat thérapeutique de semaine et bénéficie d'un accompagnement spécialisé (professeur de l'IES) dans une classe « externée » au sein d'un établissement scolaire ordinaire.

La situation est étudiée dans le cadre d'une demande de PCH aide technique (matériel pédagogique adapté à une prise en charge en milieu ordinaire).

©2008 Deloitte



Cas 39 — ***Situation N° 79: Adolescent présentant un handicap sensoriel, pris en charge par un IES***

Evaluateur 1	IES

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**

Dans le cadre de la prise en charge en milieu ordinaire (« classe spécialisée externée »), une demande de matériel pédagogique adapté a été formulée à la MDPH.

- **Evaluation :**

L'évaluation réalisée par l'IES s'inscrit dans le cadre du suivi de régulier de la prise en charge effectuée par l'établissement. Celui-ci comporte deux étapes:

1- Suivi bimensuel

Des **réunions d'équipe bimensuelles sont organisées afin de faire un point régulier sur la situation de chacun des enfants**. Les professionnels participants sont les suivants: **responsable pédagogique, psychologue, orthophoniste, ORL, pédopsychiatre.** Les thèmes abordés systématiquement sont : **le suivi pédagogique et orthophonique**. Pour la situation étudiée, des points réguliers ont étaient faits sur des problèmes psychiatriques apparus chez l'enfant. Les comptes-rendu de ces réunions ne sont pas formalisés de manière systématique.

2- Synthèse annuelle

Une **synthèse générale est réalisée au moins une fois par an** (plus souvent en cas de difficultés particulières). A cette occasion, les bilans réalisés sont les suivants: **bilan psychologique (psychologue), bilan orthophonique (orthophoniste), bilan psychiatrique dans ce cas précis (pédopsychiatre), bilan pédagogique (éducateurs spécialisés), bilan scolaire (enseignants spécialisés).** Ces différents éléments sont présentés et discutés en réunion inter-disciplinaire avec la directrice afin de dresser un **bilan global de la situation par rapport aux objectifs initiaux et de définir les projets individuels pour l'année suivante**. La synthèse de ces échanges est réalisée par le psychologue et est communiquée à la famille.

- **Préconisation:**

Dans le cadre de la synthèse annuelle, le projet de prise en charge en milieu ordinaire était conditionné par l'obtention de matériel pédagogique adapté. Une demande a donc été formulée en ce sens à la MDPH.

- **Suivi:**

Dans le cadre de la demande de matériel pédagogique adressé à la MDPH, **l'IES a fourni les éléments suivant: bilan orthophonique (issue de la dernière synthèse), bilan auditif (audiogramme réalisé par l'ORL), certificat médical, bilan scolaire (issu de la dernière synthèse)**.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- Au cours des synthèses régulières réalisées par l'IES, la situation de l'enfant est appréhendée dans sa globalité. Cependant, dans le cadre de la demande spécifique formulée, les éléments transmis à la MDPH concernent principalement la dimension médicale de la situation.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** 1ère demande PCH aide technique
- **Nombre d'évaluateurs:** 3
- **Formation/fonction des évaluateurs** : enseignant spécialisé, ORL, orthophoniste
- **Choix de l'évaluateur** : professionnels concernés par la prise en charge
- **Informations disponibles en amont** : dossier scolaire des établissements précédents, dossier MDPH communiqué par les parents
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** aucune information complémentaire n'a été recherchée en amont
- **Tierce personne** : S/O
- **Outils** : outils maison
- **Durée :** S/O
- **Difficultés identifiées :** aucune difficulté particulière

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA — ©2008 Deloitte

Cas 39 | ***Situation N° 79: Adolescent présentant un handicap sensoriel, pris en charge par un IES***

Evaluateur 2 | **Equipe pluridisciplinaire du pôle enfant de la MDPH 06**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**

Le dossier est enregistré par les instructeurs administratifs puis transmis aux **évaluateurs du pôle Enfants**. Il comprend les éléments suivants: **le projet de vie** (ici prise en charge en milieu ordinaire), **un certificat médical** (cacheté), des renseignements administratifs et sociaux, **des bilans de suivi fourni par l'IES** (**bilan orthophonique, bilan auditif, bilan scolaire**), **l'historique des dossiers précédents** (disponible informatiquement) . **Le contenu du bilan de suivi a été arrêté avec les établissements,** dans le cadre des échanges réguliers avec la MDPH. Il peut ponctuellement faire l'objet de demande de précision ou d'ajustement. Aucune demande d'information complémentaire n'a été formulée dans le cas étudié.

- **Evaluation :**

Les éléments du dossier sont analysés de manière collégiale en « EP PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation) », à laquelle participe les professionnels suivants: médecin du pôle enfant, assistante sociale (référente pour le dossier), **psychologue**. L'évaluation avait pour objectif principal **de se prononcer sur l'adéquation du matériel demandé.** Elle s'est déroulée selon les modalités suivantes:

- **Présentation des pièces** constitutives du dossier par la référente ;
- **Analyse de l'audiogramme par le médecin** ;

Une fiche de synthèse type est renseignée à l'issue de la réunion par la référente qui reprend notamment l'historique de la situation, les droits en cours, une synthèse de l'analyse réalisée, les préconisations envisagées.

- **Préconisations et validation:**

Pour ce type de demande la décision s'appuie essentiellement sur les résultats de l'audiogramme, la demande de matériel pédagogique a été validée par le médecin du pôle « Enfants » pendant la réunion.

- **Suivi :**

La MDPH n'a pour l'instant mis en place aucune procédure de suivi des décisions de la CDAPH.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- L'analyse de ce type de demande est considérée comme « simple » car reposant quasi-exclusivement sur les résultats de l'audiogramme fourni par l'IES.
- Les équipes de la MDPH réalisent rarement elles-même le diagnostic des déficits sensoriels des enfants, mais exerce d'avantage un rôle d'identification et de mobilisation des compétences adéquate auprès des partenaires .

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** 1ère demande PCH aide technique
- **Nombre d'évaluateurs:** 3
- **Formation/fonction des évaluateurs**: médecin du pôle enfant, psychologue, assistante sociale
- **Choix de l'évaluateur** : en fonction du type d'aide demandée
- **Informations disponibles en amont** : dossier complet retraçant l'historique des décisions précédentes + documents fournis au moment de la demande
- **Recherche d'informations complémentaires en amont:** Non
- **Tierce personne** : S/O évaluation sur dossier
- **Outils** : aucun outil
- **Durée :** 15 min en équipe pluridisciplinaire
- **Difficultés identifiées :** aucune. Evaluation standard.

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

©2008 Deloitte

Cas 105 — ***Situation N° 101 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un plurihandicap, non suivie à domicile***

Fiche d'identité du cas

Eléments personnels	**Age**	Personne âgée
	Type de handicap	Plurihandicap
	Type de demande	APA
	Moment de la demande	Première demande
Eléments environnementaux	**Milieu**	Urbain
	Hébergement	Domicile
	Structure de suivi	Aucune
Eléments organisationnels	**Mode d'évaluation**	Rencontre de la personne
	Manière d'évaluer	Observation
	Présence d'un tiers (proche)	Oui
	Recherche d'informations complémentaires	Non
	Nb total d'institutions évaluatrices	3
	Nb total d'évaluateurs	5
	Dont nombre total d'évaluateurs mobilisés par la MDPH / le CG	2
	Nb total de compétences	5
	Dont nombre total de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	2
	Types de compétences	Infirmière + Kiné + Travailleur social + Médecin généraliste + Autre (auxiliaire de vie)
	Dont type de compétences mobilisées par le CG / la MDPH	Travailleur social + Médecin généraliste
	Outils	AGGIR
	Modalités d'articulation entre acteurs	- Transmission d'informations - Présence d'autres évaluateurs
	Décision (CG)	Acceptation

Points d'attention soulevés par le consultant

- **Spécificité de l'organisation de l'évaluation dans le département des 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.
- **Qualité de l'évaluation très liée à l'existence d'un réseau communiquant régulièrement** et dès que nécessaire pour signaler des évolution dans l'état de la personne.
- **Evaluation jugée « évolutive » sur ce type de pathologie** : nouvelle évaluation de semaine en semaine.
- **Importance de la gestuelle** dans l'évaluation de cette personne qui ne s'exprime plus : c'est son seul moyen de communication.

©2008 Deloitte

Cas 105 — ***Situation N° 101*** — ***Personne âgée vivant à domicile, présentant un plurihandicap, non suivie à domicile***

Présentation de la situation de la personne :

Département des Yvelines, personne habitant en milieu semi-urbain résidentiel.

Homme de 81 ans, vivant en couple avec son épouse qui est son aidante principale. Ayant subi un AVC il y a 4-5 ans, il a des séquelles importantes et une maladie d'Alzheimer qui se développe.

Présentation du parcours de la personne :

Le cas a été signalé à la coordination par le réseau de santé saisi par la conjointe.

Mars 2008 : Déplacement conjoint de la coordination gérontologique et du réseau de santé pour réaliser leur première évaluation. Le réseau a envoyé une infirmière coordinatrice pour évaluer la situation et a proposé :
- le passage d'un kiné pour entretenir la capacité à se déplacer,
- la mise en place d'un dossier APA.

Suite à cette visite, pendant laquelle les différentes possibilités d'aides avaient été présentées, une demande d'APA a été présentée, donnant lieu à la mise en place d'un plan d'aide très rapidement (effectif au 1er avril 2008).

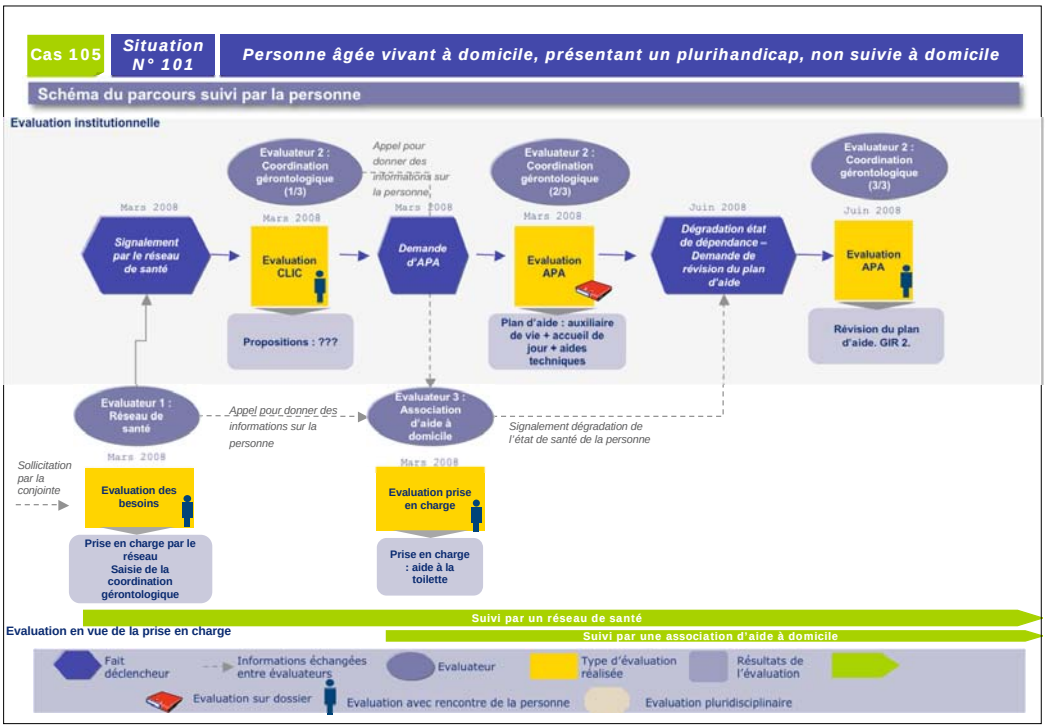
L'association d'aide à domicile s'est déplacée pour réaliser son évaluation et mettre en place l'aide. Au cours des interventions une dégradation de l'état de santé a été constatée, entrainant un signalement à la coordination gérontologique et le déclenchement d'une demande de révision.

Une 2ème visite de la coordination gérontologique a donc eu lieu, entraînant une révision du plan d'aide.

La personne continue à faire l'objet d'un suivi rapproché en raison de l'évolution rapide de son état de santé, via le réseau de santé et l'association d'aide à domicile. La coordination gérontologique fait confiance à ce réseau pour la tenir informée des évolutions.

NB : L'organisation de l'évaluation dans les Yvelines est particulière. Elle fait intervenir en lieu et place d'évaluation du CG, des « coordinations gérontologiques », structures remplissant à la fois le rôle de CLIC et d'évaluateur APA (pour le compte du CG).

©2008 Deloitte



Cas 105 — ***Situation N° 101 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un plurihandicap, non suivie à domicile***

Evaluateur 1 — **Réseau de santé**

Synthèse de l'évaluation

- **Origine et préparation de l'évaluation :**
- L'épouse du patient a contacté le réseau à propos de son époux, sur recommandation du médecin traitant. La personne souffre de la maladie d'Alzheimer et commence à se « grabatiser ». L'épouse refusait toute aide jusqu'à présent pour s'occuper de son mari.
- Comme celui-ci n'était pas bénéficiaire de l'APA, le réseau a signalé sa situation à la coordination gérontologique pour organiser une visite commune d'évaluation des besoins. L'idée était d'accélérer le traitement de la demande et d'éviter les redites pour la personne.
- Avant la visite le réseau a eu un contact téléphonique avec l'épouse et avec le médecin traitant.

- **Evaluation :**
- **L'évaluation menée par le réseau est pluridisciplinaire**. Elle fait normalement intervenir l'infirmière, le kiné et le médecin gériatre. Dans ce cas, le médecin traitant étant qualifié en gérontologie, une évaluation spécifique par un médecin gériatre n'a pas été jugée utile.

- **L'infirmière a mené son évaluation lors d'une visite commune avec l'AS de la coordination gérontologique**. La quasi-totalité des patients suivis par le réseau de santé l'étant également par la coordination gérontologique, le réseau privilégie ces visites communes au début de la prise en charge. Chaque évaluateur a son savoir : social pour la coordination gérontologique, infirmier pour le réseau de santé.
- L'interrogatoire de l'infirmière a pour but de cerner la pathologie, le traitement et de faire un premier relevé de l'état de dépendance.
- Si l'AS utilise la grille AGGIR, l'infirmière du réseau utilise l'IADL, grille considérée par le réseau comme fiable pour refléter l'état de dépendance. L'infirmière procède à un recueil de données sur la situation. Elle visite le domicile pour voir quelles améliorations sont possibles.

- **L'évaluation du kiné** (responsable du réseau ayant une formation gériatrique) a suivi celle de l'infirmière. Réalisée à domicile, elle a duré environ 45 min. L'évaluation a porté sur plusieurs domaines : test d'équilibre, évaluation marche, transfert, musculaire, articulaire, adaptation à l'effort. Il s'agissait d'évaluer de façon globale les capacités d'autonomie du demandeur.

- **Préconisation :**
Suite à l'évaluation kiné, préconisation de séances de kiné pour maintenir les acquis le plus longtemps possible.
La double évaluation a également donné lieu à un certain nombre de préconisations en terme de matériel, transmises au médecin traitant.

- **Suivi :**
- Les évaluations ont été transmises au médecin traitant avec les propositions de soin et d'aide.
- Une fiche de transmission a été envoyée à la coordination gérontologique et des échanges réguliers ont eu lieu. Par contre les comptes-rendus médicaux ou paramédicaux n'ont pas été transmis.
- Le réseau a fourni une aide ponctuelle à l'occasion d'une « majoration de troubles momentanée mettant en difficulté le patient ». Une équipe mobile de nuit est alors intervenue ponctuellement.
- En raison de l'augmentation de l'état de dépendance signalée par l'ensemble des intervenants, le kiné évaluateur va se rendre au domicile de la personne pour une deuxième évaluation.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Première demande
- **Nombre d'évaluateurs:** 2
- **Formation/fonction des évaluateurs** : Une infirmière et un kiné (responsable du réseau)
- **Choix de l'évaluateur** : attribution géographique des dossiers.
- **Informations disponibles en amont** : aucune
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** non
- **Tierce personne** : oui présente lors de la visite
- **Outils** : IADL (pour l'infirmière)
- **Durée :** 1h30 (infirmière) + 45 min (kiné)
- **Difficultés identifiées :** Réticences de l'aidant familial à surmonter

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- **Très bonne collaboration avec la coordination gérontologique**. Tous les patients du réseau sont en commun avec la coordination gérontologique, sauf ceux qui ne veulent pas de l'APA.

- **Bonne collaboration avec les médecins traitants** : 71% des médecins sur le territoire couvert sont adhérents au réseau.

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA ©2008 Deloitte

Cas 105 — ***Situation N° 101 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un plurihandicap, non suivie à domicile***

Evaluateur 2 — **Coordination gérontologique (pour le compte du CG)**

Synthèse de l'évaluation

Origine et préparation de l'évaluation :
- La coordination gérontologique a été saisie par le réseau de santé, lui-même alerté par la conjointe de la dégradation de l'état de santé de son mari et de son état de fatigue conséquent (en tant qu'aidante familiale).
- La coordination n'a pas eu de contact avec le médecin traitant, tout ce qui est médical étant géré par le réseau de santé.

Evaluation :
Lors de la **première visite**, la personne évaluée n'a pas été présente pendant l'ensemble de l'entretien car elle était particulièrement diminuée et apathique. L'assistante sociale a expliqué le dispositif, son fonctionnement. La conjointe a exprimé le souhait d'être aidée pour lui, mais pas pour l'entretien du logement. L'assistante sociale a laissé un dossier APA et commencé à le remplir sur place.
Suite à cette visite à domicile, l'évaluateur s'est entretenu avec le médecin harmonisateur de la coordination gérontologique.
Le dossier APA ayant été complété et envoyé par le demandeur au CG, l'assistante sociale a transmis son évaluation, sans nouvelle visite, au CG pour que le plan d'aide soit mis en place.

Préconisation :
- Un aide à la toilette 2 fois / semaine a été proposée. Il était nécessaire de dépasser les réticences de la conjointe ne voulant pas cesser d'assumer les soins auprès de son mari (réticences qu'elle mettait sur le compte de son mari).
- Une demande de carte d'invalidité et de carte de stationnement a été suggérée à la famille.

Suivi :
La coordination a pris contact avec une association dont toutes les auxiliaires sont formées aux pathologies du grand âge. Avec l'infirmière du réseau de santé, elles l'ont mis au courant des réticences de la conjointe.
3 mois après la mise en place de l'aide, une réévaluation du plan d'aide a été envisagée car la conjointe est de plus en plus fatiguée et son conjoint a chuté, ce qui le rend plus dépendant. L'auxiliaire de vie et le réseau de santé ont appelé la coordination pour signaler cette évolution. L'assistante sociale a donc procédé à une nouvelle évaluation a domicile et le plan d'aide a été révisé.

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- **Importance du réseau pour nourrir l'évaluation** : la dégradation de l'état du demandeur et de son aidante a été signalé très rapidement par les intervenants à domicile. Leurs signalements ont permis à la coordination gérontologique d'intervenir, en étant déjà informée de façon détaillée sur l'évolution de l'état du demandeur.
- **Impact des réticences de l'aidant sur l'évaluation**. Le demandeur, évalué en GIR 2, aurait relevé de l'APA depuis longtemps, selon l'évaluatrice. L'allocation n'avait pas été demandée par manque d'information ou non nécessité d'aide financière. Dans tous les cas, cela a créé une conviction comme quoi l'aide apportée par la conjointe à son mari était suffisante, alors même que son état se dégradait. L'intervention de la coordination gérontologique a alors très largement consisté à faire accepter l'aide nécessaire à la conjointe. Ceci était d'autant plus nécessaire que le projet du couple est de maintenir le monsieur à domicile jusqu'au bout.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Première demande
- **Nombre d'évaluateurs:** 2
- **Formation/fonction des évaluateurs** : Assistante sociale de la coordination gérontologique + médecin harmonisateur de la coordination
- **Choix de l'évaluateur** : en fonction du secteur géographique
- **Informations disponibles en amont** : informations transmises par le réseau de santé
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** non
- **Tierce personne** : oui présente lors de la visite
- **Outils** : grille AGGIR
- **Durée :** 1h30
- **Réalisation de la première proposition de plan de suivi :** Lors de l'entretien face-à-face
- **Difficultés identifiées :** Réticences du conjoint, aidant familial, à surmonter

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA — ©2008 Deloitte

Cas 105 — ***Situation N° 101 : Personne âgée vivant à domicile, présentant un plurihandicap, non suivie à domicile***

Evaluateur 3 — **Association d'aide à domicile**

Synthèse de l'évaluation

Origine et préparation de l'évaluation :
- L'association a été contactée pour intervenir par le réseau de santé et par la coordination gérontologique, le même jour. Elle a été avertie que la conjointe était rétive par rapport à l'aide, mais s'était décidée à accepter une intervention.

Evaluation :
- La responsable de l'association s'est présentée au domicile de la personne pour introduire l'auxiliaire de vie fin mars. L'aide a été mise en place directement car la personne se sentait défaillir par rapport à la tâche. 3 passages hebdomadaires étaient prévus dans le plan d'aide APA démarrant au 1er avril.
- Lors de cette visite, et par la suite, a été menée une « auto-évaluation concertée ». C'est par la discussion avec l'aidant que l'évaluatrice estime les besoins d'accompagnement et via les remontées d'informations de l'Auxiliaire de vie sur le terrain.
- Début juin, l'aide a été augmentée du fait de la lassitude de la conjointe et de la chute et hospitalisation du monsieur. Un nouveau plan d'aide a été établi avec 7 passages hebdomadaires et un passage de l'équipe mobile de nuit pour le coucher.

Préconisation :
- Sollicitation d'une évaluation du kiné du réseau de santé car des problèmes étaient rencontrés au niveau des transferts. L'association voulait disposer d'une évaluation de l'existant, pour adapter les interventions des auxiliaire de vie intervenant.

Suivi :
- Le suivi se fait via un outil du réseau de santé : un classeur disponible pour tous les intervenants, contenant
  - L'évaluation du médecin traitant
  - L'évaluation du kiné
  - Les CR des séjours hospitaliers
  - Les souhaits d'intervention de l'assistante sociale de la coordination gérontologique
  - La grille de suivi des auxiliaires de vie (évolutions majeures de l'état de la personne)

Analyse des facteurs déterminants de l'évaluation

- **Evaluation jugée « évolutive » sur ce type de pathologie** : nouvelle évaluation de semaine en semaine.
- **Pas d'utilisation de la grille AGGIR** jugée non pertinente.
- **Les membres de la famille sont considérés comme les premiers évaluateurs** par la responsable de l'association qui base en grande partie son évaluation sur ce qu'ils expriment.
- **Importance de la gestuelle** dans l'évaluation de cette personne qui ne s'exprime plus : c'est son seul moyen de communication.

Caractéristiques de l'évaluation

- **Moment de la demande :** Première demande
- **Nombre d'évaluateurs:** 1
- **Formation/fonction des évaluateurs** : Auxiliaire de vie
- **Choix de l'évaluateur** : C'est toujours la responsable de l'association qui effectue les évaluations
- **Informations disponibles en amont** : informations transmises au téléphones par le réseau de santé et la coordination gérontologique
- **Recherche d'informations complémentaires en amont :** non
- **Tierce personne** : oui présente lors de la visite
- **Outils** : calendrier de suivi des interventions dans lequel sont consignées les évolutions de l'état de la personne
- **Durée :** 1h
- **Difficultés identifiées :** Forte évolutivité de l'état de la personne requérant des évaluations fréquentes de ses besoins pour adapter au mieux l'intervention

Étude portant sur « les pratiques d'évaluation : une étude des organisations et des représentations » pour le compte de la CNSA — ©2008 Deloitte

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

Restitution des résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux

Janvier 2009

0

Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux
- Détail des résultats
  - Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - Pratiques d'évaluation retenues
  - Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

1

1- Avant propos : Précisions méthodologiques

La démarche d'enquête par questionnaire vient compléter l'étude qualitative des pratiques d'évaluation en restituant une base d'analyse quantitative des choix organisationnels effectués et des données d'activité permettant d'éclairer ces choix. Elle fournit également une image des difficultés et des leviers de changement soulevés par les Conseils généraux eux-mêmes.

Contexte

L'enquête par questionnaire vise à corroborer et/ou compléter les éléments de diagnostic et d'analyse des pratiques d'évaluation obtenus par le biais :

- De l'analyse documentaire et des entretiens avec les responsables de la CNSA ;
- De l'étude des organisations menée sur 11 départements ;
- De l'étude des cas concrets d'évaluation effectuée dans le cadre des 124 monographies de terrain (10 départements).

Objectifs

- Etablir une typologie des modalités d'organisation et des pratiques d'évaluation sur la base d'un large échantillon de répondants.
- Recueillir des données en termes d'activité permettant d'éclairer les choix organisationnels effectués et les difficultés rencontrées.
- Obtenir une base d'analyse homogène des difficultés et des leviers de changement identifiés comme prioritaires par les acteurs de terrain.

Périmètre

- Le questionnaire a été adressé à la totalité des Conseils généraux, de métropole et d'Outre-mer.
- Il s'adressait aux personnes en charge de la coordination et du pilotage de l'activité d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie dans le CG.

2

1- Avant propos : Précisions méthodologiques

Structure du questionnaire: (cf: le détail du questionnaire se trouve en fin de document).

- Le questionnaire est structuré autour de 4 thèmes prioritaires:
  - La description des équipes d'évaluation et des différents partenaires ;
  - La démarche d'évaluation des besoins ;
  - Les difficultés et les leviers de changement identifiés ;
  - Les principaux indicateurs d'activité.

Mode de restitution

- Le questionnaire a été adressé aux Directeurs de l'Action sociale (ou postes équivalents) des différents départements le 9 juin 2008 par voie électronique.
- La date butoir de réponse a été fixée au 1er août 2008 (une relance téléphonique et une relance par mail ont eu lieu au cours de la période de réponse)
- Les consultants Deloitte ont fourni une assistance technique aux répondants qui l'ont nécessitée tout au long de la période de réponse.

Niveau de retour des questionnaires

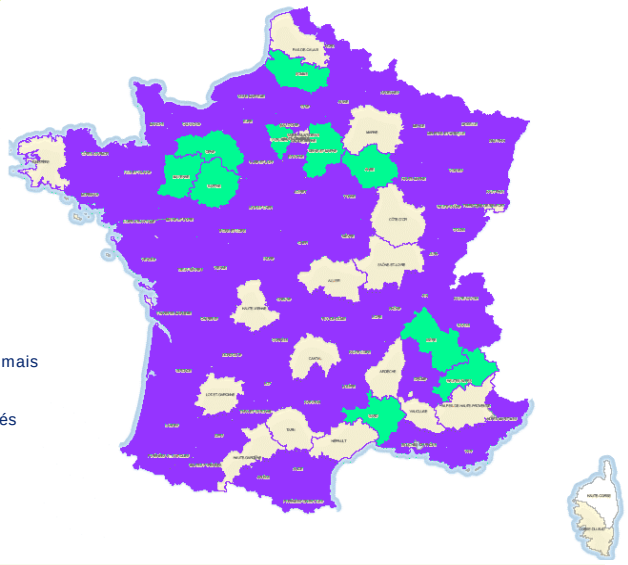
- Le questionnaire a obtenu un fort taux de réponse : 77% des Conseils généraux y ont répondu (cf: la carte des Conseils généraux répondants se trouve en page suivante)
- Aucun Conseil général d'Outre-mer n'a répondu à l'enquête par questionnaire.

3

1- Avant propos : Précisions méthodologiques

Carte des retours

- **La carte ci-contre permet d'avoir une vision globale de l'ensemble des départements ayant répondu au questionnaire.**



Questionnaires complets

Questionnaires incomplets mais exploitables

Questionnaires non renvoyés

Sommaire

Avant propos : précisions méthodologiques

Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux

Détail des résultats

- Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
- Pratiques d'évaluation retenues
- Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

2- Synthèse des principaux résultats

Les résultats issus de l'enquête quantitative sont structurés autour de trois dimensions :

- **Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires**
- **Pratiques d'évaluation retenues**
- **Difficultés et leviers de changement identifiés**

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires	Pratiques d'évaluation retenues	Difficultés et leviers de changement identifiés
➢ Nombre de professionnels composant les équipes d'évaluation ➢ Type de compétences mobilisées pour évaluer ➢ Partenariats mis en place pour évaluer : nombre, type de partenaires retenus, …	➢ Recherche d'informations complémentaires par les évaluateurs ➢ Méthode de distribution des dossiers entre les différents professionnels des équipes d'évaluation ➢ Réalisation de réunions au sujet de l'évaluation au sein des équipes médico-sociaux ➢ Nombre et principales caractéristiques des évaluations menées à domicile et sur dossier ➢ Outils d'évaluation utilisés	➢ Satisfaction avec : • La qualité des évaluations et le service prêté aux usagers • L'organisation du CG pour évaluer • Les équipes d'évaluation • Les outils d'évaluation • Les partenaires ➢ Principales difficultés et leviers de changement identifiés ➢ Besoins d'accompagnement soulevées par les acteurs de terrain

➢ **Une présentation des principaux indicateurs d'activité est présentée en annexe.**

6

2- Synthèse des principaux résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

L'organisation de l'activité

➢ La territorialisation (création d'équipes d'évaluation au niveau local -généralement sur la base des Unités d'action sociale du Conseil général ou éventuellement par le biais du conventionnement des CLIC-, pilotés au niveau central par le Conseil général) de l'activité d'évaluation constitue une pratique fréquente. **Le panel de répondants à cette enquête est constitué pour moitié de départements territorialisés (53% des Conseils généraux répondants) et pour moitié de départements non territorialisés (47% des Conseils généraux répondants).**

Les Equipes Médico-sociales

➢ **La taille des équipes médico-sociales dédiées à la réalisation des évaluations est très variable d'un département à l'autre** :
  - ➢ 18 Conseils généraux répondants (26% du total de répondants) disposent d'équipes de moins de 10 ETP ;
  - ➢ 29 Conseils généraux répondants (soit 42% du total de répondants) disposent d'équipes composées de 10 à 20 ETP ;
  - ➢ 23 Conseils généraux répondants (32% du total de répondants) disposent d'équipe de plus de 20 évaluateurs.

➢ **Concernant la pluridisciplinarité des équipes médico-sociales :** Moins de la moitié des Conseils généraux répondants, soit 45% des répondants, disposent d'une équipe médico-sociale composée de médecins, de travailleurs sociaux et d'infirmières pour réaliser les évaluations.

➢ Cependant on note que **96% des Conseils généraux répondants affirment être d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation : *« vous parvenez à mobiliser les compétences nécessaires pour réaliser les évaluations ».*** Seuls 17 départements sur les 77 qui ont répondu ont considéré le manque de pluridisciplinarité au sein des EMS comme une difficulté rencontrée dans la réalisation des évaluations.

➢ Seuls 43 départements répondants (soit 58% du total de répondants à cette question) ont affirmé disposer d'un coordinateur d'équipe médico-sociale.

7

2- Synthèse des principaux résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

La politique partenariale

- **Un recours aux partenaires lors de l'évaluation non systématique :** Moins d'un département sur trois affirme faire appel à des partenaires pour réaliser des évaluations (21 départements sur une base de réponse à cette question de 75 départements)
- **Les principaux partenaires des Conseils Généraux sont les CLIC et les caisses de retraite**
- **Les échanges informels semblent en revanche fréquents** : presque tous les départements répondants ont affirmé contacter les différents acteurs de l'environnement familial, social ou de suivi de la personne lorsque des informations complémentaires étaient nécessaires.

Les évaluations à domicile

- **78% des Conseils généraux répondants effectuent une seule visite à domicile afin de réaliser l'évaluation des besoins. Généralement, cette visite ne mobilise qu'un seul professionnel.**
- **Les visites durent au moins 45 minutes** et ceci indépendamment du nombre de visites réalisées auprès d'une même personne.
- **Les dossiers de demande d'aides sont triés et répartis entre évaluateurs en fonction d'un critère géographique** dans la quasi-totalité des départements ayant répondu à la question (67 Conseils généraux sur 71 répondants)
- **64% des départements répondants affirment avoir réalisé des évaluations à domicile avec d'autres acteurs de l'évaluation.**

8

2- Synthèse des principaux résultats

Pratiques d'évaluation retenues

Les évaluations sur dossier

- **Malgré l'obligation légale de rencontrer les personnes âgées, 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 .

La recherche d'informations complémentaires

- **La recherche d'informations complémentaires lors du processus d'évaluation a lieu de manière ponctuelle. Les résultats des Conseils généraux répondants montrent que :**
  - **La recherche d'informations complémentaires auprès la famille/ les proches du demandeur a surtout lieu 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 sont contactés dans une majorité des cas par les Conseils généraux afin de bénéficier d'un avis spécialisé**
  - **Les établissements et services d'aide à domicile sont généralement consultés lorsque la personne bénéficie déjà d'un suivi par ces instances.**
  - **Les CCAS et les CLIC sont les instances les plus consultés pour connaître la situation sociale/ l'environnement familial de la personne évaluée.**

Les réunions d'équipe des EMS

- **Les réunions de concertation au sujet de l'évaluation sont fréquentes dans les EMS des départements répondants**. Elles ont lieu lors de l'étude de dossiers ou dans le cadre de formations.

Les outils d'évaluation

- **L'utilisation d'outils d'évaluation complémentaires à AGGIR est plutôt fréquente :** seul un tiers des départements répondants ont affirmé se limiter à la grille AGGIR pour évaluer. L**e recours à des « outils maison » (grilles reprenant et complétant AGGIR) est aussi fréquent** (environ un tiers des départements répondants).
- **La moitié des départements** ayant répondu à la question **disposent des versions informatisées de leurs outils d'évaluation** (notamment pour le calcul du classement Iso-ressources sur la base d'AGGIR).

9

2- Synthèse des principaux résultats

Difficultés et leviers de changement identifiés

Les motifs de satisfaction

La quasi-unanimité des Conseils généraux répondants sont très satisfaits ou satisfaits de :

- La qualité des évaluations réalisées et du service prêté aux usagers cité par 98% des répondants.
- L'organisation de l'activité dans leur Conseil général citée par 98% des répondants.
- La mobilisation de compétences pour la réalisation des évaluations citée par 96% des répondants.
- Le délais de traitement des demandes cité par 87% des répondants.
- La coordination entre acteurs dans le département citée par 85% des répondants.

Les motifs d'insatisfaction

Les principaux motifs d'insatisfaction sont :

- **L'adéquation de la grille AGGIR pour la réalisation d'évaluations globales** citée par 74% de départements répondants .
- La prise en compte des besoins des aidants citée par 45% de Conseils généraux répondants.
- Les systèmes informatiques dont ils disposent cités par 38% des Conseils généraux répondants.

Les principales difficultés identifiées

Les principales difficultés rencontrées sont :

- Le décalage existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations.
- Le manque d'effectifs au regard du nombre de dossiers à évaluer.
- L'inadaptation des outils d'évaluation utilisés pour évaluer.

Les informations les plus demandées

Les informations les plus demandées concernent :

- Les outils d'évaluation existants ou en phase de test.
- Les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements.
- La coordination mise en place avec les partenaires dans d'autres départements.

10

Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux
- Détail des résultats
  - Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - Pratiques d'évaluation retenues
  - Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

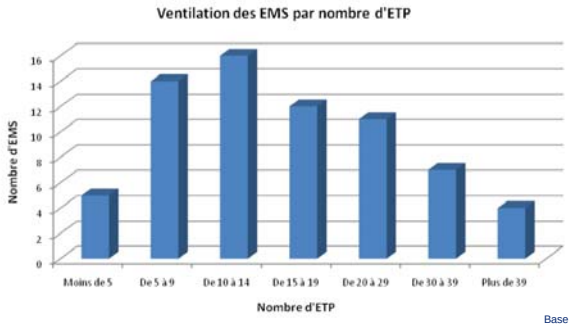
11

3- Détail des résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

- **Nombre d'effectifs dédiés à l'activité d'évaluation de besoins (Q4 à 24)**

- **La majorité des Conseils généraux ayant répondu à cette série des questions dispose de moins de 20 ETP pour évaluer**. Le cas le plus fréquent étant celui des équipes composées de 10 à 20 ETP.
  - Parmi les 70 Conseils généraux répondants, 29 Conseils généraux, soit 42% des départements répondants, disposent d'équipes composées de 10 à 20 ETP
  - 18 Conseils généraux, soit 26% des départements répondants, disposent d'équipes de moins de 10 ETP pour réaliser les évaluations.
  - 23 Conseils généraux, soit 32% des départements répondants, disposent d'équipes de plus de 20 évaluateurs.



Base : 70 Conseils généraux

3- Détail des résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

- **Composition globale des équipes d'évaluation (Q4 à Q24)**

- **Moins de la moitié des départements répondants (45% des départements répondants) disposent d'une équipe médico-sociale composée de médecins, de travailleurs sociaux et d'infirmières pour réaliser les évaluations .**

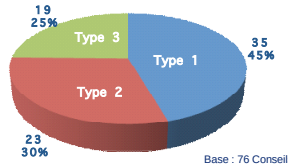
- **Trois grandes modalités organisationnelles ont pu être identifiées concernant la composition des équipes médico-sociales:**
  - **Equipes type 1** (35 équipes sur 76 départements ayant répondu à la question) : Equipes où sont présents les 3 types de compétences principales, à savoir médecin, infirmière et travailleur social.
  - **Equipes type 2** (23 équipes sur 76 départements ayant répondu à la question) : Equipes où sont présents des médecins et des travailleurs sociaux, mais aucune infirmière.
  - **Equipes type 3** (19 départements sur 76 départements ayant répondu à la question) :

    - Equipes composées par des médecins et des infirmières (3 départements) ;

    - Equipes composées par des travailleurs sociaux et des infirmières (6 équipes) ;

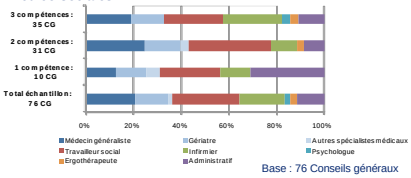
    - Equipes composées par un seul type de compétence (4 équipes composées par des travailleurs sociaux, 3 équipes composées par des médecins, 2 équipes composées par des infirmières et 1 équipe composée par du personnel administratif).

Répartition du total de l'échantillon en fonctio
d'équipe médicosociale retenu



Base : 76 Conseils généraux

Distribution de compétences au sein des équipes médico-sociales



Base : 76 Conseils généraux

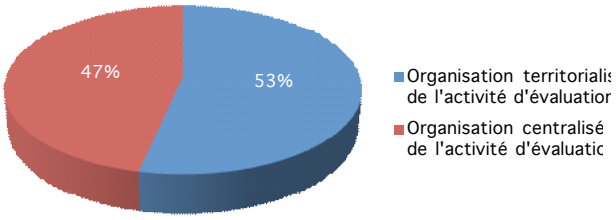
- **43 des 76 départements répondants ont affirmé disposer d'un coordinateur d'équipe médico-sociale. Lorsqu'il existe, le coordinateur d'EMS est dans la plupart des cas un médecin : c'est le cas pour 22 des départements répondants.**

3- Détail des résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

- **Territorialisation des équipes d'évaluation (Q25 et Q26)**
  - **Environ la moitié des départements (39 départements sur les 73 ayant répondu à la question, soit 53% du total de répondants) disposent d'une organisation de l'activité d'évaluation de type territorialisée.**
    - **Dans presque la totalité des cas, la création d'équipes d'évaluation au niveau local s'est appuyée sur les Unités d'Action Sociale des Conseils généraux**

Modalités d'organisation de l'activité d'évalu
besoins dans les départements répond



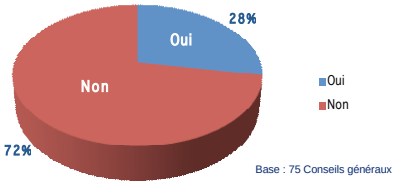
Base : 73 Conseils généraux

3- Détail des résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

- **Politique partenariale (Q27 à Q51)**
  - **Un recours aux partenaires lors de l'évaluation non systématique :** Moins d'un département sur trois affirme faire appel à des partenaires pour réaliser des évaluations (21 départements sur une base de réponse à cette question de 75 départements).
    - La quasi totalité des départements faisant appel à des partenaires pour la réalisation d'évaluations ont formalisé leurs relations par le biais de conventions.

Votre Conseil général a-t-il fait appel à des partenaires
réalisation des évaluations ?



Base : 75 Conseils généraux

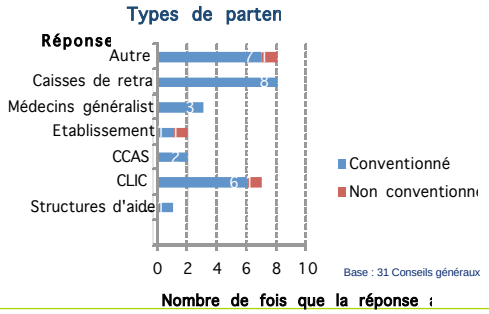
  - **Des rencontres fréquentes :** 17 des 21 Conseils généraux ayant affirmé avoir des partenaires pour la réalisation des évaluations ont déclaré les rencontrer au moins 2 fois par an, dont 11 plus de trois fois par an.
  - **Les évaluations et la formation ont été les deux raisons de réunion avec les partenaires les plus citées** (N.B. seuls 11 départements ont répondu à cette question)

3- Détail des résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Politique partenariale (Q27 à Q51 suite)

- **Les principaux partenaires de travail des CG sont les CLIC et les Caisses de retraite**
  - La territorialisation de l'activité d'évaluation semble expliquer les partenariats avec les CLIC : 5 des 7 Conseils généraux répondants ayant établi des partenariats avec les CLIC disposent d'organisations territorialisées. 4 d'entre eux ont expliqué avoir déconcentré l'activité d'évaluation sur la base des CLIC.
  - 8 Conseils généraux répondants ont établi des relations partenariales avec les différentes caisses de retraite (la principale étant la CRAM). Dans une majorité des cas ces partenariats concernent la coordination de la répartition du travail entre ces deux institutions (réalisation des évaluations des personnes GIR 5 et 6 pour les caisses de retraite et des GIR 1 à 4 par les Conseils généraux). Seules deux conventions semblent avoir été établies afin d'externaliser ou effectuer une reconnaissance mutuelle des évaluations réalisées par chacune de ces institutions.
  - Le recours à d'autres types de partenaires semble faible : le conventionnement de professionnels médicaux (médecins et infirmières libérales) n'a été constaté que dans 4 départements répondants. Les relations partenariales avec les CCAS et les réseaux gérontologiques n'ont été constatées respectivement que deux fois.



Base : 31 Conseils généraux

3- Détail des résultats

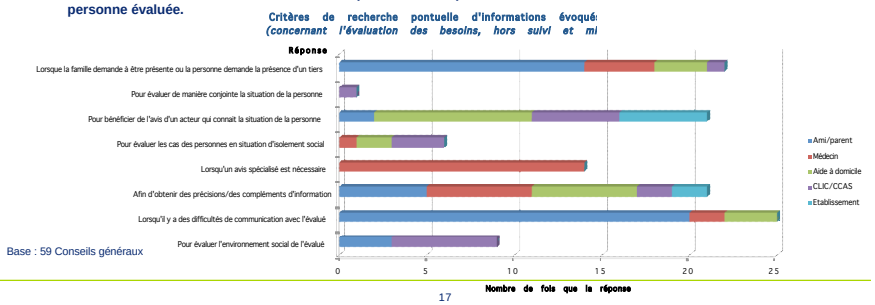
Pratiques d'évaluation retenues

Recherche d'informations complémentaires par les évaluateurs (Q52 à Q 64)

- La recherche d'informations complémentaires, par les évaluateurs, lors du processus d'évaluation, a lieu de manière ponctuelle.
- **Pour trois quarts des Conseils généraux répondants, cette recherche d'informations a concerné le processus d'évaluation en tant que tel** (obtenir des compléments, contacter un acteur qui connaît la situation de la personne, …)
  - Un tiers de réponses obtenues concernaient une mise en relation avec des partenaires afin de définir les modalités de prise en charge de la personne (suivi).

➢ **Les résultats des Conseils généraux répondants montrent que :**

- ➢ **La recherche d'informations complémentaires auprès la famille/ les proches du demandeur a surtout lieu 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 sont contactés dans une majorité des cas par les Conseils généraux afin de bénéficier d'un avis spécialisé**
- ➢ **Les établissements et services d'aide à domicile sont généralement consultés lorsque la personne bénéficie déjà d'un suivi par ces instances.**
- ➢ **Les CCAS et les CLIC sont les instances les plus consultés pour connaître la situation sociale/ l'environnement familial de la personne évaluée.**



Base : 59 Conseils généraux

3- Détail des résultats

Pratiques d'évaluation retenues

- **Méthode de répartition des dossiers entre évaluateurs (Q65 à Q68)**

- **67 Conseils généraux sur les 71 répondants disent trier et répartir les dossiers de demande d'aides entre évaluateurs en fonction d'un critère géographique.**

- **Parmi ces départements répondants, seuls 21 ont recours à une seconde méthode de répartition des dossiers en complément du critère géographique.**
  - **La seconde méthode de répartition des dossiers citée par les 18 départements répondants est :**

    1. **Le moment de la demande (première demande, renouvellement, révision, ...) : raison citée par 7 départements répondants**
    2. **La charge de travail des équipes : raison citée par 5 départements répondants**
    3. **Les cas demandant un traitement d'urgence : raison citée par 4 départements répondants**
    4. **La « complexité » du cas : raison citée par 2 départements répondants**

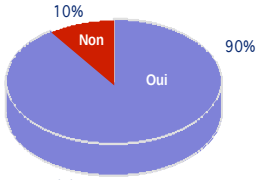
3- Détail des résultats

Pratiques d'évaluation retenues

- **Réunions de concertation au sujet de l'évaluation au sein des EMS (Q69 à Q83)**

- **90% des départements répondants organisent des réunions de concertation avec leurs équipes au sujet de l'évaluation.**
- **Ces réunions ont lieu principalement afin :**
  - **d'étudier des dossiers d'évaluation**
  - **de former/informer les équipes (aux outils, aux textes, ...)**
- **Généralement l'ensemble des membres des équipes médico-sociales participent à ces deux types de réunions (personnel administratif, médecins, infirmières et travailleurs sociaux)**

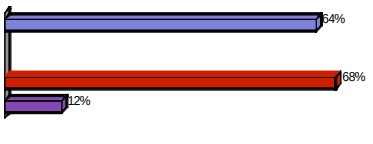
Organisez-vous des réunions de concertation au sujet de l'évaluation au sein des équipes médico-sociales ?



Base : 73 Conseils généraux

Quel est l'objectif de ces réunions ?

	Nb
Réunions générales d'information et de formation à l'évaluation (aux outils, aux textes juridiques, aux démarches,…)	49
Réunions portant sur l'étude de dossiers individuels	52
Autre	9
Total	**77**



Base : 77 Conseils généraux

3- Détail des résultats

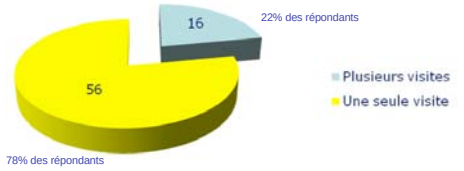
Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations à domicile (Q84 à Q104)**

- **Lors de l'évaluation à domicile, 78% des départements répondants n'effectuent qu'une seule visite.**
  - **Les Conseils généraux interrogés estiment qu'une seule visite est suffisante pour effectuer une évaluation des besoins satisfaisante, compte tenue de sa durée et des délais légaux d'instruction des demandes impartis.**
  - **Les deuxièmes visites ont généralement lieu lorsqu'un avis spécialisé est demandé (médecin ou ergothérapeute) ou lors des recours suite aux refus des plans d'aide.**
- **Les départements qui effectuent plusieurs visites le font généralement pour les raisons suivantes :**
  - **La réalisation systématique de deux visites a été retenue comme pratique organisationnelle : généralement il s'agit d'une première visite dite « d'éligibilité » réalisée par un médecin et d'une deuxième d'évaluation des besoins réalisée par un travailleur social.**
  - **La deuxième visite permet de mieux expliquer le plan d'aide à la personne et le contractualiser avec elle et sa famille.**

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 visit	56
Plusieurs visite	16
Total	72



Base : 72 Conseils généraux

20

3- Détail des résultats

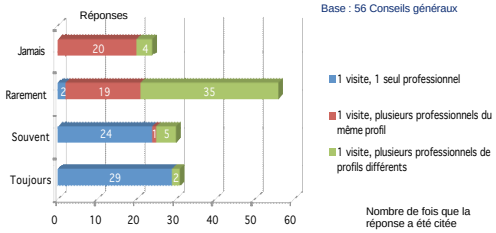
Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations à domicile (Q84 à Q104)**

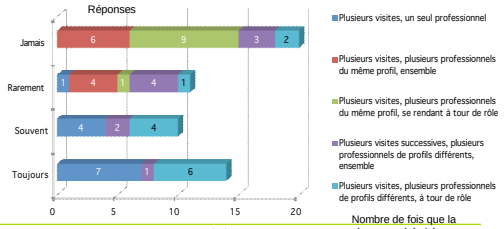
- **Les visites d'évaluation à domicile sont faiblement pluridisciplinaires :**
  - **Les départements qui réalisent une seule visite à domicile mobilisent généralement un seul professionnel pour la réalisation de l'évaluation**
  - **Les départements réalisant plusieurs visites mobilisent :**
    - **soit un seul professionnel qui réalise plusieurs visites :** de manière non systématique, lors des situations jugées « complexes » à évaluer (type de handicap, situation d'isolement social, ...) pour lesquelles une recherche d'informations complémentaires semble nécessaire.
    - **soit plusieurs professionnels de profils différents mais qui se mobilisent à tour de rôle** (en général ces cas correspondent aux départements ayant effectué le choix organisationnel de réaliser deux visites, une première « d'éligibilité » par le médecin et une deuxième « d' évaluation » par un autre professionnel, généralement un travailleur social).

Caractérisation des évaluations des départements réalisan domicile pour évaluer

Base : 56 Conseils généraux



Caractérisation des évaluations des départements réalisant plusieur évaluer



Base : 16 Conseils généraux

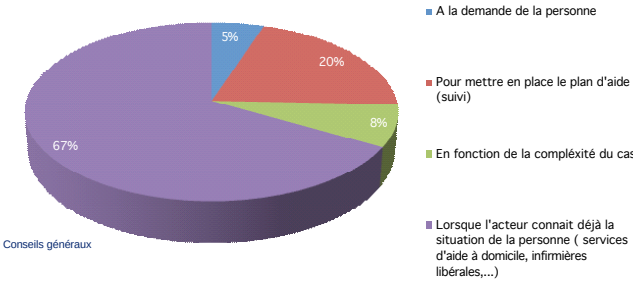
21

3- Détail des résultats

Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations à domicile (Q84 à Q104)**
  - **44 Conseils généraux sur les 68 répondants, soit 64% des départements répondants affirment avoir réalisé des évaluations à domicile avec des partenaires de l'évaluation.**
    - **Dans plus de la moitié des cas, leur mobilisation a eu lieu lorsque le partenaire sollicité suivait déjà la personne (structures d'aide à domicile, infirmières libérales). La connaissance de la situation du demandeur a été la principale raison citée pour expliquer la réalisation d'évaluations conjointes.**

Précisez les raisons qui expliquent que des partenaires vc
des évaluations à domicile



Base : 40 Conseils généraux

  - **N.B. Dans les exister de lien entre le nombre de visites effectuées et la mobilisation ou non de partenaires pour la réalisation des évaluations.**

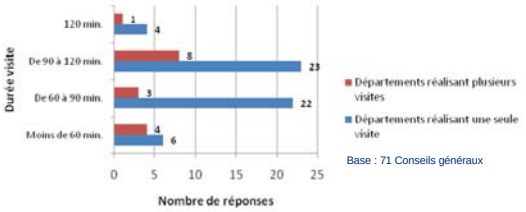
22

3- Détail des résultats

Pratiques d'évaluation retenues

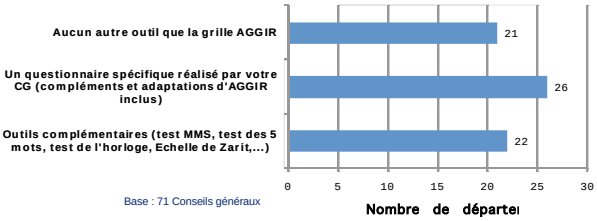
- **Caractérisation des évaluations à domicile (Q84 à Q104)**
  - **Les visites à domicile durent au moins 45 minutes.**
    - **Les départements répondants semblent réaliser fréquemment des visites d'une durée d'une à deux heures et ceci indépendamment du fait que plusieurs visites soient réalisées auprès de la même personne.**
  - **L'utilisation d'outils d'évaluation complémentaires à AGGIR est plutôt fréquente :** seul un tiers des départements répondants ont affirmé se limiter à la grille AGGIR pour évaluer.
  - **Un tiers des départements répondants ont recours à des « outils maison » (grilles reprenant et complétant AGGIR) est aussi fréquent.**
  - **La moitié des départements répondants disposent des versions informatisées de leurs outils d'évaluation** (notamment pour le calcul du classement Iso-ressources sur la base d'AGGIR)

Durée des visites d'évaluation à domicile (hors temps de trajet)



Base : 71 Conseils généraux

Outils utilisés par les évaluateu



Base : 71 Conseils généraux

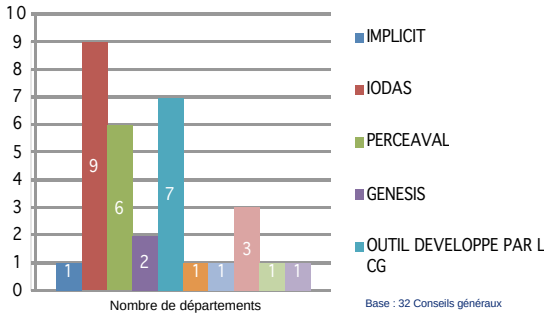
23

3- Détail des résultats

Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations à domicile (Q84 à Q104)**
  - **Environ la moitié des départements répondants ont affirmé disposer d'outils informatiques destinés au stockage d'informations.**
  - **Les logiciels utilisés sont différents d'un département à l'autre**
    - Les outils de stockage les plus fréquemment utilisés par les départements répondants sont IODAS, PERCEAVAL et des outils développés par le Conseil général.

Outils informatiques utilisés pour le stockage des données des départements répondants



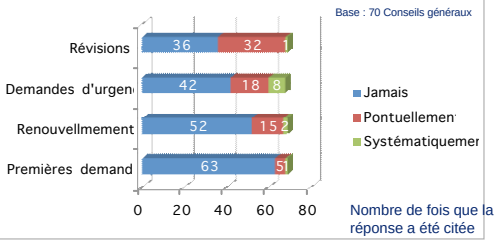
Base : 32 Conseils généraux

3- Détail des résultats

Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations réalisées uniquement sur dossier (Q105 à Q115)**
  - **La réalisation d'évaluations strictement sur dossier a lieu de manière ponctuelle, et généralement dans les cas de révisions et de renouvellements des plans d'aide.**
    - **Pour les premières demandes : l'évaluation strictement sur dossier reste une pratique marginale.** Pour 5 Conseils généraux répondants, elle a eu lieu lors de situations soit de grande dépendance (GIR 1 et 2) ou, à l'inverse, soit de faible dépendance (GIR 5 et 6), sur la base d'un certificat médical.

Cas des demandes pour lesquelles l'évaluation uniquement sur dossier



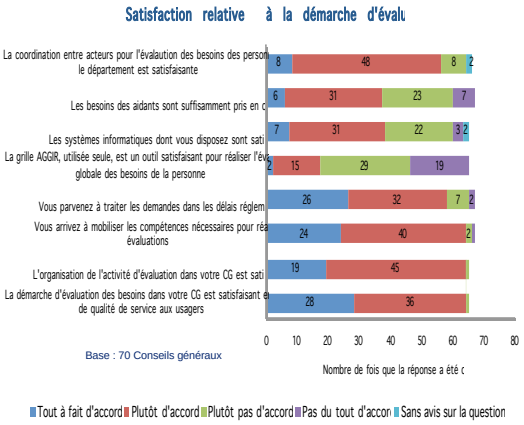
    - **Pour les renouvellements et les révisions :** Généralement, les évaluateurs des Conseils généraux n'effectuent pas une évaluation avec rencontre lorsque:
      - **La personne a été évaluée récemment (la révision a lieu quelques mois après la dernière évaluation)**
      - **La personne est suivie par un partenaire de confiance qui transmet les éléments servant de base à la nouvelle évaluation.**
    - **Les situations d'urgence sont évaluées sur dossier de manière plus fréquente. Cependant, l'analyse des commentaires effectués par les Conseils généraux permet d'établir que dans la plupart des cas, une deuxième évaluation avec rencontre de la personne a lieu lors de la mise en place de l'APA « normale ».**

3- Détail des résultats

Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Satisfaction relative à la démarche d'évaluation des besoins (Q116 à Q124)**

- **La quasi-unanimité des Conseils généraux répondants sont très satisfaits ou satisfaits de :**
  - **La qualité des évaluations réalisées et du service prêté aux usagers, citée par 98% des Conseils généraux répondants**
  - **L'organisation de l'activité dans leur Conseils généraux, citée par 98% des Conseils généraux répondants**
  - **La mobilisation de compétences pour la réalisation des évaluations citée par 96% des Conseils généraux répondants**
  - **Le délais de traitement des demandes cité par 87% des Conseils généraux répondants**
  - **La coordination entre acteurs dans le département citée par 85% des Conseils généraux répondants.**
- **Les principaux motifs d'insatisfaction sont :**
  - **L'adéquation de la grille AGGIR pour la réalisation d'évaluations globales citée par 74% de départements répondants**
  - **La prise en compte des besoins des aidants cité par 45% en désaccord**
  - **Les systèmes informatiques dont ils disposent cités par 38% en désaccord**



- **Le principal axe d'amélioration identifié par les répondants a été l'introduction dans la grille AGGIR de rubriques concernant l'évaluation de la capacité de la personne à faire les différentes activités par elle-même (sans aide) et les besoins de surveillance.**

26

3- Détail des résultats

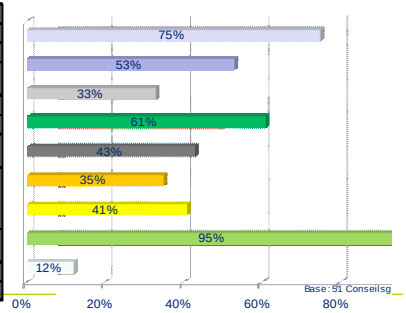
Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Difficultés rencontrées dans la réalisation des évaluations des besoins (Q125 à Q127)**
  - **Les principales difficultés rencontrées par les Conseils généraux répondants sont :**
    - Le décalage existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles
    - La manque d'effectifs au regard du nombre de dossiers à évaluer
    - L'inadaptation des outils d'évaluation utilisés pour évaluer.
  - **Seuls 17 des 51 Conseils généraux répondants considèrent le manque de pluridisciplinarité dans les EMS comme une difficulté.**
    - 8 Conseils généraux répondants souhaitent renforcer les équipes avec des ergothérapeutes.
    - 5 Conseils généraux répondants ont affirmé avoir besoin d'un renforcement des équipes avec des psychologues.

Notez de 1 à 5 les cinq principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des évaluations des besoins des perso nne

Notez de 1 à 5 les cinq 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
Total	**77**



27

3- Détail des résultats

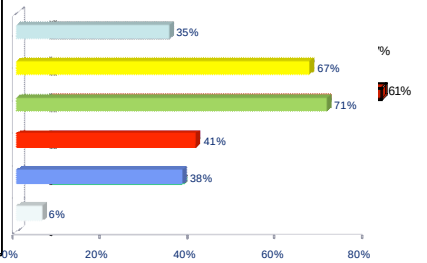
Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Demandes d'informations soulevées par les répondants (Q127 à Q129)**
  - **Les principales demandes d'information soulevées par les Conseils généraux répondants concernent :**
    - Les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements : réponse citée par 57% des Conseils généraux répondants
    - Les outils d'évaluation existants ou en phase de test : réponse citée par 61% des Conseils généraux répondants
  - **Les informations concernant l'articulation avec des partenaires et les systèmes d'information ont aussi été citées de manière fréquente.**

Pour appuyer votre mission d'évaluation, quelles informations pourraient vous être utiles ? (plusieurs réponses possibles)

	Nb
Des informations relatives à la connaissance des publics évalués	23
Des informations concernant les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements	44
Des informations relatives aux outils d'évaluation existants ou en phase de test	47
Des informations concernant la coordination mise en place avec les partenaires, les associations, les établissements dans d'autres départements	27
Des informations concernant les systèmes d'information existants dans d'autres départements	25
Autre	4
Total	**77**

Base : 66 Conseils généraux



Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux
- Détail des résultats
  - Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - Pratiques d'évaluation retenues
  - Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux
- Détail des résultats
  - ✓ Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - ✓ Pratiques d'évaluation retenues
  - ✓ Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

Quel a été le nombre total de demandes d'APA à domicile déposées en 2007 ?

Moyenne = **5 151**

	Nb	
Moins de 3 000	18	35%
De 3 000 à 5 999	18	35%
De 6 000 à 8 999	12	23%
De 9 000 à 11 999	1	2%
De 12 000 à 14 999	1	2%
15 000 et plus	2	3%

Quel a été le nombre total de demandes d'APA à domicile traitées en 2007 ?

Moyenne = **4 916**

	Nb	
Moins de 3 000	14	26%
De 3 000 à 5 999	28	52%
De 6 000 à 8 999	7	13%
De 9 000 à 11 999	3	5%
De 12 000 à 14 999	0	0%
15 000 et plus	2	4%
Total	**54**	

Sur l'ensemble des demandes d'APA en 2007, quel a été le pourcentage de personnes ayant demandé l'APA pour la première fois ?

	Nb	
Moins de 25%	3	5%
Entre 26% et 50%	32	56%
Entre 51% et 75%	20	35%
Plus de 76%	2	4%
Total	**57**	

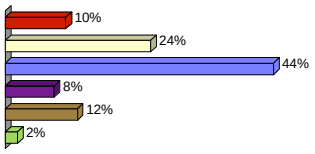
Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

Concernant les demandes d'APA reçues en 2007, quel a été le délai moyen de traitement (nombre de mois entre le dépôt de la demande au Conseil Général et la communication officielle du plan d'aide à la personne) ?

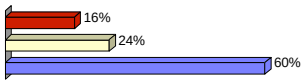
Moyenne = **2 mois**

Nb de mois	Nb
Moins de 1,50	5
De 1,50 à 2,00	12
De 2,00 à 2,50	22
De 2,50 à 3,00	4
De 3,00 à 3,50	6
3,50 et plus	1
Total	**50**



Selon vous, les délais de traitement des demandes d'APA dans votre département ont-ils tendance à :

	Nb
Augmenter	10
Baisser	15
Rester stables	37
Total	**62**



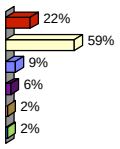
Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

Sur l'ensemble des demandes d'APA traitées en 2007, quel a été le pourcentage des refus ?

Moyenne = **15%**

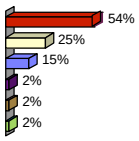
	Nb
Moins de 9,00	12
De 9,00 à 18,00	32
De 18,00 à 27,00	5
De 27,00 à 36,00	3
De 36,00 à 45,00	1
45,00 et plus	1
Total	**54**



Sur l'ensemble des demandes d'APA traitées en 2007, quel a été le pourcentage des recours ?

Moyenne = **1 %**

	Nb
Moins de 0,70	26
De 0,70 à 1,40	12
De 1,40 à 2,10	7
De 2,10 à 2,80	1
De 2,80 à 3,50	1
3,50 et plus	1
Total	**48**



Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Conseils généraux
- Détail des résultats
  - ✓ Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - ✓ Pratiques d'évaluation retenues
  - ✓ Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Nous entendons par évaluation " l'activité d'analyse de la situation d'une personne en perte d'autonomie qui permet d'explorer toutes les dimensions (loisirs, transports, logement, déficiences, activités,...) afin de définir globalement ses besoins". Du point de vue du traitement des demandes, elle correspond à la "pratique effectuée en aval du traitement administratif des dossiers et en amont des préconisations formalisées dans le cadre d'un plan d'aide".

Informations générales

2. Numéro de département

☐

La réponse doit être comprise entre 1 et 999.
La réponse est obligatoire.

3. Fonction du ou des répondants (direction, équipe médico-sociale, coordonateur,...)

☐

La réponse est obligatoire.

A. Descripition de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

4. Globalement, quelle est la composition de l'ensemble de vos équipes médico-sociales, internes au Conseil Général (médecins effectuant des vacations compris, conventionnés exclus), dédiées à l'évaluation des besoins dans le cadre des demandes d'APA ?

☐ Médecin généraliste	☐ Infirmière	☐ Psychologue
☐ Gériatre	☐ Travailleur social	☐ Personnel administratif participant à l'évaluation
☐ Autres médecins spécialistes	☐ Ergothérapeute	☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

5. Si 'Autre', précisez (compétences et nombre d'ETP correspondants):

☐

La question n'est pertinente que si Composition des équipes = "Autre"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Médecins généralistes

6. Quel est le nombre de médecins generalistes dans vos équipes? ☐

7. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

Gériatres

8. Quel est le nombre de gériatres dans vos équipes? ☐

9. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

Autres spécialistes

10. Quel est le nombre d'autres médecins spécialistes dans vos équipes? ☐

11. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

Infirmières

12. Quel est le nombre d'infirmières dans vos équipes? ☐

13. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

Travailleurs sociaux

14. Quel est le nombre de travailleurs sociaux dans vos équipes? ☐

15. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

36

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Ergothérapeutes

16. Quel est le nombre d'ergothérapeutes dans vos équipes? ☐

17. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

Psychologues

18. Quel est le nombre de psychologues dans vos équipes? ☐

19. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

Personnels administratifs

20. Quel est le nombre de personnels administratifs participant à l'évaluation dans vos équipes? ☐

21. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

<taper ici la consigne>

22. Avez-vous un coordonnateur au sein de vos équipes médico-sociales?

☐ Oui ☐ Non

<taper ici la consigne>

23. Quelle est sa formation ?

☐ Médecin ☐ Infirmière ☐ Autre

☐ Assistant social ☐ Fonction administrative

La question n'est pertinente que si Coordonnateur = "Oui"

24. Si 'Autre', précisez :

La question n'est pertinente que si Formation du coordonnateur = "Autre"

37

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

25. Votre ou vos équipes médico-sociales sont-elles territorialisées ?

☐ Oui ☐ Non

<taper ici la consigne>

26. Le cas échéant, précisez :

La question n'est pertinente que si Territorialisation des équipes = "Oui"

27. Votre Conseil Général fait-il appel à des partenaires pour la réalisation des évaluations ?

☐ Oui ☐ Non

<taper ici la consigne>

38

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Ces partenaires sont-ils :

	Conventionnés	Non conventionnés
28. Structures d'aide à domicile	☐	☐
29. CLIC	☐	☐
30. CCAS	☐	☐
31. Etablissements	☐	☐
32. Médecins généralistes	☐	☐
33. Caisses de retraite	☐	☐
34. Autre	☐	☐

NB : Pour une même catégorie de partenaire, vous devez cocher les cases "conventionnés" et "non conventionnés" si vous travaillez avec des acteurs des deux types.

35. Si 'Autre', précisez :

La question n'est pertinente que si Autre4 = "Conventionnés" ou Autre4 = "Non conventionnés"

36. Pour quels types de situations avez vous signé des conventions avec des structures d'aide à domicile (ex. pathologies complexes, fin de vie, zones géographiques particulières, personnes déjà prises en charge par un service d'aide à domicile,…) ?

La question n'est pertinente que si Structures d'aide à domicile = "Conventionnés"

37. Quand avez-vous signé votre première convention avec une structure d'aide à domicile (indiquez l'année de 1er conventionnement) ?

La réponse doit être comprise entre 1980 et 2008.
La question n'est pertinente que si Structures d'aide à domicile = "Conventionnés"

39

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

38. Pour quels types de situations avez vous signé des conventions avec des CLIC (ex. pathologies complexes, fin de vie, zones géographiques particulières, personnes déjà prises en charge par un service d'aide à domicile,...) ?

La question n'est pertinente que si CLIC = "Conventionnés"

39. Quand avez-vous signé votre première convention avec un CLIC (indiquez l'année de 1er conventionnement) ?

La réponse doit être comprise entre 1980 et 2008.
La question n'est pertinente que si CLIC = "Conventionnés"

40. Pour quels types de situations avez vous signé des conventions avec des CCAS (ex. pathologies complexes, fin de vie, zones géographiques particulières, personnes déjà prises en charge par un service d'aide à domicile,...) ?

La question n'est pertinente que si CCAS = "Conventionnés"

41. Quand avez-vous signé votre première convention avec un CCAS (indiquez l'année de 1er conventionnement) ?

La réponse doit être comprise entre 1980 et 2008.
La question n'est pertinente que si CCAS = "Conventionnés"

42. Pour quels types de situations avez vous signé des conventions avec des établissements (ex. pathologies complexes, fin de vie, zones géographiques particulières, personnes déjà prises en charge par un service d'aide à domicile,...) ?

La question n'est pertinente que si Etablissements = "Conventionnés"

43. Quand avez-vous signé la première convention avec un établissement (indiquez l'année de 1er conventionnement) ?

La réponse doit être comprise entre 1980 et 2008.
La question n'est pertinente que si Etablissements = "Conventionnés"

40

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

46. Pour quels types de situations avez vous signé des conventions avec des caisses de retraite (ex. pathologies complexes, fin de vie, zones géographiques particulières, personnes déjà prises en charge par un service d'aide à domicile,...) ?

47. Quand avez-vous signé la première convention avec une caisse de retraite (indiquez l'année de 1er conventionnement) ?

La réponse doit être comprise entre 1980 et 2008.
La question n'est pertinente que si Caisses de retraite = "Conventionnés"

48. Pour quels types de situations avez vous signé des conventions avec les autres partenaires que vous avez mentionnés (ex. pathologies complexes, fin de vie, zones géographiques particulières,...) ?

La question n'est pertinente que si Autre4 = "Conventionnés"

49. Quand avez-vous signé la première convention avec un de ces autres partenaires (indiquez l'année de 1er conventionnement) ?

La réponse doit être comprise entre 1980 et 2008.
La question n'est pertinente que si Autre4 = "Conventionnés"

50. Globalement, avec quelle fréquence organisez-vous des rencontres avec vos partenaires pour harmoniser vos pratiques d'évaluation ?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par an
- ☐ Une fois par an
- ☐ 2 à 3 fois par an
- ☐ Plus de 3 fois par an

<taper ici la consigne>

51. Précisez leur contenu :

La question n'est pertinente que si Fréquence des rencontres d'harmonisation = "Moins d'une fois par an" ou Fréquence des rencontres d'harmonisation = "Une fois par an" ou Fréquence des rencontres d'harmonisation = "2 à 3 fois par an" ou Fréquence des

41

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

B. Démarche d'évaluation des besoins

Tout au long du processus d'évaluation du dossier du demandeur, vous arrive-t-il de rechercher des informations complémentaires auprès des contacts suivants ?

	Systématiquement	Ponctuellement, selon certains critères	Rarement, voire jamais
52. Un ami ou un parent du demandeur	☐	☐	☐
53. Un médecin (son médecin traitant ou un médecin spécialiste)	☐	☐	☐
54. Une structure d'aide à domicile avec lequel le demandeur est déjà en relation	☐	☐	☐
55. Le CLIC, le CCAS ou tout autre organisme avec lequel le demandeur a été en relation	☐	☐	☐
56. Un établissement où le demandeur a été suivi	☐	☐	☐
57. Autre	☐	☐	☐

<taper ici la consigne>

58. Si 'Autre', précisez :

La question n'est pertinente que si Autre = "Systématiquement" ou Autre = "Ponctuellement, selon certains critères"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

59. Selon quels critères prenez-vous contact avec un ami ou un parent du demandeur pour obtenir des informations complémentaires ?

La question n'est pertinente que si Parent = "Ponctuellement, selon certains critères"

60. Selon quels critères prenez-vous contact avec un médecin pour obtenir des informations complémentaires ?

La question n'est pertinente que si Médecin = "Ponctuellement, selon certains critères"

61. Selon quels critères prenez-vous contact avec une structure d'aide à domicile déjà en relation avec le demandeur pour obtenir des informations complémentaires ?

La question n'est pertinente que si Association = "Ponctuellement, selon certains critères"

62. Selon quels critères prenez-vous contact avec un organisme (type CLIC ou CCAS) déjà en relation avec le demandeur pour obtenir des informations complémentaires ?

La question n'est pertinente que si CLIC, CCAS = "Ponctuellement, selon certains critères"

63. Selon quels critères prenez-vous contact avec un établissement où le demandeur a été suivi pour recherchez des informations complémentaires ?

La question n'est pertinente que si Un établissement où le demandeur a été p = "Ponctuellement, selon certains critères"

64. Selon quels critères prenez-vous contact avec un autre acteur éventuel pour recherchez des informations complémentaires ?

La question n'est pertinente que si Autre = "Ponctuellement, selon certains critères"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

65. Au moment de la distribution des dossiers de demande d'APA qui arrivent au Conseil Général, à quelle méthode avez-vous recours pour répartir les dossiers entre les équipes d'évaluation ?

☐ Le découpage géographique
☐ Le type de demande (première demande, renouvellement, procédure d'urgence, recours,…)
☐ Autre

<taper ici la consigne>

66. Si 'Autre', précisez laquelle :

La question n'est pertinente que si Répartition geographique = "Autre"

67. Une fois cette répartition réalisée, avez-vous recours à une seconde méthode de répartition ?

☐ Oui
☐ Non

<taper ici la consigne>

68. Précisez laquelle :

La question n'est pertinente que si methode de repartition supplementaire = "Oui"

69. Organisez-vous des réunions de concertation au sujet de l'évaluation au sein des équipes médico-sociales ?

☐ Oui
☐ Non

<taper ici la consigne>

70. Quel est l'objectif de ces réunions ?

☐ Réunions générales d'information et de formation à l'évaluation (aux outils, aux textes juridiques, aux démarches,…)
☐ Réunions portant sur l'étude de dossiers individuels
☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si réunions de concertation = "Oui"

71. Si 'Autre', précisez pourquoi:

La question n'est pertinente que si types de réunions = "Autre"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Qui participe à ces réunions ?

	Réunions générales d'équipe au sujet de l'évaluation	Réunions portant sur l'étude de dossiers individuels
72. Médecin généraliste de l'équipe médico-sociale	☐	☐
73. Gériatre de l'équipe médico-sociale	☐	☐
74. Autre médecin spécialiste de l'équipe médico-sociale	☐	☐
75. Infirmière de l'équipe médico-sociale	☐	☐
76. Assistant social de l'équipe médico-sociale	☐	☐
77. Ergothérapeute de l'équipe médico-sociale	☐	☐
78. Psychologue de l'équipe médico-sociale	☐	☐
79. Fonction administrative	☐	☐
80. Autre	☐	☐

<taper ici la consigne>

81. Qui participe à ces réunions de concertation ?

☐ Médecin généraliste de l'équipe médico-sociale
☐ Infirmière de l'équipe médico-sociale
☐ Psychologue de l'équipe médico-sociale
☐ Gériatre de l'équipe médico-sociale
☐ Assistant social de l'équipe médico-sociale
☐ Fonction administrative
☐ Autre médecin spécialiste de l'équipe médico-sociale
☐ Ergothérapeuthe de l'équipe médico-sociale
☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si types de réunions = "Réunions générales d'information et de formation à l'évaluation (aux outils, aux textes juridiques, aux démarches,…)" et types de réunions !! "Réunions portant

82. Qui participe à ces réunions de concertation ?

☐ Médecin généraliste de l'équipe médico-sociale
☐ Infirmière de l'équipe médico-sociale
☐ Psychologue de l'équipe médico-sociale
☐ Gériatre de l'équipe médico-sociale
☐ Assistant social de l'équipe médico-sociale
☐ Fonction administrative
☐ Autre médecin spécialiste de l'équipe médico-sociale
☐ Ergothérapeuthe de l'équipe médico-sociale
☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.
La question n'est pertinente que si types de réunions = "Réunions portant sur l'étude de dossiers individuels" et types de réunions !! "Réunions générales d'information et de formation à l'évaluation (aux outils, aux t

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

83. Si 'Autre', précisez qui :

La question n'est pertinente que si Autre1 = "Réunions générales d'équipe au sujet de l'évaluation" ou Autre1 = "Réunions portant sur l'étude de dossiers individuels" ou Question 48 = "Autre" ou Question 49 = "Autre"

84. 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 ☐ Plusieurs visites

<taper ici la consigne>

85. Expliquez pourquoi (manque de moyens, refus du plan d'aide,...) :

<taper ici la consigne>

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Comment caractériseriez-vous cette visite à domicile ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
86. S'agit-il d'une visite réalisée par un seul professionnel ?	☐	☐	☐	☐
87. S'agit-il d'une visite réalisée par plusieurs professionnels de même profil ?	☐	☐	☐	☐
88. S'agit-il d'une visite réalisée par plusieurs professionnels de profils différents?	☐	☐	☐	☐

<taper ici la consigne>

Comment caractériseriez-vous ces visites à domicile

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
89. S'agit-il de visites réalisées par un seul professionnel ?	☐	☐	☐	☐
90. S'agit-il de visites réalisées par plusieurs professionnels de même profil se rendant ensemble au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐
91. S'agit-il de visites réalisées par plusieurs professionnels de même profil se rendant à tour de rôle au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐
92. S'agit-il de visites successives réalisées par plusieurs professionnels de profils différents se rendant ensemble au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐
93. S'agit-il de visites réalisées par plusieurs professionnels de profils différents se rendant à tour de rôle au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐

<taper ici la consigne>

94. Quelles sont, en général, les compétences mobilisées pour réaliser ce(s) évaluation(s) à domicile ?

☐ Médecin généraliste ☐ Infirmière ☐ Psychologue
☐ Gériatre ☐ Travailleur social ☐ Personnel administratif participant à l'évaluation
☐ Autres médecins spécialistes ☐ Ergothérapeute ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

95. Si 'Autre', précisez :

La question n'est pertinente que si compétences visites = "Autre"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

96. Par ailleurs, arrive-t-il que certains de vos partenaires vous accompagnent lors de ces visites ?

☐ Oui ☐ Non

<taper ici la consigne>

97. Précisez-en les raisons (manque de moyens, connaissance de la personne, ...) ?

La question n'est pertinente que si présence de partenaires = "Oui"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

98. Quel est le temps moyen d'une visite à domicile (en minutes, hors temps de trajet. ex. pour 1h30, répondre "90") ?

<taper ici la consigne>

99. En dehors de la grille AGGIR, lors des évaluations à domicile, quels sont les outils que vous employez pour conduire les entretiens ?

☐ Aucun autre outil ☐ Un questionnaire spécifque réalisé par votre CG (compléments et adaptations d'AGGIR inclus) ☐ Des outils complémentaires (test MMS, test des 5 mots, test de l'horloge, Echelle de Zarit,…)

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

100. Précisez lesquels :

La question n'est pertinente que si outils d'évaluation utilisés = "Des outils complémentaires (test MMS, test des 5 mots, test de l'horloge, Echelle de Zarit,…)"

101. Les outils que vous utilisez sont-ils informatisés ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Certains

<taper ici la consigne>

102. Précisez lesquels:

La question n'est pertinente que si outils informatisés = "Certains"

103. Existe-t-il un outil informatique permettant un stockage des données issues du recueil d'informations lors de l'évaluation (par exemeple de manière à alimenter des études, des statistiques,...) ?

☐ Oui ☐ Non

<taper ici la consigne>

104. Si oui, précisez lequel :

La question n'est pertinente que si outil informatique statistique = "Oui"

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Concernant les demandes d'APA à domicile, vous arrive-t-il de conduire des évaluations uniquement sur dossier (ne prendre en compte que les demandes pour lesquelles aucune visite préalable n'a été réalisée par un partenaire) ?

	Systématiquement	Ponctuellement, selon certains critères	Jamais
105. Lors d'une première demande	☐	☐	☐
106. Lors d'un renouvellement	☐	☐	☐
107. Lors d'une demande en urgence	☐	☐	☐
108. Lors d'une révision du plan d'aide	☐	☐	☐
109. Autre	☐	☐	☐

110. Si 'Autre', précisez lesquelles :

La question n'est pertinente que si Autre2 = "Systématiquement" ou Autre2 = "Ponctuellement, selon certains critères"

111. Selon quels critères conduisez-vous des évaluations uniquement sur dossier pour les premières demandes ?

La question n'est pertinente que si Première demande = "Ponctuellement, selon certains critères"

112. Selon quels critères conduisez-vous des évaluations uniquement sur dossier pour les renouvellements ?

La question n'est pertinente que si Renouvellement = "Ponctuellement, selon certains critères"

113. Selon quels critères conduisez-vous des évaluations uniquement sur dossier pour les demandes en urgence ?

La question n'est pertinente que si Demande en urgence = "Ponctuellement, selon certains critères"

114. Selon quels critères conduisez-vous des évaluations uniquement sur dossier pour les révisions du plan d'aide ?

La question n'est pertinente que si Révision du plan d'aide = "Ponctuellement, selon certains critères"

115. Selon quels critères conduisez-vous des évaluations uniquement sur dossier pour les autres demandes ?

La question n'est pertinente que si Autre2 = "Ponctuellement, selon certains critères"

50

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

C. Difficultés et leviers de changement identifiés

Pour les propositions suivantes, diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord ou sans avis sur la question ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans avis sur la question
116. La démarche d'évaluation des besoins dans votre Conseil Général est satisfaisante en termes de qualité de service aux usagers	☐	☐	☐	☐	☐
117. L'organisation de l'activité d'évaluation dans votre Conseil Général est satisfaisante	☐	☐	☐	☐	☐
118. Vous arrivez à mobiliser les compétences nécessaires pour réaliser les évaluations	☐	☐	☐	☐	☐
119. Vous parvenez à traiter les demandes dans les délais réglementaires	☐	☐	☐	☐	☐
120. La grille AGGIR, utilisée seule, est un outil satisfaisant pour réaliser l'évaluation globale des besoins de la personne	☐	☐	☐	☐	☐
121. Les systèmes informatiques dont vous disposez sont satisfaisants	☐	☐	☐	☐	☐
122. Les besoins des aidants sont suffisamment pris en compte	☐	☐	☐	☐	☐
123. La coordination entre les acteurs pour l'évaluation des besoins des personnes dans le département est satisfaisante	☐	☐	☐	☐	☐

<taper ici la consigne>

51

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

124. Concernant ces différents leviers, quelles sont les pistes d'amélioration qui vous paraissent prioritaires ? (ex. outils d'évaluation, relations avec les aidants,...)

<taper ici la consigne>

125. Notez de 1 à 5 les cinq principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des évaluations des besoins des personnes

☐ Manque d'effectifs au regard du nombre de dossiers à évaluer	☐ Inadaptation des outils d'évaluation que vous utilisez	☐ Difficultés de communication avec les autres acteurs de l'évaluation sur le département (partenaires conventionnés et non conventionnés, associations, services à domicile, établissements, CLIC,...)
☐ Difficultés à pourvoir certains types de postes	☐ Inadaptation des outils informatiques	☐ Difficultés liées au décalage existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles
☐ Manque de pluridisciplinarité au sein des équipes médico-sociales	☐ Difficultés liées à la collecte d'informations concernant les personnes évaluées	☐ Autre

Ordonnez 5 réponses.

126. Si 'Autre', précisez les autres difficultés rencontrées :

La question n'est pertinente que si difficultés rencontrées = "Autre"

127. Concernant le manque de pluridisciplinarité, précisez les compétences qu'il vous semble manquer :

La question n'est pertinente que si difficultés rencontrées = "Manque de pluridisciplinarité au sein des équipes médico-sociales"

52

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

128. Pour appuyer votre mission d'évaluation, quelles informations pourraient vous être utiles ?

☐ Des informations relatives à la connaissance des publics évalués	☐ Des informations relatives aux outils d'évaluation existants ou en phase de test	☐ Des informations concernant les systèmes d'information existants dans d'autres départements
☐ Des informations concernant les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements	☐ Des informations concernant la coordination mise en place avec les partenaires, les associations, les établissements dans d'autres établissements	☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

129. Si 'Autre', précisez :

La question n'est pertinente que si informations utiles = "Autre"

53

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

D. Principaux indicateurs d'activité

130. Quel a été le nombre total de demandes d'APA à domicile déposées en 2007 ?

☐

<taper ici la consigne>

131. Quel a été le nombre total de demandes d'APA à domicile traitées en 2007 ?

☐

<taper ici la consigne>

132. Sur l'ensemble des demandes d'APA en 2007, quel a été le pourcentage de personnes ayant demandé l'APA pour la première fois ?

☐ Moins de 25% ☐ Entre 51% et 75%

☐ Entre 26% et 50% ☐ Plus de 76%

<taper ici la consigne>

133. Concernant les demandes d'APA reçues en 2007, quel a été le délai moyen de traitement (nombre de mois entre le dépôt de la demande au Conseil Général et la communication officielle du plan d'aide à la personne. ex. pour 2 mois et demi, répondre "2,5") ?

☐

<taper ici la consigne>

134. Selon vous, les délais de traitement des demandes d'APA dans votre département ont-ils tendance à :

☐ Augmenter ☐ Baisser ☐ Rester stables

<taper ici la consigne>

135. Sur l'ensemble des demandes d'APA traitées en 2007, quel a été le pourcentage des refus (ex. pour 12,5%, répondre "12,5") ?

☐

La réponse doit être comprise entre 0 et 100.

136. Sur l'ensemble des demandes d'APA traitées en 2007, quel a été le pourcentage des recours (ex. pour 12,5%, répondre "12,5") ?

☐

La réponse doit être comprise entre 0 et 100.

54

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux Conseils généraux

Pour faciliter un contact éventuel, au cas où nous aurions des questions complémentaires à vous poser, pourriez-vous nous laisser vos coordonnées :

137. Nom de la personne à contacter

<taper ici la consigne>

138. Téléphone

<taper ici la consigne>

139. Courrier éléctronique

<taper ici la consigne>

Pour toute question n'hésitez pas à contacter :

Julien SERIGNAC - 01 55 61 48 72
jserignac@deloitte.fr

Astrid FERNANDEZ - 01 55 61 69 57
afernandez@deloitte.fr

55

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

Restitution des résultats de l'enquête quantitative menée auprès des Maisons Départementales de Personnes Handicapées (MDPH)

Janvier 2009

0

Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des MDPH
- Détail des résultats
  - Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - Pratiques d'évaluation retenues
  - Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

1

1- Avant propos : Précisions méthodologiques

La démarche d'enquête par questionnaire vient compléter l'étude qualitative des pratiques d'évaluation en restituant une base d'analyse quantitative des modes organisationnels effectués et des données d'activité permettant de les éclairer. Elle fournit également une image des difficultés et des leviers de changement soulevés par les MDPH elles-mêmes.

Contexte

L'enquête par questionnaire vise à corroborer et/ou à compléter les éléments de diagnostic et d'analyse des pratiques d'évaluation obtenus par le biais :

- De l'analyse documentaire et des entretiens avec l'équipe projet CNSA ;
- De l'étude des organisations menée sur 11 départements ;
- De l'étude des cas concrets d'évaluation effectuée dans le cadre des 124 monographies de terrain dans 10 départements.

Objectifs

- Etablir une typologie des modalités d'organisation et des pratiques d'évaluation sur la base d'un large échantillon de répondants.
- Recueillir des données en termes d'activité permettant d'éclairer les modes organisationnels effectués et les difficultés rencontrées.
- Obtenir une base d'analyse homogène des difficultés et des leviers de changement identifiés comme prioritaires par les acteurs de terrain.

Périmètre

- Le questionnaire a été adressé à la totalité des MDPH, de métropole et d'Outre-mer.
- Il s'adressait aux personnes en charge de la coordination et du pilotage de l'activité d'évaluation des besoins de compensation de la perte d'autonomie dans les MDPH (Directeurs, Directeurs adjoints ou Coordonateurs des équipes d'évaluation). La majorité des questionnaires (environ 75%) a été remplie par les membres de direction des MDPH (directeur et/ou directeur adjoint). Les 25% restants ont été remplis par des membres de l'équipe pluridisciplinaire (évaluateurs par exemple).

2

1- Avant propos : Précisions méthodologiques

Structure du questionnaire (le questionnaire complet a été mis en annexe du document) :

- Le questionnaire est structuré autour de quatre thèmes principaux :
  - **La description des équipes d'évaluation et des différents partenaires**
  - **La démarche d'évaluation des besoins**
  - **Les difficultés et les leviers de changement identifiés**
  - **Quelques indicateurs d'activité**

Mode de restitution

- Le questionnaire a été envoyé par voie électronique aux Directeurs de l'Action sociale (ou postes équivalents) des différents départements le 24 juillet 2008.
- La date butoir de réponse a été fixée au 10 octobre 2008 (des relances téléphoniques et par mail ont eu lieu au cours de la période de réponse)
- Les consultants Deloitte ont fourni une assistance technique tout au long de la période de réponse.

Niveau de retour des questionnaires

- Le questionnaire a obtenu un fort taux de réponse : 75 MDPH ont répondu (cf: carte des répondants en page suivante). Parmi elles, 66 ont répondu entièrement.

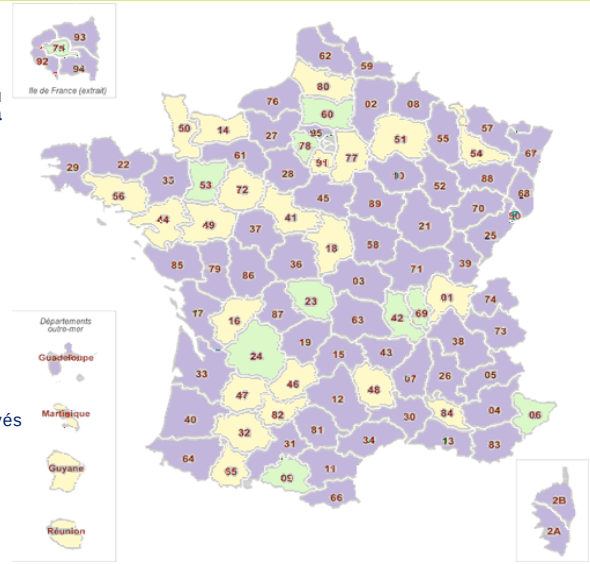
NB : les chiffres présentés dans ce document ont été arrondis à l'unité supérieure.

3

1- Avant propos : Précisions méthodologiques

Taux de réponse au questionnaire

- **75 MDPH ont répondu au questionnaire dont 66 à l'ensemble des questions.**



Questionnaires complets

Questionnaires incomplets mais exploitables

Questionnaires non renvoyés ou non exploitables

Sommaire

Avant propos : précisions méthodologiques

Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des MDPH

Détail des résultats

- Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
- Pratiques d'évaluation retenues
- Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

2- Synthèse des principaux résultats

Les résultats issus de l'enquête quantitative sont structurés autour de trois dimensions :

- **Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires**
- **Pratiques d'évaluation retenues**
- **Difficultés et leviers de changement identifiés**

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires	Pratiques d'évaluation retenues	Difficultés et leviers de changement identifiés
➢ Nombre de professionnels composant les équipes d'évaluation ➢ Type de compétences mobilisées pour évaluer ➢ Partenariats mis en place pour évaluer : nombre, type de partenaire retenu, …	➢ Recherche d'informations complémentaires par les évaluateurs ➢ Méthode de distribution des dossiers entre les différents professionnels des équipes d'évaluation ➢ Réalisation de réunions au sujet de l'évaluation au sein des équipes médico-sociaux ➢ Nombre et principales caractéristiques des évaluations menées à domicile et sur dossier ➢ Outils d'évaluation utilisés	➢ Satisfaction des répondants sur: • La qualité des évaluations et le service prêté aux usagers • L'organisation de la MDPH pour évaluer • Les équipes d'évaluation • Les outils d'évaluation • Les partenaires ➢ Principales difficultés et leviers de changement identifiés ➢ Besoins d'accompagnement soulevés par les acteurs de terrain

6

2- Synthèse des principaux résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Les Equipes Pluridisciplinaires

- **La taille des équipes médico-techniques dédiées à la réalisation des évaluations est très variable d'un département à l'autre :**
  - **2% des MDPH répondantes disposent de moins de 5 ETP**
  - **29% des MDPH répondantes disposent de 5 à 10 ETP**
  - **34% des MDPH répondantes disposent de 10 à 15 ETP**
  - **38% des MDPH répondantes disposent de plus de 15 ETP pour la réalisation des évaluations.**
- **Il existe une forte hétérogénéité dans la mobilisation des compétences au sein des équipes entre les différents départements :**
  - **45% du total des MDPH répondantes mobilisent au sein de leurs équipes de 7 à 8 compétences différentes.**
  - **39% mobilisent au sein de leurs équipes de 5 à 6 compétences différentes.**
  - **16% mobilisent au sein de leurs équipes de moins de 4 compétences différentes *.**
  - **La majorité des MDPH répondantes mobilisent au moins 5 compétences différentes : C'est le cas pour 84% des MDPH répondantes.**
- **Les compétences les plus représentées dans les équipes pluridisciplinaires sont les médecins généralistes, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux.**
- **84% des MDPH répondantes comptent dans leur équipe un référent « Insertion professionnelle ». En revanche, la présence des référents « Insertion scolaire » dans les équipes pluridisciplinaires est moins importante : seul 50% des MDPH en comptent un.**

* *Font partie de ce groupe les MDPH des départements suivants : Hautes-Alpes, Corrèze, Drôme, Eure-et-Loir, Pyrénées-Atlantiques, Vendée, Vienne, Belfort, Val-d'Oise*

7

2- Synthèse des principaux résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

La politique partenariale

- **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 : 94 % des MDPH répondantes disposent d'au moins quatre partenaires**
- **Ces partenaires sont divers et également représentés auprès de la MDPH (Conseils généraux, associations, établissements, …). Les CCAS font figure d'exception : les partenariats entre les CCAS et les MDPH sont moins fréquents**
- **Les modalités de partenariat sont :**
  - **Les conventions à titre gratuit qui sont majoritaires** (48 % des MDPH répondantes).
  - **Les conventions avec contrepartie financière qui ont lieu entre la MDPH et chacun de ses partenaires (30% des MDPH répondantes).**
  - **Les partenariats non conventionnés représentent 32 % de l'ensemble. En proportion, ils** sont particulièrement fréquents avec les CCAS, les centres hospitaliers, les établissements et services médico-sociaux. et les caisses de retraite.

Territorialisation de l'activité d'évaluation

- **38 % des MDPH répondantes ont mis en place une organisation territorialisée, c'est-à-dire des équipes locales d'évaluation pilotées au niveau central.**
- **Cette territorialisation est partielle, car limitée à des domaines particuliers (enfance et insertion professionnelle notamment).**
- **Dans certains cas, elle s'articule autour de structures du Conseil général (UTAS ou CLIC).**
- **Le territoire départemental est découpé généralement en trois à quatre secteurs pouvant correspondre à des circonscriptions administratives.**

8

2- Synthèse des principaux résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Modalités d'organisation de l'activité d'évaluation

Les MDPH répondantes 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.

- **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.**

- **Dans les MDPH répondantes, la réalisation des évaluations sur la base d'une rencontre avec la personne est fortement déterminée par le type de demande formulée.**
- **Les demandes majoritairement traitées sur la base d'une rencontre avec la personne sont :**
  - **Les PCH aides humaines**
  - **Les PCH aides techniques**
  - **Les demandes d'orientation professionnelle**
  - **Les demandes d'AAH**
  - **Les demandes de RQTH**
- **Les demandes majoritairement traitées sur dossier sont :**
  - **Les demandes de PCH adaptation du logement/du véhicule (ces demandes font souvent l'objet de devis/éléments apportés par le demandeur – et ne nécessitent donc pas une étude systématique avec rencontre).**
  - **Les demandes de cartes d'invalidité et de cartes de stationnement**
  - **Les demandes d'AEEH**

9

2- Synthèse des principaux résultats

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Méthodes de répartition des dossiers entre les évaluateurs

- **80% des MDPH répondantes ont mis en place une procédure permettant un premier tri des dossiers préliminaire à l'évaluation des besoins. Pour la moitié de ces MDPH, ce tri peut conduire directement à un rejet du dossier ou à un passage direct en CDAPH.**
- **Le premier facteur de répartition des dossiers de demande d'aide entre évaluateurs est l'âge du demandeur. En effet :**
  - 60% des MDPH répondantes répartissent les dossiers de demande d'aide entre les évaluateurs en fonction de l'âge du demandeur, des pôles de traitement des demandes « enfants et adolescents » et « adultes » ayant été mis en place dans la majorité des MDPH.
  - Le type de prestation est le deuxième facteur le plus important : 28% du total des MDPH répartissent les dossiers en fonction du type de prestation demandée (carte d'invalidité, orientation professionnelle, PCH, …)
- **La quasi-totalité des MDPH répondantes disent avoir introduit un deuxième critère de tri au sein de la procédure afin de répartir les dossiers entre évaluateurs :**
  - Pour 28% des MDPH répondantes, le deuxième critère de tri est le type de prestation.
  - Pour 21% des MDPH répondantes, le deuxième critère de tri est la complexité du dossier.

Caractérisation des évaluations au domicile

- **85% des évaluations donnant lieu à une visite à domicile se déroulent dans le cadre d'une seule visite réalisée par un seul évaluateur.**
- **Cet évaluateur est :**
- Un ergothérapeute (pour 31% des MDPH répondantes)
- Un travailleur social (pour 30% des MDPH répondantes)
- Une infirmière (pour 28% des MDPH répondantes)

10

2- Synthèse des principaux résultats

Pratiques d'évaluation retenues

Recherche d'informations complémentaires

- **La recherche d'informations complémentaires tout au long du processus d'évaluation est rarement systématique.**
- **Les MDPH répondantes ont recherché des informations complémentaires dans l'objectif :**
  - **D'apporter des compléments/ des précisions aux informations consignées dans les dossiers de demande d'aide (46% du total des réponses) :** notamment auprès des médecins traitants et des établissements médico-sociaux et de soins.
    - On note que pour 70% des MDPH répondantes, la recherche d'informations auprès des médecins traitants a lieu pour compléter les certificats médicaux joints aux dossiers de demande d'aide dans le cas où les informations renseignées y sont imprécises ou insuffisantes.
  - **Les MDPH peuvent également rechercher des informations auprès des structures d'aides à domicile et des établissements. Elles bénéficient ainsi de l'avis d'un acteur qui connaît la situation de la personne .**

Outils d'évaluation

- **77% des MDPH répondantes utilisent l'outil GEVA pour recueillir les données d'évaluation.**
- **L'outil GEVA est majoritairement utilisé de manière partielle** : 74% des MDPH répondantes ont affirmé n'utiliser que certains volets du guide pour évaluer.
- **L'utilisation des différents volets de l'outil GEVA est très hétérogène d'une MDPH à l'autre :** Le cas le plus répandu est l'utilisation du volet 6 de manière systématique, puis de 2 à 5 volets soit de manière systématique, soit en fonction de la situation évaluée.

11

2- Synthèse des principaux résultats

Pratiques d'évaluation retenues

Organisation de réunions d'équipe pluridisciplinaire en amont de la réalisation des évaluations

- **Les réunions de concertation au sujet de l'évaluation sont fréquentes, mais elles ont lieu de manière ponctuelle, en fonction des caractéristiques du dossier à évaluer. Les principaux critères qui expliquent la réalisation de réunions de concertation sont :**
  - **Le type de demande :** Les évaluations des demandes de PCH, d'orientation en établissement et d'orientation professionnelle nécessitent fréquemment une étude pluridisciplinaire du dossier en amont de la réalisation des visites.
  - **La « complexité » du cas jugée sur la base de l'étude du dossier :** Les aspects de « complexité » les plus cités sont :

    - les pathologies présentant des aspects particuliers qui ont été repérés par le médecin lors de l'étude du certificat médical,

    - les déficiences psychiques,

    -les situations sociales dont il est possible d'anticiper une certaine complexité (isolement, tutelles, …),

    -les demandes de changement de prestation pour des plans de compensation déjà en cours.

Caractérisation des évaluations sur dossier

- **52% des dossiers de demandes d'aide donnant lieu à une évaluation sur dossier sont examinés par plusieurs professionnels de compétences différentes. La réalisation de ce type d'évaluation par un seul professionnel a principalement lieu de manière ponctuelle.**
- **Les compétences les plus mobilisées pour réaliser les évaluations sur dossier sont : médecins (généralistes et spécialistes), travailleurs sociaux, enseignant spécialisé, personnel administratif.**
- **51% des évaluations réalisées sur dossier n'utilisent aucun outil d'évaluation.**

12

2- Synthèse des principaux résultats

Pratiques d'évaluation retenues

Satisfaction relative à la démarche d'évaluation des besoins

- **Les MDPH répondantes ont affirmé être très satisfaites de :**
  - **La démarche d'évaluation des besoins dans leur MDPH (86% des MDPH répondantes)**
  - **La coordination entre les différents acteurs de l'évaluation dans le département (76% des MDPH répondantes)**
- **Cependant, elles affirment également être plutôt non satisfaites voire pas satisfaites par :**
  - **Les systèmes d'information dont elles disposent actuellement (88% des MDPH répondantes)**
  - **L'utilisation du GEVA en tant qu'outil d'évaluation (43% des MDPH répondantes)**
  - **Les délais de traitement des réponses (47% des MDPH répondantes)**

13

Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des MDPH
- Détail des résultats
  - Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - Pratiques d'évaluation retenues
  - Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

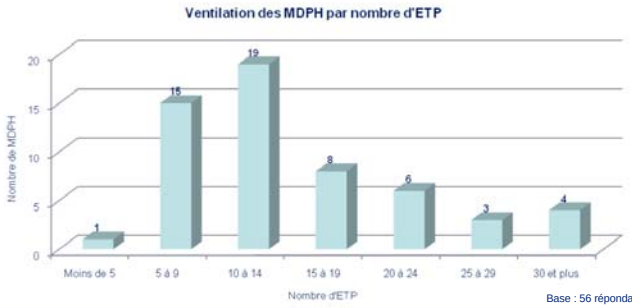
14

3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Effectifs dédiés à l'évaluation des besoins (Q5 à Q23)

- **Les équipes pluridisciplinaires des MDPH sont composées de 15 ETP en moyenne, mais on constate une grande diversité de situations (écart-type de 8,3).**
  - **La taille des équipes médico-techniques dédiées à la réalisation des évaluations est très variable d'un département à l'autre :**
    - **2% des MDPH répondantes disposent de moins de 5 ETP**
    - **29% des MDPH répondantes disposent de 5 à 10 ETP**
    - **34% des MDPH répondantes disposent de 10 à 15 ETP**
    - **38% des MDPH répondantes disposent de plus de 15 ETP pour la réalisation des évaluations.**



Base : 56 répondants

15

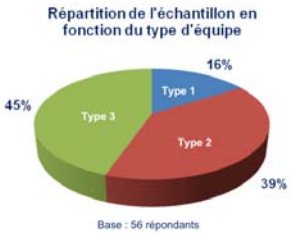
3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Composition des équipes pluridisciplinaires (Q5 à Q23 ; échantillon des répondants : 56)

•Les équipes mobilisent des compétences différentes : 93 % des MDPH répondantes disposent dans leur équipe d'au moins un médecin généraliste, un travailleur social et un ergothérapeute (les trois compétences principales). 84 % d'entre elles disposent d'au moins 5 compétences différentes. Au-delà de l'équipe « de base », les compétences les plus représentées dans les équipes pluridisciplinaires sont les enseignants et les médecins spécialisés.

- **Il existe une forte hétérogénéité dans la pluridisciplinarité des équipes. Nous distinguons (par ordre croissant de pluridisciplinarité) :**
  - les équipes de type 1* : les équipes composées de une à quatre compétences différentes (en général : trois compétences principales + enseignant spécialisé)
  - les équipes de type 2 : les équipes composées de cinq à six compétences différentes (en générale : équipe de type 1 + médecins spécialisés et/ou psychologues)
  - les équipes de type 3 : les équipes composées de sept à huit compétences différentes (en générale : équipe de type 2 + infirmières + personnels administratifs)
- **D'autre part, 84% des MDPH déclarent compter dans leur équipe un référent insertion professionnelle et 50% un référent insertion scolaire.** (La base de répondants pour cette question a été de 75).



** Font partie de ce groupe les MDPH des départements suivants : Hautes-Alpes, Corrèze, Drôme, Eure-et-Loir, Pyrénées-Atlantiques, Vendée, Vienne, Belfort, Val-d'Oise*

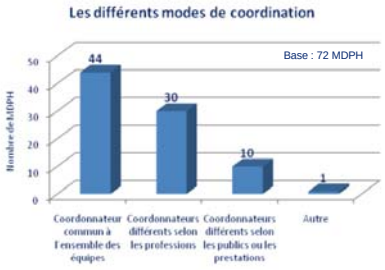
16

3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

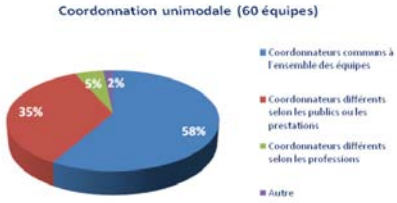
Les différents modes de coordination des équipes pluridisciplinaires (Q24 à Q27)

- **Sur les 72 équipes des MDPH ayant répondu, le mode de coordination le plus représenté est celui du coordonnateur commun à l'ensemble des équipes : 61 % des MDPH répondantes disposent au moins d'un coordonnateur commun (plusieurs réponses sont possibles).**



Parmi ces 72 MDPH répondantes :

- **60 MDPH ne disposent que d'un seul et unique mode de coordination.**
  - Cf diagramme ci-contre : le coordonnateur est commun à l'ensemble des équipes dans 58 % des cas.
- **12 MDPH disposent de plusieurs modes de coordination coexistant :**



17

3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Territorialisation des équipes d'évaluation (Q28 et 29)

- **38 % des MDPH répondantes déclarent avoir mis en place une organisation territorialisée avec des équipes locales pilotées au niveau central.**
- **Les caractéristiques de ce phénomène de territorialisation sont les suivantes :**
  - Elle est partielle, car limitée à des domaines particuliers (enfance et insertion professionnelle notamment).
  - Dans certains cas, elle s'articule autour de structures du Conseil général (UTAS ou CLIC).
  - Le territoire départemental est découpé généralement en trois à quatre secteurs pouvant correspondre à des circonscriptions administratives.

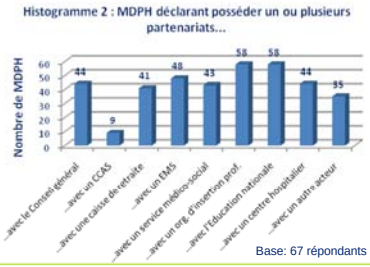
18

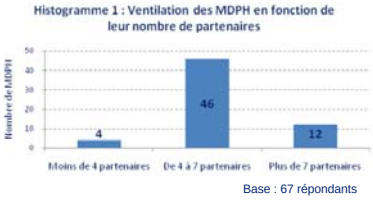
3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Les différents partenaires et formes de partenariat (Q30 à 40) – 1/2

- **La quasi-totalité des MDPH répondantes déclare faire appel à des partenaires pour la réalisation des évaluations (*diagramme 1*)**
- **Dans la majorité des cas, ces relations partenariales sont multiples : 94 % des MDPH répondantes ayant des partenaires en ont au moins 4. (*histogramme 1*)**
- **Les partenaires sont divers et également représentés auprès des MDPH. Les CCAS font figure d'exception : les partenariats CCAS-MDPH sont moins fréquents. (*histogramme 2*).**





19

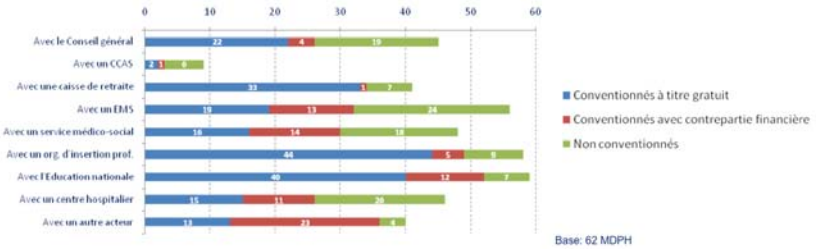
3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Les différents partenaires et formes de partenariat (Q30 à 40) – 2/2

- **Les modalités de partenariat sont :**
  - **Les conventions à titre gratuit qui sont majoritaires** (48 % des MDPH répondantes).
  - **Les conventions avec contrepartie financière qui ont lieu entre la MDPH et chacun de ses partenaires (30% des MDPH répondantes).** Les autres partenaires (qui peuvent être des acteurs privés) font figure d'exception : 58 % des partenariats avec les « autres acteurs » prévoient une contribution financière de la MDPH.
  - **Les partenariats non conventionnés représentent 32 % de l'ensemble.** En proportion, ils sont particulièrement fréquents avec les CCAS, les centres hospitaliers, les établissements et services médico-sociaux, et les caisses de retraite.

Formes des partenariats en fonction des partenaires des MDPH



Base: 62 MDPH

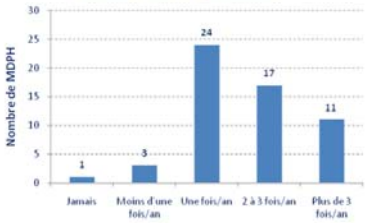
3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

La gestion des relations partenariales (Q104 à 108)

- **93 % des MDPH répondantes organisent des rencontres avec leurs partenaires au minimum une fois par an. Toutefois, une analyse qualitative met en évidence une grande diversité dans la gestion des partenariats :**
  - **Durée des réunions variant d'une heure à une journée selon les MDPH.**
  - **Contenu des réunions : coordination, harmonisation des pratiques et procédures, coordination, bilan des conventions, ateliers de travail (développement d'outils, échange de bonnes pratiques,…).**
  - **Forme des rencontres variant selon la forme des partenariats (les partenaires conventionnés sont généralement rencontrés individuellement), le sujet et l'objectif des réunions (les ateliers de travail réunissent la plupart du temps tous les partenaires.).**

Avec quelle fréquence organisez-vous des rencontres avec vos partenaires ?



Fréquence des rencontres avec les partenaires

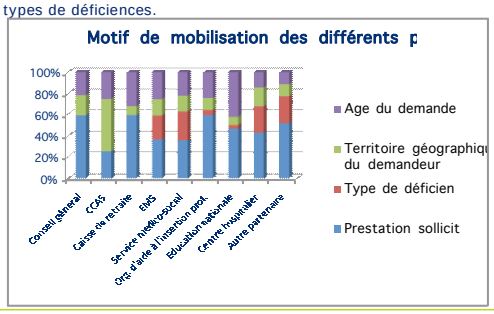
Base: 55 MDPH

3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

Les différents motifs de recours aux partenaires (Q41 à 103)

- **Les MDPH répondantes déclarent généralement mobiliser 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.



Base: 43 MDPH

22

3- Analyse thématique

Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

La mobilisation des partenaires selon la prestation sollicitée et le type de déficience (Q41 à 103)

- **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).

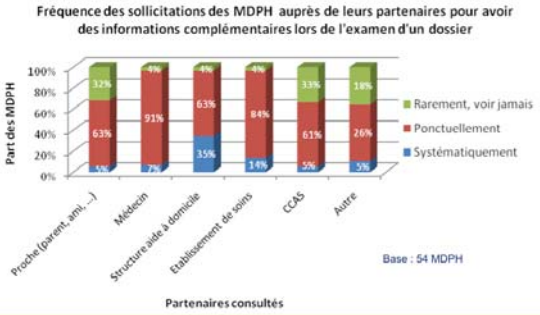
- **Les MDPH ont un recours fréquent aux partenaires pour les déficiences motrices, les déficiences sensorielles et le plurihandicap.**
- **Tous types de déficience confondus, les partenaires les plus sollicités pour leur expertise sur une déficience particulière sont :**
  - les services médico-sociaux (cités par 54 % des MDPH répondantes) ;
  - les « autres » partenaires (cités par 46 % des MDPH répondantes) ;
  - les médico-sociaux et les centres hospitaliers (cités par 42 % des MDPH répondantes).

23

3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Recherche d'informations complémentaires par les évaluateurs (Q109 à 121)**
  - **70% des MDPH répondantes déclarent que les évaluateurs recherchent des informations complémentaires tout au long du processus d'évaluation .**
    - On note cependant que la consultation systématique des structures d'aide à domicile est plutôt fréquente : les MDPH répondantes ont déclaré solliciter systématiquement et à hauteur de 35% les structures d'aides à domicile .
    - 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).
  - **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.**



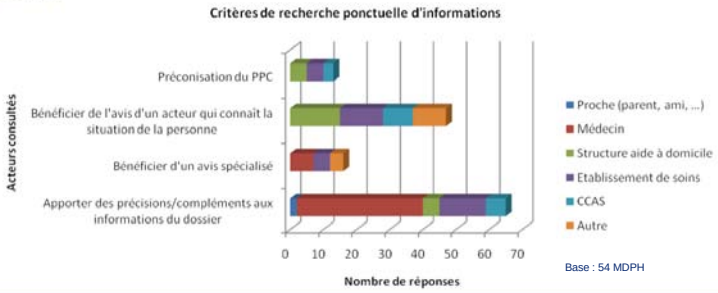
3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Recherche d'informations complémentaires par les évaluateurs (Q109 à 121)**

➢ **Les MDPH répondantes ont recherché des informations complémentaires dans l'objectif :**

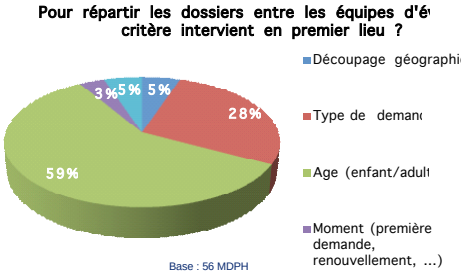
- **D'apporter des compléments/ des précisions aux informations consignées dans les dossiers de demande d'aide (46% du total des réponses) :** notamment auprès des médecins traitants et des établissements médico-sociaux et de soins.
  - On note que pour 70% des MDPH répondantes, la recherche d'informations auprès des médecins traitants a lieu pour compléter les certificats médicaux joints aux dossiers de demande d'aide dans le cas où les informations renseignées y sont imprécises ou insuffisantes.
- Les MDPH peuvent également rechercher des informations auprès des structures d'aides à domicile et des établissements. Elles bénéficient ainsi de l'avis d'un acteur qui connaît la situation de la personne .



3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Modalités de répartition des dossiers entre évaluateurs (Q122 à Q130)**
  - **80% des MDPH répondantes ont mis en place une procédure permettant un premier tri des dossiers préliminaire à l'évaluation des besoins. Pour la moitié de ces MDPH, ce tri peut conduire directement à un rejet du dossier ou à un passage direct en CDAPH.**
  - **En moyenne 3 personnes participent à la réalisation de ce tri.**
  - **Ce tri est majoritairement effectué par des médecins généralistes ou spécialistes (c'est ce que déclare 36% des MDPH répondantes) ou par des fonctions administratives (coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire, personnel administratif dédié à la fonction de tri).**



- **Le premier facteur de répartition des dossiers de demande d'aide entre évaluateurs est l'âge du demandeur . En effet :**
  - 60% des MDPH répondantes répartissent les dossiers de demande d'aide entre les évaluateurs en fonction de l'âge du demandeur, des pôles de traitement des demandes « enfants et adolescents » et « adultes » ayant été mis en place dans la majorité des MDPH.
  - Le type de prestation est le deuxième facteur le plus important : 28% du total des MDPH répartissent les dossiers en fonction du type de prestation demandée (carte d'invalidité, orientation professionnelle, PCH,...)

La quasi-totalité des MDPH répondantes disent avoir introduit un deuxième critère de tri au sein de la procédure afin de répartir les dossiers entre évaluateurs :

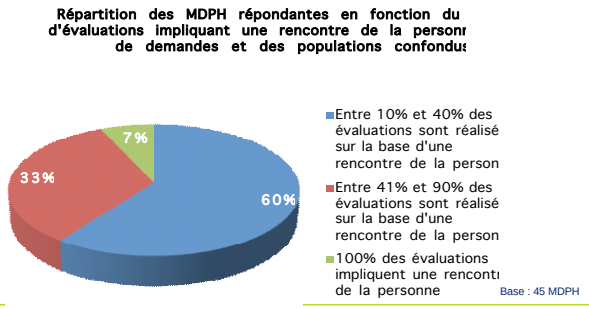
- Pour 28% des MDPH répondantes, le deuxième critère de tri est le type de prestation.
- Pour 21% des MDPH répondantes, le deuxième critère de tri est la complexité du dossier.

26

3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Modalités de réalisation des évaluations des besoins (Q131 à Q149, Q187 à Q199))**
  - **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**
  - **Les évaluations réalisées au domicile de la personne sont peu fréquentes.**



3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Modalités de réalisation des évaluations des besoins (Q131 à Q149, Q187 à Q199)**
  - **Pour 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 (pour 100% des MDPH répondantes)
    - Les PCH aides techniques (pour 100% des MDPH répondantes)
    - Les demandes d'orientation professionnelle (88% des MDPH répondantes les évaluent « toujours » ou « souvent » avec rencontre)
    - Les demandes d'AAH (76% des MDPH répondantes les évaluent « toujours » ou « souvent » avec rencontre)
    - Les demandes de RQTH (67% des MDPH répondantes les évaluent « toujours » ou « souvent » avec rencontre)
  - **Sont majoritairement évaluées sur dossier**
    - **Les demandes de PCH adaptation du logement/du véhicule**
    - **Les demandes de cartes d'invalidité et des cartes de stationnement**
    - **Les demandes de AEEH**
  - **Les demandes d'orientation en établissement pour enfants et pour adultes et les demandes d'ACTP présentent sont évaluées par moitié sur dossier et par moitié sur la base d'une rencontre avec les demandeurs.**

28

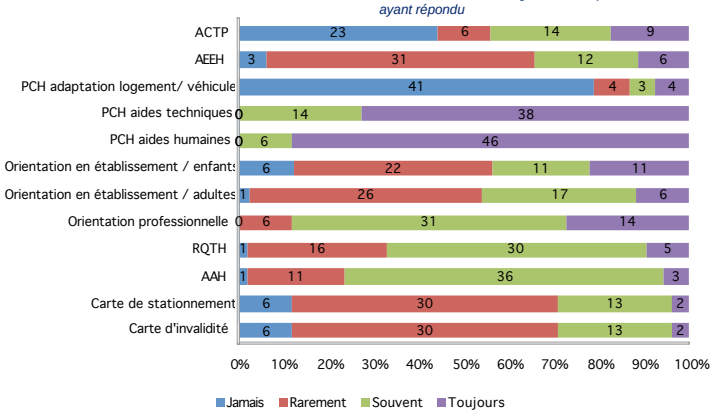
3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Modalités de réalisation des évaluations des besoins (Q131 à Q149, Q187 à Q199)**

Concernant les demandes pour un seul type de prestation, quelle est la part ayant donnée lieu à une rencontre de la personne ?

Les valeurs dans l'histogramme indiquent le nombre de MDPH ayant répondu



Base : 62 MDPH

29

3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

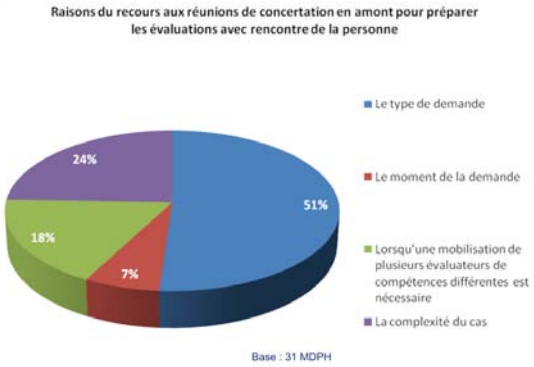
- **Réunions de concertation au sujet de l'évaluation au sein des équipes pluridisciplinaires (Q150 à 158)**
  - **L'organisation de réunions de concertation d'équipe pluridisciplinaire afin de préparer les entretiens avec les personnes évaluées est fréquente (70 % des 43 MDPH ayant répondu à cette question réalisent au moins une réunion par mois). En revanche, ces réunions ne sont pas systématiques (seulement 21 % des MDPH répondantes déclarent les organiser « dans tous les cas »). Les principales raisons qui expliquent le recours à ces réunions sont :**
    - Le type de demande : L'évaluation des demandes de PCH, d'orientation en établissement et d'orientation professionnelle nécessite fréquemment une étude pluridisciplinaire du dossier en amont de la réalisation de la visite.
    - La « complexité » du cas jugée sur la base de l'étude du dossier : Les aspects de « complexité » les plus cités sont :

      - des pathologies présentant des aspects particuliers qui ont été repérés par le médecin lors de l'étude du certificat médical

      - des déficiences psychiques

      - des situations sociales dont il est possible d'anticiper une certaine complexité (isolement, tutelles, …)

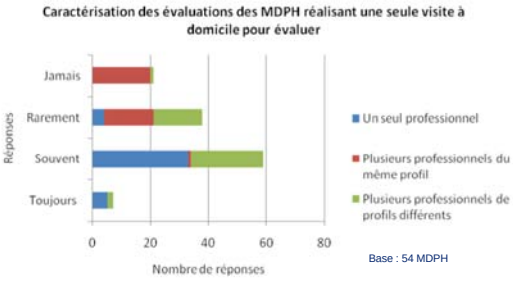
      - des demandes de changement de prestation pour des plans de compensation déjà en cours



3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations à domicile (Q159 à 173)**
  - **Evaluation dans le cadre d'une seule visite à domicile.**
  - **85 % des évaluations donnant lieu à une rencontre au domicile du demandeur se déroulent dans le cadre d'une seule visite.**
  - **Cette visite est généralement effectuée par un seul professionnel (Ceci est systématique ou très fréquent pour 58 % des MDPH répondantes).**
  - **La mobilisation de plusieurs professionnels de compétences différentes au domicile de la personne est aussi importante, mais elle est moins fréquente (Ceci est systématique ou très fréquent pour 41% des MDPH répondantes.)**



  - **Evaluation dans le cadre de plusieurs visites à domicile.**
  - **15 % des MDPH répondantes (soit 8 MDPH) réalisent plusieurs visites à domicile. Ces visites sont réalisées :**
    - **soit par un seul et même professionnel**
    - **soit par plusieurs professionnels de profils différents qui se rendent au domicile à tour de rôle**
  - **Cet évaluateur est presque toujours :**
    - **Un ergothérapeute (pour 31 % des MDPH répondantes)**
    - **Un travailleur social (pour 30 % des MDPH répondantes)**
    - **Une infirmière (pour 28 % des MDPH répondantes)**

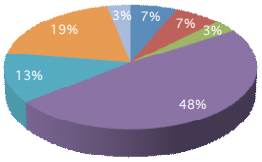
3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

Caractérisation des évaluations à domicile (Q159 à 173)

- **Les trois compétences les plus mobilisées pour réaliser les évaluations à domicile sont :**
  - **Ergothérapeute** (pour 31% des MDPH répondantes)
  - **Travailleur social** (pour 30% des MDPH répondantes)
  - **Infirmière** (pour 17% MDPH répondantes)
- **La mobilisation de partenaires dans le cadre d'évaluations avec rencontre au domicile de la personne ne constitue pas une pratique généralisée** : 43% des MDPH répondantes (soit 24 MDPH sur les 56 MDPH) ont affirmé ne pas mobiliser de partenaires au moment de l'évaluation.
- **Les facteurs de mobilisation des partenaires sont :**
  - **La connaissance de la situation de la personne (raison invoquée par 48% des MDPH répondantes)**
  - **La mobilisation d'une compétence complémentaire (raison invoquée par 19% des MDPH répondantes)**
  - **Le recours à ces partenaires pour évaluer certains types de situations (par exemple des associations spécialisées dans un certain type de handicap ou des techniciens pour les aménagements du logement) (raison invoquée par 13% des MDPH répondantes).**

Précisez les raisons qui expliquent que des pa accompagnenet lors des évaluations à dc



Base : 56 MDPH

- A la demande de la persc
- Pour mettre en place le Plan de compe
- En fonction de la compléxité d
- Lorsque l'acteur connait déjà la situation de la
- Partenaire conventionné pour participer à la réalisation de certains type
- Pour bénéficier d'une compétence complén
- Pour bénéficier d'une compétence manquante c

- **90% du total des MDPH répondantes réalisent des évaluations à domicile d'une durée d'au moins 1H30. 50% d'entre elles réalisent des évaluations d'une durée de 2H ou plus.**

32

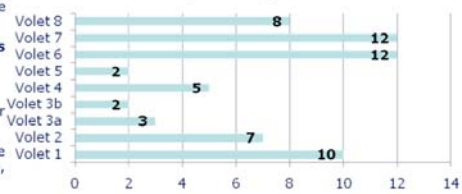
3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

Outils d'évaluation - évaluations à domicile (Q174 à Q186)

- **L'outil GEVA est utilisé par les 3/4 des MDPH répondantes pour recueillir les données d'évaluation:**
- **Le GEVA est majoritairement utilisé de manière partielle** : 74% des MDPH répondantes ont affirmé n'utiliser que certains volets du guide pour évaluer.
  - **L'utilisation des différents volets de GEVA est très hétérogène d'une MDPH à l'autre.**
  - **Volets les plus utilisés :**
  - Les volets 6 et 7 sont les plus utilisés (cités chacun par 12 MDPH répondantes)
  - Les volets 1, 2 et 8 sont utilisés par une dizaine de MDPH répondantes (le volet 1 est utilisé par 10 MDPH, le 2 par 7 et le 8 par 8)
  - Les volets 3a, 3b et 5 ont été les moins utilisés par les MDPH répondantes (entre 2 et 3 MDPH pour chacun d'entre eux).

Utilisation des différents volets de GEVA par les MDPH répondantes (plusieurs réponses possibles)



Base : 56 MDPH

- **Modalités d'utilisation de l'outil GEVA :**
  - **Les ¾ des MDPH répondantes mobilisent l'outil GEVA uniquement pour l'évaluation des demandes de PCH. (**10% des MDPH répondantes le mobilisent pour tous les types de demandes).
  - **61% des MDPH répondantes remplissent le GEVA lors de la rencontre avec la personne**. (Le remplissage du GEVA dans le cadre d'une réunion de l'équipe pluridisciplinaire reste marginale).
  - **68% des MDPH répondantes (sur une base de 31 réponses) ont recours à l'outil GEVA pour conduire les entretiens d'évaluation.**

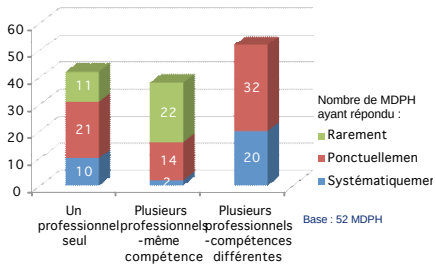
33

3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Caractérisation des évaluations sur dossier (Q200 à Q211)**
  - **Dans la majorité des cas, les évaluations sur dossier sont réalisées par plusieurs professionnels de compétences différentes.**
    - 10 MDPH parmi les répondantes disent réaliser systématiquement les évaluations par un seul professionnel et 20 MDPH les réalisent systématiquement par plusieurs professionnels de compétences différentes.
    - 21 MDPH parmi les répondantes disent réaliser ponctuellement les évaluations par un seul professionnel et 32 MDPH les réalisent ponctuellement par plusieurs professionnels de compétences différentes.
  - **Les compétences les plus mobilisées pour réaliser les évaluations sur dossier sont :**
    - **Médecins** (généralistes et spécialistes) : pour 35% des MDPH répondantes
    - **Travailleurs sociaux** : pour 16% des MDPH répondantes
    - **Enseignant spécialisé** : pour 13% des MDPH répondantes
    - **Personnel administratif** : pour 12% des MDPH répondantes
  - **Concernant la mobilisation d'outils dans le cadre d'évaluations sur dossier :**
  - 51% des MDPH répondantes n'ont recours à aucun outil pour réaliser les évaluations.
  - 82% des MDPH répondantes n'ont pas recours à l'outil GEVA
  - 31% des MDPH répondantes utilisent des outils « maison » (généralement fiches de synthèse inspirées du GEVA)

Modalités de réalisation des évaluations



Base : 52 MDPH

  - **Lorsque le plan de compensation est refusé dans le cadre d'un dossier ayant été évalué sur dossier, le demandeur est rencontré dans la moitié des cas.**
    - 9% des MDPH répondantes rencontrent systématiquement les personnes ayant effectué un recours
    - 40% des MDPH répondantes rencontrent les personnes en fonction de la situation, notamment lors des recours gracieux.

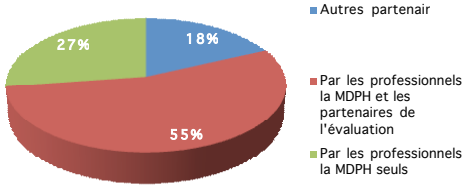
34

3- Analyse thématique

Pratiques d'évaluation retenues

- **Suivi des personnes évaluées par la MDPH après la communication du plan de compensation (Q212 à Q218)**
  - **La mise en place d'un suivi des personnes évaluées par les MDPH après la communication du plan de compensation constitue une pratique fréquente mais non généralisée :**
    - **43% du total des MDPH répondantes ont affirmé mettre en place un suivi de la mise en œuvre du plan de compensation**
  - **Les MDPH répondantes déclarent que dans ¾ des situations, le suivi des bénéficiaires des plans de compensation implique la participation des partenaires (généralement des CLIC)**
    - Dans plus de la moitié des cas, le suivi est réalisé per les professionnels des MDPH et des partenaires
    - Dans 18% des situations, le suivi est réalisé exclusivement par les partenaires

Professionnels chargés du suivi des personnes des plans de compensation



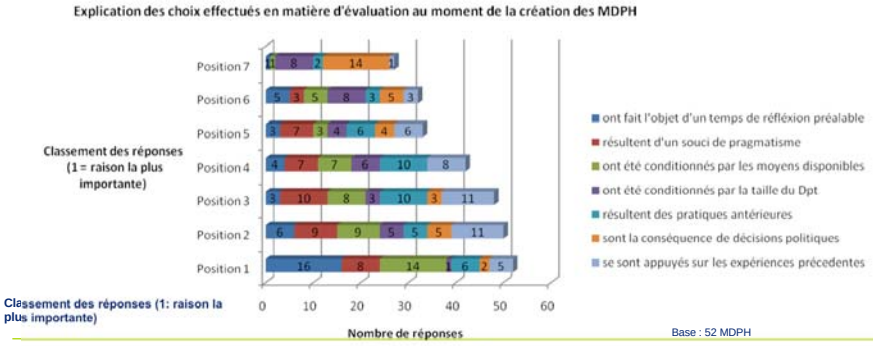
Base : 53 MDPH

35

3- Analyse thématique

Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Explication des choix organisationnels en matière d'évaluation effectués par la MDPH (Q219 et Q220)**
  - **Les deux principales explications des choix organisationnels pris par les MDPH résultent :**
    - **D'une réflexion préalable sur une cible organisationnelle (cité pour 16 MDPH sur les 53 répondantes, c'est-à-dire pour 30 % des MDPH comme le critère le plus évident).**
    - **Les moyens disponibles (raison citée comme critère N°1 par 14 MDPH c'est-à-dire par plus d'un quart des MDPH répondantes).**
  - **Le souci de pragmatisme reste également une explication fréquemment citée par les MDPH (raison citée pour 10 à 20% parmi les 3 raisons les plus évidentes).**



Base : 52 MDPH

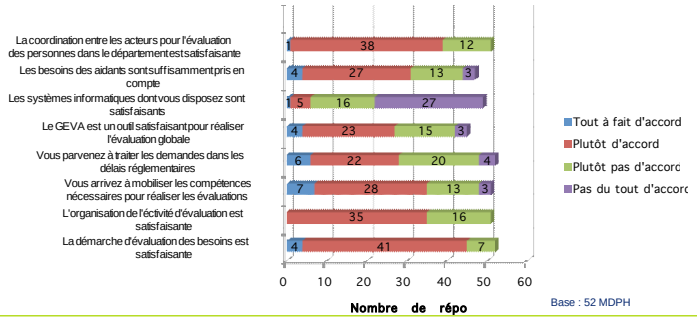
36

3- Analyse thématique

Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Satisfaction relative à la démarche d'évaluation des besoins (Q221 à Q229)**
  - **Les MDPH répondantes ont affirmé être très satisfaites ou satisfaites de :**
    - La démarche d'évaluation des besoins dans leur MDPH (86% des MDPH répondantes sont tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec cette proposition).
    - La coordination entre les différents acteurs de l'évaluation dans le département (76% des MDPH répondantes)
  - **Cependant, elles affirment également être plutôt non satisfaites voire pas satisfaites par :**
    - Les systèmes d'information dont elles disposent actuellement (88% des MDPH répondantes)
    - L'utilisation du GEVA en tant qu'outil d'évaluation (43% des MDPH répondantes)
    - Les délais de traitement des réponses (47% des MDPH répondantes)

Satisfaction relative/ degré d'adhésion des MDPH aux propositions suivantes :



Base : 52 MDPH

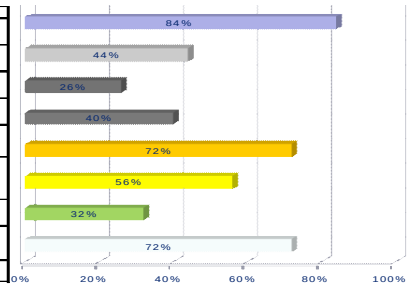
37

3- Analyse thématique

Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Principales difficultés rencontrées (Q230 à Q232)**
  - **D'une façon générale, le manque d'effectif apparaît comme étant la première difficulté rencontrée par les MDPH. L'inadaptation des outils informatiques ainsi que les difficultés liées au décalage entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles sont également fréquemment citées.**
  - Parmi les préoccupations les plus importantes (celles qui apparaissent en position 1), celles qui sont le plus citées par les MDPH sont :
    - Le manque d'effectif (cité par 42 MDPH répondantes)
    - Les difficultés liées à la collecte d'informations concernant la personne évaluée (cité par 36 MDPH répondantes)
    - Les difficultés de communication avec les autres acteurs de l'évaluation (cité par 36 MDPH répondantes)

	Nb
manque d'effectifs	42
Manque de pluridisciplinarité	22
nadaptation des outils informatiques	13
nadaptation des outils d'évaluation	20
Difficultés liées à la collecte d'informations concernant les personnes évaluées	36
Difficultés existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles	28
Difficultés à pourvoir certains postes	16
Difficulté de communication avec les autres acteurs de l'évaluation	36
Total des MDPH ayant répondu	50



Base : 213 réponses pour 50 MDPH répondantes

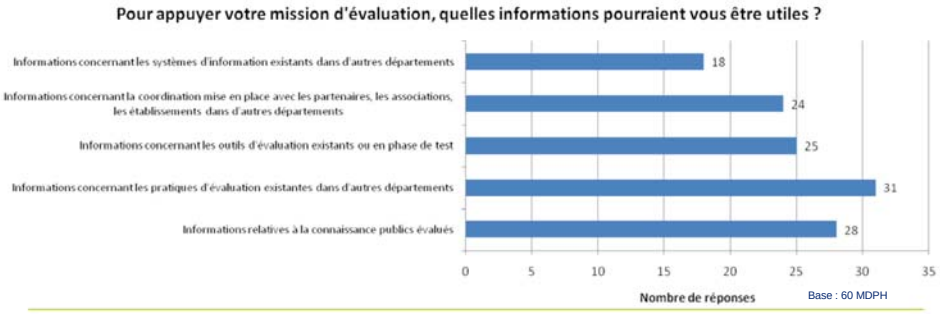
NB : plusieurs réponses possibles

38

3- Analyse thématique

Difficultés et leviers de changement identifiés

- **Principales demandes d'informations soulevées par les répondants (Q235 et 236)**
  - **Les MDPH répondantes ont affirmé être intéressées par les différents types d'informations proposées.**
  - **On note cependant un intérêt légèrement plus fort pour :**
    - Les informations concernant les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements¨(pour ¼ des MDPH répondantes)
    - Les informations relatives à la connaissance des publics évalués (pour 22% des MDPH répondantes)
    - Les informations concernant les outils d'évaluation existants ou en phase de test (pour 20% des MDPH répondantes)
  - **Les informations qui semblent manquer le moins aux MDPH répondantes sont celles concernant les systèmes d'information existants dans d'autres départements (pour 14% des MDPH répondantes).**



Base : 60 MDPH

39

Sommaire

- Avant propos : précisions méthodologiques
- Synthèse des principaux résultats de l'enquête quantitative menée auprès des MDPH
- Détail des résultats
  - Description de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires
  - Pratiques d'évaluation retenues
  - Difficultés et leviers de changement identifiés

Annexes

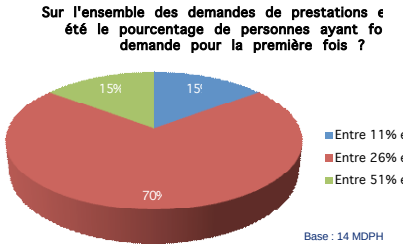
A/ Principaux indicateurs d'activité

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité

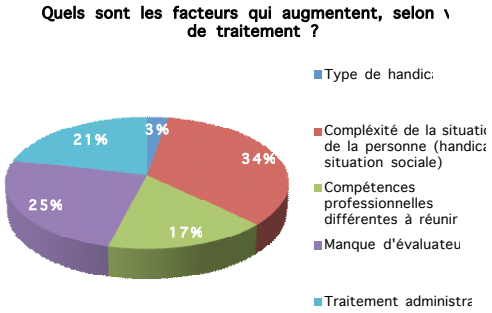
- **Evaluation des personnes handicapées vieillissantes (Q233 et Q234)**
  - **On constate un faible taux de réponse pour ces deux questions (14 répondants sur un total de 75 MDPH ayant répondu à l'enquête quantitative). Ce faible taux peut-il constituer un indice de l'inexistence d'indicateurs d'activité pour le suivi de cet aspect dans les MDPH ?**
  - Sur les 14 MDPH répondantes on note :
    - Le pourcentage de dossiers de personnes handicapées vieillissantes traités en 2007 est inférieur à 20% du total des demandes : 5 MDPH ont affirmé avoir traité entre 5% et 10% des demandes de ce type, 5 autres ont traité entre 11% et 20%.
    - Le pourcentage des demandes de PCH parmi les personnes qui la demandent au titre d'un handicap survenu avant 60 ans est inférieur à 10% (12 MDPH sur 14 répondantes).
- **Premières demandes en 2007 (Q237)**



Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité (1/3)

- **Délais de traitement (Q238 à 240)**
  - **Les MDPH répondantes (50 MDPH) ont affirmé que leurs délais de traitement des demandes ont plutôt tendance à se stabiliser ou voir même baisser :**
    - Augmenter : 8%, soit 8 MDPH
    - Baisser : 42%, soit 21 MDPH
    - Rester stables : 42%, soit 21 MDPH



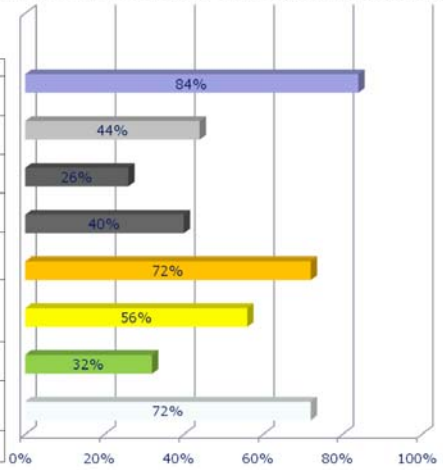
Base : 50 MDPH

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité (2/3)

Notez de 1 à 5 les principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des évaluations des besoins des personnes

	Nb
manque d'effectifs	42
Manque de pluridisciplinarité	22
Inadaptation des outils informatiques	13
Inadaptation des outils d'évaluation	20
Difficultés liées à la collecte d'informations concernant les personnes évaluées	36
Difficultés existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles	28
Difficultés à pourvoir certains postes	16
Difficulté de communication avec les autres acteurs de l'évaluation	36
Total des MDPH ayant répondu	50



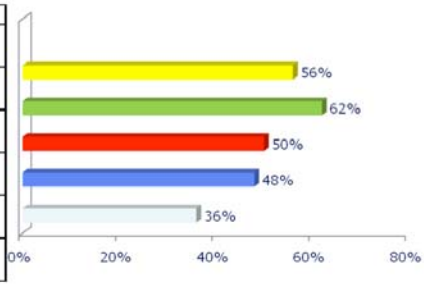
Base : 213 réponses pour 50 MDPH répondantes

Annexes

A/ Principaux indicateurs d'activité (3/3)

Pour appuyer votre mission d'évaluation, quelles informations pourraient vous être utiles?

	Nb
Informations relatives à la connaissance publics évalués	28
Informations concernant les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements	31
Informations concernant les outils d'évaluation existants ou en phase de test	25
Informations concernant la coordination mise en place avec les partenaires	24
Informations concernant les systèmes d'information existants dans d'autres départements	18
Total des MDPH ayant répondu	50



Base : 126 réponses pour 50 MDPH répondantes

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Nous entendons par évaluation " l'activité d'analyse de la situation d'une personne en perte d'autonomie qui permet d'explorer toutes les dimensions (loisirs, transports, logement, déficiences, activités,...) afin de définir globalement ses besoins". Du point de vue du traitement des demandes, elle correspond à la "pratique effectuée en aval du traitement administratif des dossiers et en amont des préconisations formalisées dans le cadre d'un plan de compensation".

Informations générales

2. Date :

3. Numéro de département

4. Fonction du ou des répondants (direction, équipe médico-sociale, coordonateur,...)

A. Descripition de l'équipe d'évaluation et des différents partenaires

5. Actuellement, de quels moyens en personnel disposez-vous pour évaluer les besoins des personnes handicapées ?

☐ Médecin généraliste	☐ Assistante sociale / Conseiller en économie sociale et familiale	☐ Psychologue
☐ Médecin spécialiste	☐ Enseignant spécialisé	☐ Personnel administratif participant à l'évaluation
☐ Infirmière	☐ Ergothérapeute	☐ Autre

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

NB : Dans chaque cas, le calcul des ETP ne doit prendre en compte que les heures consacrées à l'évaluation des besoins des personnes (ETP effectivement constatés).

Médecins généralistes

6. Quel est le nombre de médecins generalistes dans vos équipes? ☐
7. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

Médecins spécialistes

8. Quel est le nombre de médecins spécialistes dans vos équipes? ☐
9. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

Infirmières

10. Quel est le nombre d'infirmières dans vos équipes? ☐
11. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

Travailleurs sociaux

12. Quel est le nombre de travailleurs sociaux dans vos équipes? ☐
13. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

Enseignants spécialisés

14. Quel est le nombre d'enseignants spécialisés dans vos équipes ? ☐
15. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

46

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Ergothérapeutes

16. Quel est le nombre d'ergothérapeutes dans vos équipes? ☐
17. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

Psychologues

18. Quel est le nombre de psychologues dans vos équipes? ☐
19. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

Personnels administratifs

20. Quel est le nombre de personnels administratifs participant à l'évaluation dans vos équipes? ☐
21. Quel est le nombre d'ETP correspondant ? ☐

22. Précisez pour chacune des autres compétences mobilisées dans vos équipes, la compétence et le nombre d'ETP correspondant?

23. Au sein de ces équipes, les fonctions suivantes sont-elles représentées ?

☐ Référent insertion professionnelle ☐ "Référent insertion scolaire"

24. Quel mode de coordination des équipes d'évaluation avez-vous mis en place ?

☐ Un coordonnateur commun à l'ensemble des équipes	☐ Des coordonnateurs différents selon les publics évalués et/ou les prestations demandées (ex. un coordonnateur du secteur "Adultes" et un coordonnateur du secteur "Enfants" et/ou un coordonnateur des demandes de PCH)	
☐ Des coordonnateurs différents selon les catégories de professionnels (ex. un coordonnateur des médecins et un coordonnateur des autres professionnels)	☐ Autre	

25. Précisez :

47

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

26. Quelle est la formation de ce(s) coordonnateur(s) ?

☐ Médecin généraliste	☐ Infirmière	☐ Psychologue
☐ Médecin spécialiste	☐ Enseignant spécialisé	☐ Fonction administrative
☐ Assistante sociale / Conseiller économie sociale et familiale	☐ Ergothérapeute	☐ Autre

27. Précisez :

28. Votre ou vos équipes sont-elles territorialisées ?

☐ Oui ☐ Non

29. Précisez les modalités de territorialisation :

30. Votre MDPH fait-elle appel à des partenaires pour la réalisation des évaluations ?

☐ Oui ☐ Non

48

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Ces partenaires sont-ils :

	Conventionnés à titre gratuit	Conventionnés avec contrepartie financière	Non conventionnés	Pas de partenariat avec cet acteur
31. Conseil Général	☐	☐	☐	☐
32. CCAS	☐	☐	☐	☐
33. Caisses de retraite (CRAM, MSA,...)	☐	☐	☐	☐
34. Etablissements médico-sociaux	☐	☐	☐	☐
35. Services médico-sociaux (autorisés ou agréés)	☐	☐	☐	☐
36. Organismes d'aide à l'insertion professionnelle (Cap emploi,...)	☐	☐	☐	☐
37. Education Nationale (Inspection académique,...)	☐	☐	☐	☐
38. Centres hospitaliers	☐	☐	☐	☐
39. Autre	☐	☐	☐	☐

40. Précisez :

49

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

41. Le recours au Conseil Général pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

42. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

43. Le recours au Conseil Général pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

44. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

45. Le recours au Conseil Général pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

46. Le recours au Conseil Général pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

47. Le recours au Conseil Général est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

50

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

48. Le recours au CCAS pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

49. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

50. Le recours au CCAS pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

51. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

52. Le recours au CCAS pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

53. Le recours au CCAS pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

54. Le recours au CCAS est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

51

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

55. Le recours à une caisse de retraite (CRAM,MSA,…) pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

56. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

57. Le recours à une caisse de retraite (CRAM,MSA,…) pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

58. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

59. Le recours à une caisse de retraite (CRAM,MSA,…) pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

60. Le recours à une caisse de retraite (CRAM,MSA,…) pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

61. Le recours à une caisse de retraite (CRAM,MSA,…) est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

52

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

62. Le recours à un établissement médico-social pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

63. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

64. Le recours à un établissement médico-social pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

65. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

66. Le recours à un établissement médico-social pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

67. Le recours à un établissement médico-social pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

68. Le recours à un établissement médico-social est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

53

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

69. Le recours à un service médico-social pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

70. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

71. Le recours à un service médico-social pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

72. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

73. Le recours à un service médico-social pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

74. Le recours à un service médico-social pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

75. Le recours à un service médico-social est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

54

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

76. Le recours à un organisme d'aide à l'insertion professionnelle pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

77. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

78. Le recours à un organisme d'aide à l'insertion professionnelle pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

79. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

80. Le recours à un organisme d'aide à l'insertion professionnelle pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

81. Le recours à un organisme d'aide à l'insertion professionnelle pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

82. Le recours à un organisme d'aide à l'insertion professionnelle est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

55

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

83. Le recours à l'Education Nationale pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

84. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

85. Le recours à l'Education Nationale pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

86. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

87. Le recours à l'Education Nationale pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

88. Le recours à l'Education Nationale pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

89. Le recours à l'Education Nationale est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

56

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

90. Le recours à un Centre Hospitalier pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

91. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

92. Le recours à un Centre Hospitalier pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

93. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

94. Le recours à un Centre hospitalier pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

95. Le recours à un Centre Hospitalier pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

96. Le recours à un Centre hospitalier est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

57

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

97. Le recours à un autre partenaire pour l'évaluation dépend-il de la prestation sollicitée ?

☐ Oui ☐ Non

98. Si oui, pour quelles prestations ?

☐ Cartes ou AAH	☐ Orientation en établissement pour adultes	☐ AEEH
☐ RQTH ou orientation professionnelle	☐ Orientation en établissement pour enfants	
☐ Orientation scolaire	☐ PCH	

99. Le recours à un autre partenaire pour l'évaluation dépend-il du type de déficience ?

☐ Oui ☐ Non

100. Si oui, pour quel(s) type(s) de déficience(s) ?

☐ Déficience motrice	☐ Troubles du langage	☐ Plusieurs déficiences de types différents (plurihandicap)
☐ Déficience psychique	☐ Déficience mentale	
☐ Déficience sensorielle	☐ Déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices (polyhandicap)	

101. Le recours à un autre partenaire pour l'évaluation dépend-il du territoire géographique du demandeur ?

☐ Oui ☐ Non

102. Le recours à un autre partenaire pour l'évaluation dépend-il de l'âge ?

☐ Oui ☐ Non

103. Le recours à un autre partenaire est-il payant pour votre MDPH ?

☐ Oui ☐ Non

58

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

104. Globalement, avec quelle fréquence organisez-vous des rencontres avec vos partenaires pour harmoniser vos pratiques d'évaluation ?

☐ Jamais	☐ Une fois par an	☐ Plus de 3 fois par an
☐ Moins d'une fois par an	☐ 2 à 3 fois par an	

105. Précisez :

106. Précisez leur contenu et la durée moyenne :

107. De quelle manière sont organisées ces rencontres ?

☐ Les partenaires sont réunis ensemble ☐ Les partenaires sont vus séparément ☐ Cela dépend des situations

108. Dans ce cas, précisez :

59

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

B. Démarche d'évaluation des besoins

Lors de l'examen du dossier du demandeur, vous arrive-t-il de rechercher des informations complémentaires auprès des contacts suivants ?

	Systématiquement	Ponctuellement	Rarement, voire jamais
109. Un ami ou un parent du demandeur	☐	☐	☐
110. Un médecin (son médecin traitant ou un médecin spécialiste)	☐	☐	☐
111. Une structure d'aide à domicile (SAD, SAVS,…) avec lequel le demandeur est déjà en relation	☐	☐	☐
112. Un établissement de soins (hôpitaux, centres de référence, équipes psychiatriques,…)	☐	☐	☐
113. Le CCAS ou tout autre organisme avec lequel le demandeur a été en relation pour déposer sa demande (ex. CAF, Office Public HLM, une association,…)	☐	☐	☐
114. Autre	☐	☐	☐

115. Précisez :

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

116. Pour quelle(s) raison(s) (critères spécifiques,…) prenez-vous contact avec un ami ou un parent du demandeur pour obtenir des informations complémentaires ?

117. Pour quelle(s) raison(s) (critères spécifiques,…) prenez-vous contact avec un médecin pour obtenir des informations complémentaires ?

118. Pour quelle(s) raison(s) (critères spécifiques,…) prenez-vous contact avec une association déjà en relation avec le demandeur pour obtenir des informations complémentaires ?

119. Pour quelle(s) raison(s) (critères spécifiques,…) prenez-vous contact avec un établissement de soins pour obtenir des informations complémentaires ?

120. Pour quelle(s) raison(s) (critères spécifiques,…) prenez-vous contact avec un autre organisme avec lequel le demandeur a été en relation pour déposer sa demande (type CCAS, CAF,…) pour obtenir des informations complémentaires ?

121. Pour quelle(s) raison(s) (critères spécifiques,…) prenez-vous contact avec un autre acteur éventuel pour recherchez des informations complémentaires ?

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

122. Lors de l'arrivée des dossiers à la MDPH, avez-vous mis en place une procédure permettant un premier tri des dossiers ?

☐ Oui ☐ Non

123. Si oui, le passage dans cette cellule de tri peut-il conduire directement à un rejet ou à un passage direct en CDAPH des demandes sans évaluation ?

☐ Oui ☐ Non

124. Combien de personnes réalisent ce tri ?

☐

125. Précisez leur fonction :

☐ Médecin généraliste	☐ Infirmière	☐ Psychologue
☐ Médecin spécialiste	☐ Enseignant spécialisé	☐ Fonction administrative
☐ Assistant social / Conseiller économie sociale et familiale	☐ Ergothérapeute	☐ Autre

126. Précisez :

127. Pour répartir les dossiers entre les équipes d'évaluation, quel critère intervient EN PREMIER LIEU ?

☐ Le découpage géographique	☐ Selon qu'il s'agisse d'une demande d'aide concernant les enfants ou les adultes	☐ La complexité du dossier (où des compétences différentes peuvent être mobilisées)
☐ La nature de la demande (orientation, carte,…)	☐ Selon qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement, d'une procédure d'urgence, d'un recours	☐ Autre

128. Précisez :

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

129. Si D'AUTRES CRITERES sont utilisés, quels sont-ils ?

☐ Le découpage géographique	☐ Selon qu'il s'agisse d'une demande d'aide concernant les enfants ou les adultes	☐ La complexité du dossier (où des compétences différentes peuvent être mobilisées)
☐ La nature de la demande (orientation, carte,…)	☐ Selon qu'il s'agisse d'une première demande, d'un renouvellement, d'une procédure d'urgence, d'un recours	☐ Autre

130. Précisez :

Cas où l'évaluation repose sur une rencontre avec la personne évaluée.

Quelle est la part des évaluations réalisées (en pourcentage, par ex. pour 50%, répondre "50") :

131. Sur le lieu de vie	
132. Dans les locaux de la MDPH ou d'un partenaire (avec entretien de la personne)	
133. Sur dossier	
134. Autre	

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

135. Précisez :

136. Concernant les demandes multiples (plus d'un type de demande), quelle est la part ayant donné lieu à une rencontre de la personne ? (en pourcentage, par ex. pour 50%, répondre "50")

Concernant les demandes pour un seul type de prestation, quelle est la part ayant donné lieu à une rencontre de la personne ? (au domicile de la personne ou sur son lieu de vie ou dans les locaux de la MDPH ou d'un partenaire)

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
137. Carte d'invalidité	☐	☐	☐	☐
138. Cartes de stationnement	☐	☐	☐	☐
139. AAH	☐	☐	☐	☐
140. RQTH	☐	☐	☐	☐
141. Orientation professionnelle	☐	☐	☐	☐
142. Orientation en établissement adultes	☐	☐	☐	☐
143. Orientation en établissement pour enfants	☐	☐	☐	☐
144. PCH Aides humaines	☐	☐	☐	☐
145. PCH Aides techniques	☐	☐	☐	☐
146. PCH Adaptation du logement / du véhicule	☐	☐	☐	☐
147. AEEH	☐	☐	☐	☐
148. ACTP	☐	☐	☐	☐

64

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

149. Parmi les évaluations ayant donné lieu à une rencontre de la personne, quelle est la part des évaluations ayant lieu sur le lieu de vie de la personne ?

☐ Entre 0% et 25% ☐ Entre 51% et 75%
☐ Entre 26% et 50% ☐ Entre 76% et 100%

150. Concernant les évaluations donnant lieu à une rencontre de la personne, des réunions de concertation d'équipe sont-elles organisées en amont pour préparer les entretiens ?

☐ Dans tous les cas ☐ Dans certains cas ☐ Rarement, voire jamais

151. Précisez dans quels cas :

152. Avec quelle fréquence ont lieu ces réunions de concertation d'équipe ?

☐ Moins d'une fois par mois ☐ Entre 2 et 3 fois par mois
☐ Une fois par mois ☐ Plus de 3 fois par mois

Qui participe à ces réunions ?

	Dans tous les cas	Dans certains cas	Rarement voir jamais
153. Le(s) coordonnateur(s)	☐	☐	☐
154. Les évaluateurs concernés	☐	☐	☐
155. Le référent insertion professionnelle	☐	☐	☐
156. Le "référent insertion scolaire"	☐	☐	☐
157. Autre	☐	☐	☐

158. Précisez :

159. En règle générale, effectuez-vous l'évaluation au domicile de la personne en une ou plusieurs fois ?

☐ Une seule visite ☐ Plusieurs visites

65

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

160. Expliquez pourquoi :

Comment caractériseriez-vous cette visite à domicile ? S'agit-il d'une visite réalisée :

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
161. Par un seul professionnel ?	☐	☐	☐	☐
162. Par plusieurs professionnels de même profil ?	☐	☐	☐	☐
163. Par plusieurs professionnels de profils différents ?	☐	☐	☐	☐

Comment caracteriseriez-vous ces visites à domicile ? S'agit-il de visites réalisées :

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
164. Par un seul professionnel ?	☐	☐	☐	☐
165. Par plusieurs professionnels de même profil se rendant ensemble au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐
166. Par plusieurs professionnels de même profil se rendant à tour de rôle au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐
167. Par plusieurs professionnels de profils différents se rendant ensemble au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐
168. Par plusieurs professionnels de profils différents se rendant à tour de rôle au domicile de la personne ?	☐	☐	☐	☐

169. En règle générale, l'évaluation à domicile est réalisée par :

☐ Médecin généraliste	☐ Travailleur social	☐ Psychologue
☐ Médecin spécialiste	☐ Enseignant spécialisé	☐ Personnel administratif participant à l'évaluation
☐ Infirmière	☐ Ergothérapeute	☐ Autre

170. Précisez :

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

171. Par ailleurs, arrive-t-il que certains de vos partenaires vous accompagnent lors de ces visites ?

☐ Oui ☐ Non

172. Précisez-en les raisons (manque de moyens, connaissance de la personne,...) ?

173. Quel est le temps moyen d'une visite à domicile (en minutes, HORS TEMPS DE TRAJET, ex. pour 1H30, répondre "90") ?

☐

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

174. Pour recueillir les données d'évaluation collectées lors de la rencontre avec la personne, utilisez-vous le GEVA ?

☐ Oui ☐ Non

175. Dans ce cas, utilisez-vous :

☐ Tous les volets du GEVA ☐ Certains volets seulement

176. Précisez quels volets :

177. Par ailleurs, utilisez-vous le GEVA :

☐ Pour toutes les situations ☐ Pour les demandes de PCH uniquement ☐ Pour certaines situations particulières

178. Précisez :

179. Le GEVA est-il renseigné :

☐ Lors de la rencontre avec la personne ☐ Plus tard, en équipe pluridisciplinaire

☐ Plus tard, par l'évaluateur seul ☐ Autre

180. Précisez :

181. Utilisez-vous le GEVA également pour conduire l'entretien ?

☐ Oui ☐ Non

182. Utilisez-vous un outil dérivé du GEVA pour conduire l'entretien ?

☐ Oui ☐ Non

68

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

183. En dehors du GEVA, quels sont les outils que vous utilisez ?

☐ Aucun autre outil ☐ Un questionnaire spécifique réalisé par votre MDPH (compléments et adaptations du GEVA inclus) ☐ D'autres outils complémentaires

184. Précisez lesquels :

185. Existe-t-il un outil informatique permettant un stockage des données issues du recueil d'informations lors de l'évaluation (par exemple de manière à alimenter des études, des statistiques,...) ?

☐ Oui ☐ Non

186. Précisez lequel :

69

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Cas où l'évaluation repose sur l'examen d'un dossier uniquement.

187. Concernant les demandes multiples (plus d'un type de demande), quelle est la part ayant reposé uniquement sur l'examen d'un dossier ? (en pourcentage, par ex. pour 50%, répondre "50")

Concernant les demandes pour un seul type de prestation, quelle est la part ayant fait l'objet d'une évaluation uniquement sur dossier ? (la personne n'est jamais rencontrée)

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
188. Cartes d'invalidité	☐	☐	☐	☐
189. Cartes de stationnement	☐	☐	☐	☐
190. AAH	☐	☐	☐	☐
191. RQTH	☐	☐	☐	☐
192. Orientation professionnelle	☐	☐	☐	☐
193. Orientation en établissement adultes	☐	☐	☐	☐
194. Orientation en établissement pour enfants	☐	☐	☐	☐
195. PCH Aides techniques	☐	☐	☐	☐
196. PCH Aides humaines	☐	☐	☐	☐
146. PCH Adaptation du logement / du véhicule	☐	☐	☐	☐
198. AEEH	☐	☐	☐	☐
148. ACTP	☐	☐	☐	☐

70

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Les évaluations sur dossiers sont réalisées par :

	Systématiquement	Ponctuellement, au cas par cas	Rarement, voire jamais
200. Un professionnel seul	☐	☐	☐
201. Plusieurs professionnels de même compétence	☐	☐	☐
202. Plusieurs professionnels de compétences différentes	☐	☐	☐

203. Quelles sont, en général, les compétences mobilisées pour réaliser ce(s) évaluation(s) sur dossier ?

☐ Médecin généraliste	☐ Travailleur social	☐ Psychologue
☐ Médecin spécialiste	☐ Enseignant spécialisé	☐ Personnel administratif participant à l'évaluation
☐ Infirmière	☐ Ergothérapeute	☐ Autre

204. Précisez :

205. Pour recueillir les données d'évaluation collectées lors de l'évaluation sur dossier, utilisez-vous le GEVA ?

☐ Oui ☐ Non

206. Dans ce cas, utilisez-vous :

☐ Tous les volets du GEVA ☐ Certains volets seulement

207. Précisez quels volets :

208. Utilisez-vous un autre outil pour recueillir les données d'évaluation collectées lors de l'évaluation sur dossier ?

☐ Oui ☐ Non

209. Précisez le(s)quel(s) :

71

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

210. En cas de rejet des demandes faisant l'objet d'une évaluation uniquement sur dossier, organisez-vous une rencontre avec le demandeur ?

☐ Systématiquement ☐ Ponctuellement selon certains critères ☐ Rarement, voire jamais

211. Précisez lesquels :

212. Après notification, un suivi de la mise en oeuvre est-il organisé ?

☐ Oui ☐ Non

213. Par quels professionnels ce suivi de la mise en oeuvre est-il mis en place ?

☐ Par les professionnels de la MDPH seuls
☐ Par les professionnels de la MDPH et les partenaires de l'évaluation
☐ Par les partenaires de l'évaluation seuls
☐ Par d'autres partenaires

214. Précisez :

Comment le suivi de la mise en oeuvre est-il mis en place ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
215. La réalisation de réunions régulières avec les partenaires	☐	☐	☐	☐
216. Un échange d'informations	☐	☐	☐	☐
217. Autre	☐	☐	☐	☐

218. Précisez :

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Cas où l'évaluation repose sur l'examen d'un dossier uniquement.

219. Concernant l'explication des choix effectués en matière d'évaluation au moment de la création de votre MDPH, classez les raisons suivantes de la plus à la moins évidente (1 = raison la plus évidente) :

☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation ont fait l'objet d'un temps de réflexion préalable
☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation ont été conditionnés par la taille du département
☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation se sont appuyés sur les expériences précédentes
☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation résultent d'un souci de pragmatisme
☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation résultent des pratiques locales antérieures
☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation ont été conditionnés par les moyens disponibles
☐ Les choix organisationnels en matière d'évaluation sont la conséquence de décisions politiques

220. Si d'autres raisons vous semblent expliquer les choix organisationnels en matière d'évaluation, précisez lesquelles :

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

Pour les propositions suivantes, diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord ou sans avis sur la question ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Sans avis sur la question
221. La démarche d'évaluation des besoins dans votre MDPH est satisfaisante en termes de qualité de service aux usagers	☐	☐	☐	☐	☐
222. L'organisation de l'activité d'évaluation dans votre MDPH est satisfaisante	☐	☐	☐	☐	☐
223. Vous arrivez à mobiliser les compétences nécessaires pour réaliser les évaluations	☐	☐	☐	☐	☐
224. Vous parvenez à traiter les demandes dans les délais réglementaires	☐	☐	☐	☐	☐
225. Le GEVA est un outil satisfaisant pour réaliser l'évaluation globale des besoins de la personne	☐	☐	☐	☐	☐
226. Les systèmes informatiques dont vous disposez sont satisfaisants	☐	☐	☐	☐	☐
227. Les besoins des aidants sont suffisamment pris en compte	☐	☐	☐	☐	☐
228. La coordination entre les acteurs pour l'évaluation des besoins des personnes dans le département est satisfaisante	☐	☐	☐	☐	☐

Annexes

B/ Questionnaire adressé aux MDPH

229. Concernant ces différents leviers, quelles sont les pistes d'amélioration qui vous paraissent prioritaires ? (ex. outils d'évaluation, relations avec les aidants,...)

230. Notez de 1 à 5 les cinq principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des évaluations des besoins des personnes

☐ Manque d'effectifs au regard du nombre de dossiers à évaluer	☐ Inadaptation des outils d'évaluation que vous utilisez	☐ Difficultés de communication avec les autres acteurs de l'évaluation sur le département (partenaires conventionnés et non conventionnés, associations, services à domicile, établissements, CCAS,...)
☐ Difficultés à pourvoir certains types de postes	☐ Inadaptation des outils informatiques	☐ Difficultés liées au décalage existant entre les attentes des personnes évaluées et les prestations disponibles
☐ Manque de pluridisciplinarité au sein des équipes	☐ Difficultés liées à la collecte d'informations concernant les personnes évaluées	☐ Autre

231. Précisez les autres difficultés rencontrées :

232. Concernant le manque de pluridisciplinarité, précisez les compétences qu'il vous semble manquer :

233. Quel est le pourcentage de personnes handicapées de plus de 60 ans qui ont fait l'objet d'une évaluation de leurs besoins par votre MDPH en 2007 ? (en pourcentage, ex. pour 50%, répondre "50")

234. Quel est le pourcentage des demandes de PCH parmi les personnes qui la demandent au titre d'un handicap survenu avant 60 ans ? (en pourcentage, ex. pour 50%, répondre "50")

Annexes
B/ Questionnaire adressé aux MDPH

235. Pour appuyer votre mission d'évaluation, quelles informations pourraient vous être utiles ?

☐ Des informations relatives à la connaissance des publics évalués	☐ Des informations relatives aux outils d'évaluation existants ou en phase de test	☐ Des informations concernant les systèmes d'information existants dans d'autres départements
☐ Des informations concernant les pratiques d'évaluation existantes dans d'autres départements	☐ Des informations concernant la coordination mise en place avec les partenaires, les associations, les établissements dans d'autres départements	☐ Autre

236. Précisez :

C. Difficultés et leviers de changement identifiés

237. Sur l'ensemble des demandes de prestations en 2007, quel a été le pourcentage de personnes ayant formulé une demande pour la première fois ?

☐ Moins de 10%	☐ Entre 26% et 50%	☐ Plus de 76%
☐ Entre 11% et 25%	☐ Entre 51% et 75%	

238. Quels sont les facteurs qui augmentent, selon vous, les délais de traitement ?

☐ Le type de handicap	☐ Les compétences professionnelles différentes à réunir	☐ Le traitement administratif
☐ La complexité de la situation de la personne (selon son handicap, sa situation sociale,…)	☐ Le manque d'évaluateurs	☐ Autre

239. Précisez

240. Selon vous, les délais de traitement des demandes dans votre département ont-ils tendance à :

☐ Augmenter ☐ Baisser ☐ Rester stables

Annexes
B/ Questionnaire adressé aux MDPH

D. Principaux indicateurs d'activité

241. Nom de la personne à contacter

242. Téléphone

243. Courrier éléctronique

Pour toute question n'hésitez pas à contacter :

Julien SERIGNAC - 01 55 61 48 72
jserignac@deloitte.fr

Astrid FERNANDEZ - 01 55 61 69 57
afernandez@deloitte.fr

Isabelle RICH - 01 40 88 70 86
irich@deloitte.fr

Analyser les représentations des différents acteurs de la notion et de la fonction d'évaluation et les expériences vécues par les professionnels et les usagers

Monographie Personne âgée
Conseil Général des Alpes Maritimes

Octobre 2008

Sommaire

I. Fiche technique 1

II. Présentation de la situation 2

III. Profil des personnes rencontrées 5
L'usager 5
Son fils 5
Le kinésithérapeute 5
L'infirmière du service de Maryse 5
La responsable de l'animation de l'établissement 5
La psychologue de l'établissement 6
Le médecin coordonnateur de l'établissement 6
La directrice de l'établissement 6

IV. Les perceptions des évaluations 7
Le schéma de l'évaluation : l'unité d'étude et la circulation de l'information 7
L'évaluation des besoins vécue par Maryse elle même 8
L'évaluation des besoins vécue par son fils 8
L'évaluation des besoins vécue par la directrice de l'établissement 8
L'évaluation des besoins vécue par la psychologue de l'établissement 10
L'évaluation des besoins vécue par le médecin coordonnateur de l'établissement 10
L'évaluation des besoins vécue par la responsable de l'animation de l'établissement 11
L'évaluation des besoins vécue par une infirmière de l'établissement 11
SYNTHESE DES PERCEPTIONS DE L'EVALUATION 14

V. Les critères d'influence sur l'évaluation 15
Les critères qui font consensus 15
Les critères en débat 16

VI. Synthèse de la monographie et enseignements 17

I. Fiche technique

Unité d'étude : 7 personnes impliquées dans l'évaluation des besoins d'une personne âgée dépendante vivant en EHPAD + la personne âgée , et son fils

- La directrice de l'établissement
- la responsable de l'animation de l'établissement
- la psychologue de l'établissement
- le médecin coordonnateur de l'établissement
- un des kinésithérapeutes de l'établissement, prenant en charge la patiente
- une infirmière de l'établissement, travaillant dans le service dans lequel vit la patiente
- une aide soignante de l'établissement, travaillant dans le service dans lequel vit la patiente

Le cas étudié : Maryse a 78 ans, et à intégrer l'EHPAD en juillet 2008 avec sa sœur. Elle est diabétique, et ne peut plus se déplacer dû à une obésité. Son fils lui rend visite très régulièrement et est soulagé que sa mère soit installée dans une maison de retraite.

Lieu d'étude : La maison de retraite de Cannes

Particularités du Département des Alpes Maritimes: De nombreuses personnes âgées, donc de nombreuses personnes âgées dépendantes. De longues listes d'attente pour les EHPAD.

II. Présentation de la situation

L'usager

Maryse a 78 ans, elle est « résidente » de l'établissement depuis juillet 2008. Elle y est entrée en compagnie de sa soeur, avec qui elle vivait auparavant. Elle est diabétique, obèse, en fauteuil. Elle est classée GIR 2, avec un MMS de 22 sur 30.Elle présente donc, médicalement, une démence légère.

De milieu modeste, elle n'a pas poussé loin ses études. Elle s'est mariée et a eu deux enfants avec Michel, décédé en 2000, qui était « *dans l'enseignement* ». Elle était femme au foyer, habitait une petite maison avec jardin en centre ville. A la mort de son mari, la soeur aînée de Maryse, de 10 ans plus âgée, s'est installée avec sa soeur cadette. La soeur aînée est valide, mais d'après le fils de Maryse, « *il lui arrivait d'aller faire son marché en pyjama* », et elle « *décroche* » de temps en temps. Très maigre, elle ne s'alimente pas beaucoup. Maryse, quant à elle, avait des difficultés à se déplacer, du fait de son poids, et probablement d'une névropathie diabétique. Sur les conseils du médecin généraliste de la famille, la fille de Maryse a fait une demande d'APA, qu'elle a obtenue. Cela a permis la présence d'une aide ménagère, en plus de l'infirmière qui venait tous les jours pour s'occuper de Maryse.

En 2007, Maryse a été hospitalisée quelques semaines, suite à une infection urinaire. A son retour à domicile, elle a commencé à « tomber ». D'après le médecin de l'institution, ses chutes étaient dues à une fonte musculaire consécutive à l'alitement. Un kinésithérapeute est venu tous les jours à domicile pour tenter une rééducation. En vain. Elle tombait de plus en plus souvent. Son fils était obligé de se déplacer pour la relever, y compris la nuit. Peu à peu, l'état de Maryse s'aggravant, il ne pouvait plus la relever (Maryse pèse 120 kilos). Obligation d'appeler les pompiers (« ils devaient s'y mettre à 4 »). Les pompiers devaient venir de plus en plus souvent, quelquefois plusieurs fois par nuit. En décembre 2007, les pompiers demandent au fils de « placer » sa mère dans un établissement. Le médecin de famille est contre. Il préconise une assistance permanente à domicile, pour la surveiller, et changer les couches, Maryse étant désormais en fauteuil, et ne pouvant plus aller aux toilettes. Le fils se renseigne. Une telle assistance coûte 2000€ par jour, non pris en charge par l'APA. Il cherche une maison de retraite pour accueillir sa mère... et sa tante, qui ne peut pas vivre seule. Il cherche 6 mois. Il dépose un dossier à la maison de retraite où elle est accueillie en juillet 2008, avec sa soeur, 2 places s'étant libérées.

L'établissement :

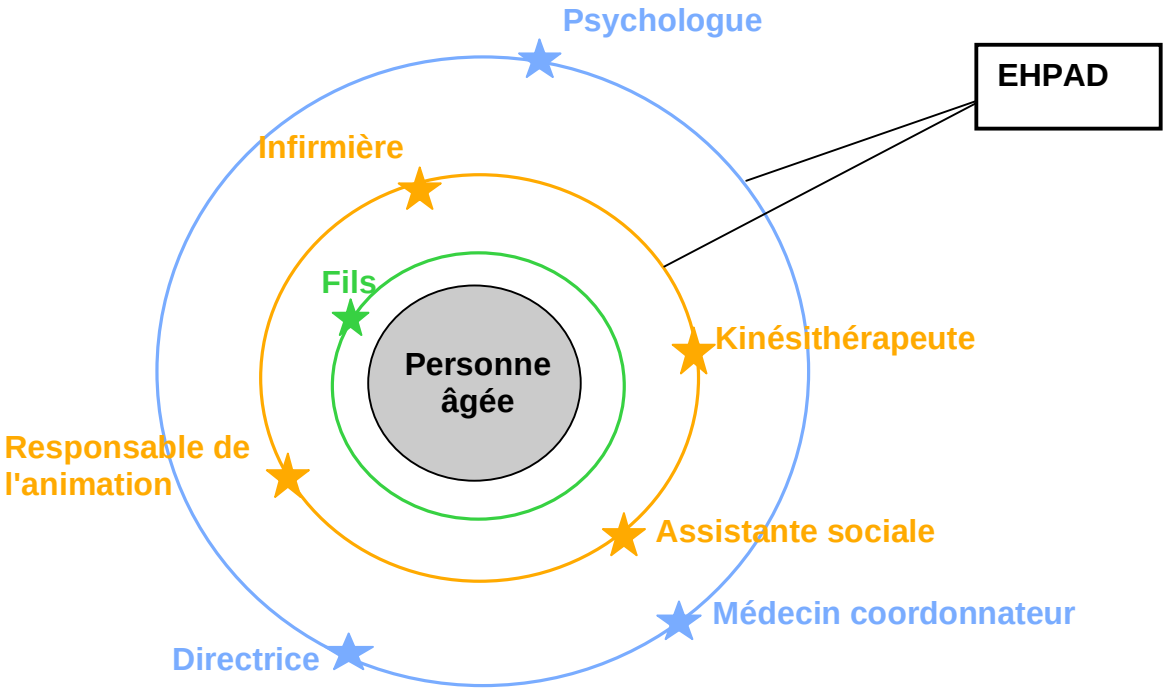
La maison de retraite est un établissement associatif à but non lucratif, situé en centre ville, disposant d'un parc.

C'est un établissement accueillant des patients Alzheimer, classé EHPAD et habilité aide sociale. Il accueille donc, en priorité, mais pas exclusivement, les patients les plus démunis. Par rapport à la moyenne du département, le prix de journée est peu élevé, le personnel para médical nombreux. L'établissement dispose de sa propre pharmacie.

Malgré le cadre extérieur très plaisant, la maison de retraite a encore beaucoup de retard en terme de confort d'hébergement : des chambres en mauvais état, et encore trop de chambres doubles (d'après la direction).

L'établissement a adopté la méthode « humanitude », qui fait appel à la mémoire émotionnelle des patients déments pour faciliter la communication avec eux, et pour les sortir de leur isolement. Quatre personnes travaillent à temps plein à l'animation des résidents. Une psychologue salariée est à leur disposition, ainsi qu'à celle du personnel. L'institution fait paraître un journal interne, sur papier, une vingtaine de pages en couleur, tous les mois, qui souhaite la bienvenue aux nouveaux arrivants, présente le bilan des diverses animations, etc... L'endroit est lumineux, il y règne une grande sérénité, une profonde bienveillance, et l'énergie déployée par les salariés est palpable. Ceux ci (ou plutôt celles ci) sont en poste depuis longtemps, et semblent satisfaits de travailler dans ce cadre.

L'unité d'étude



III. Profil des personnes rencontrées

L'usager

Maryse a 78 ans. Obèse, diabétique, en fauteuil roulant, elle est logée en chambre individuelle, dans le bâtiment des valides et invalides non déments.
Toujours accompagnée de sa soeur aînée, elle semble n'avoir pas véritablement accepté son nouveau statut d'invalide en fauteuil, et ne pas se sentir intégrée à la maison de retraite. Elle reproche aux autres résidents d'avoir été « *très froids* » avec elle au moment de son arrivée, elle reproche à la chambre qui lui a été allouée d'avoir été « très sale » avant que son fils ne dépense des sommes importantes pour la rénover, elle reproche à la nourriture d'être « *très mauvaise* ». Elle est dans le déni de sa situation, évoquant son envie de retourner cultiver son jardin, de vivre avec son mari dans sa maison.
Elle est élogieuse, en revanche, en direction du personnel de la maison de retraite, « *très gentil* » avec elle.

Son fils

Sébastien a 40 ans. Il est « *dans l'enseignement* » comme son père. Il n'en dit pas plus. Il semble très attaché à sa mère. Il répète au cours de l'entretien qu'il a eu « *beaucoup de soucis* » pour trouver une maison de retraite pour sa mère mais que maintenant il est « *soulagé* », que sa mère se sent bien, que tout le personnel est très gentil, très accueillant, et que dans 20 ans, s'occuper des personnes âgées sera un vrai problème de société.

Le kinésithérapeute

François a 34 ans. Il travaille à la maison de retraite, tous les jours de 9 h à 12h, en plus de son activité en cabinet, où il est kinésithérapeute du sport et ostéopathe depuis une dizaine d'années. Il n'est pas salarié par la maison de retraite mais payé à l'acte par la Sécurité Sociale des patients. Il a commencé son activité en décembre 2007, un peu par hasard, pour remplacer ponctuellement son associé, qui y travaille régulièrement. Il n'avait aucune formation particulière en gérontologie. Il ne participe pas formellement aux évaluations.

L'infirmière du service de Maryse

Anne-Marie a 54 ans. Elle travaille dans l'établissement depuis 26 ans, après avoir été un temps infirmière libérale. En plus de son diplôme initial, elle a suivi des formations complémentaires (toucher les patients, secourisme, prise en charge de la douleur...). Elle accueille les nouveaux résidents, et elle participe aux évaluations GIR des résidents de son service.

La responsable de l'animation de l'établissement

Christiane a 50 ans, elle travaille dans l'établissement depuis 16 ans. Elle a été responsable de caisse dans la grande distribution, puis gérante de boutique. Elle a repris des études, pour passer un DESS Action Gérontologique et Ingénierie sociale. Elle a un poste de « cadre administratif », mais son job consiste à « coordonner la vie sociale » des résidents. Elle dirige une équipe de six personnes. Elle est rédactrice en chef du

mensuel des Gabres. Elle ne participe pas aux évaluations GIR. Le fait de la rencontrer dans le cadre de l'étude a été « proposé » par le médecin coordonnateur, et bien évidemment accepté, sans a priori.

La psychologue de l'établissement

Elise a 38 ans. Elle travaille dans l'établissement depuis 1995. C'est son premier et seul poste. Elle est titulaire d'un DESS « psychologie et gérontologie ». Elle est la première personne que voient les futurs résidents et leur famille lors de la visite de pré admission. Elle participe aux évaluations.

Le médecin coordonnateur de l'établissement

Marie a 47 ans. En plus de son diplôme de médecine générale, elle est titulaire d'une capacité en gériatrie, ce qui lui donne le titre de médecin coordinateur. Elle a d'abord effectué des remplacements en médecine générale en région Auvergne, puis a exercé à Paris dans un service de soins de suite pour enfants et jeunes adultes atteints de cancer. Au début des années 2000, son mari a été muté dans les Alpes Maritimes. Elle a d'abord exercé dans un établissement privé à but lucratif spécialisé dans la diététique et l'amaigrissement. Elle en est vite partie, pour rejoindre son poste actuel en 2002, comme gériatre.

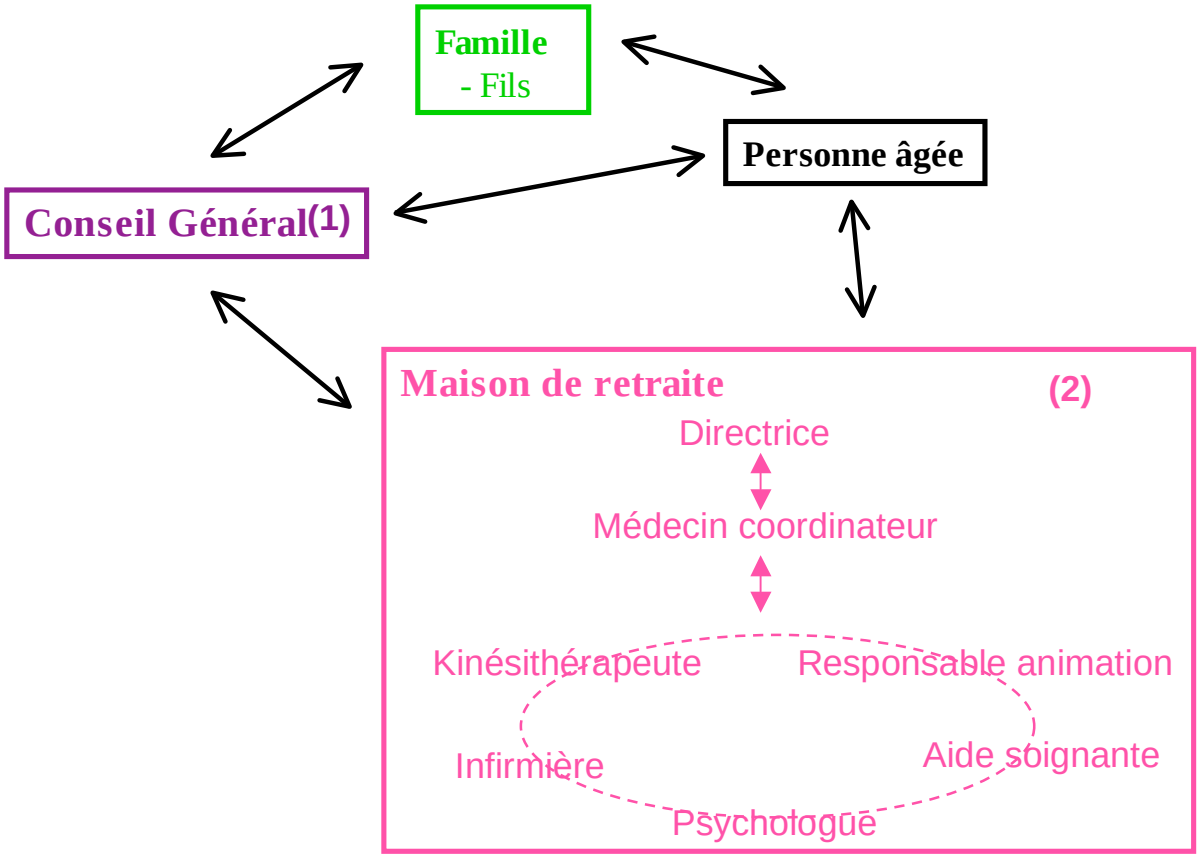
Elle est la deuxième personne que voient les candidats lors de la visite de pré-admission. C'est elle qui établit le premier GIR. Elle participe aux évaluations suivantes.

La directrice de l'établissement

Thérèse a 54 ans. Elle a comme formation initiale un DUT de gestion. Elle a travaillé dans des associations humanitaires, avant de compléter sa formation d'un DU de gérontologie. Elle a ensuite dirigé plusieurs maisons de retraite du secteur privé. Elle dirige l'établissement depuis 3 ans. Elle est en cours de validation du CAFDES [Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement Social] par la voie de la VAE. Elle ne participe pas directement aux évaluations, mais elle négocie les budgets basés sur le GIR auprès des organismes de tutelle.

IV. Les perceptions des évaluations

Le schéma de l'évaluation : l'unité d'étude et la circulation de l'information



Maryse a été évaluée 4 fois :

- Une première fois lors de sa demande initiale d'APA, à domicile, par les services du Conseil Général.
- Une seconde fois par son médecin généraliste, pour la constitution de son dossier d'entrée en maison de retraite. Cette évaluation n'a pas été prise en compte par le Conseil Général.
- Dans un troisième temps, lors de la visite de pré accueil, par le médecin coordonnateur, en juin 2008, en présence de la patiente et de sa famille : GIR 2.
- Une quatrième fois, après deux mois dans l'institution, en septembre 2008, par l'ensemble de l'équipe soignante, en l'absence de la patiente : GIR 2.

L'évaluation des besoins vécue par Maryse elle même

Maryse ne s'est pas rendue compte qu'elle était évaluée. Elle ne sait pas ce que c'est que le GIR. Tout ce dont elle se souvient, c'est que les gens qui l'ont accueillie étaient très gentils, et qu'ils lui ont posé des questions. Elle trouve que c'est normal de poser des questions aux gens qui entrent en maison de retraite, pour mieux connaître leurs habitudes... puis elle passe à autre chose...

Elle confond probablement plusieurs moments :

- l'entretien avec la psychologue, en compagnie de sa famille (ses deux enfants, sa soeur), au moment de la pré-admission, au cours duquel il a été procédé au MMS.
- l'entretien avec le médecin coordonnateur, au moment de la pré-admission, au cours duquel le GIR a été évalué, toujours en présence de la famille.
- l'entretien avec l'infirmière et le médecin coordonnateur (questions sur le dentier, les lunettes, les habitudes alimentaires, le rythme de vie....), lors de son premier jour dans l'établissement.
- les prises de contact successives l'autre médecin, le kinésithérapeute, les aides soignantes, les animateurs.

Il est probable qu'elle ne fasse que peu de différences entre toutes ces blouses blanches.

Pour elle, « besoins » évoque la nourriture, le coucher, et les soins.

L'évaluation des besoins vécue par son fils

Sébastien se souvient que lors de la visite de pré-admission, la psychologue a posé des questions à sa mère, « *sur des numéros* », et que sa mère ne savait « *pas trop bien répondre à tout* », que ses réponses étaient « *plus ou moins claires* », mais qu'elle avait répondu « *à 80%* », ce qui est « *normal, parce qu'elle est âgée* ». Mais sa mère a « t*oute sa tête* ».

Le seul moment qui ait pu être assimilé à une évaluation, pour lui qui travaille « *dans l'enseignement* », est donc le test MMS, parce qu'il peut s'apparenter, de loin, à une évaluation des connaissances. Ce test MMS se démarque également, dans sa mémoire, parce qu'il n'avait probablement jamais été pratiqué sur sa mère. C'était une nouveauté pour lui, contrairement aux questions servant à établir le GIR, puisque sa mère avait obtenu l'APA quelques années auparavant.

Il ne se souvient pas vraiment du reste, mis à part que le personnel a été très gentil, que les docteurs sont « *extra* », que tout le monde « *s'occupe bien des gens* », qu'il a été « *très soulagé* » que la maison de retraite ait pris « *les deux* », sa mère et sa tante, parce qu'il n'avait plus de solution...

Il n'a pas fait de demande d'aide spécifique, puisque la maison de retraite « *prend tout en charge* ». Il a été rassuré sur ce point lors des entretiens qu'il a eu avec ses divers interlocuteurs au sein de l'établissement.

L'évaluation des besoins vécue par la directrice de l'établissement

Pour la directrice, le cas de Maryse n'est en rien spécifique. Elle a suivi, comme tous les autres candidats, puis comme tous les autres résidents, les processus d'évaluation mis en oeuvre dans l'établissement.

La directrice reconnaît que le GIR qui est fait lors de la pré-admission est fatalement approximatif, parce que le médecin découvre le patient pour la première fois. Il évalue sur la base de ce qu'il voit, des réponses données par le patient et la famille, et du GIR fourni par le médecin généraliste.

Pour elle, les familles connaissent en général bien, et peuvent retraduire la dépendance de leurs parents en matière de toilette / élimination / transferts / repas / déplacements. Ils restituent également bien les pathologies, parce qu'ils s'adressent à un médecin. Ils ont tendance en revanche à cacher, ou en tout cas à minorer les troubles du comportement, et l'addiction alcoolique.

Les GIR établis par les médecins généralistes n'ont que peu de valeur aux yeux de la directrice : ils datent souvent de plus de 6 mois, alors que les personnes âgées peuvent évoluer vite, ils sont réalisés par des médecins non formés au GIR, et souvent dans le but d'obtenir une APA : la dépendance y est souvent majorée.

La directrice découvre, au cours de l'entretien, que l'utilité du GIR de pré-admission - pratique mise en place par son prédécesseur, et reconduite par habitude - peut être questionnée, le véritable GIR qui servira de base à l'établissement étant effectué quelques temps après, par l'équipe en charge du patient, qui peut procéder à l'évaluation en toute connaissance de cause.

De même, les contrôles effectués par les organismes payeurs (DDASS et Conseil Général) dans l'établissement ne peuvent être pertinents, parce que les contrôleurs viennent évaluent un résident, « *qu'ils ne connaissent pas* », « *en une demi heure* ». Ils font donc fatalement des erreurs, car le GIR ne peut s'apprécier que par la fréquentation du patient au quotidien.
Pour la directrice, les futurs résidents « *ne se rendent pas compte qu'ils sont évalués, qu'on les interroge pour déterminer leur niveau de dépendance, parce que l'évaluation est fondue dans l'accueil, noyée dans la conversation, même si ce sont les mêmes outils qui sont utilisés en institution et à domicile* ».

Parce qu'elle est consciente des enjeux financiers du « girage », la directrice se refuse de participer aux évaluations, par déontologie. Elle estime par ailleurs qu'elle n'en a pas les compétences fines. Elle évoque des pratiques, courantes dans certains établissements, de surévaluation du GIR, de façon à obtenir des dotations plus importantes.

Les dotations sont établies une fois par an, en fonction du GIR des patients de l'établissement au mois de septembre. La directrice se demande donc à quoi servent les GIR de chaque patient qu'elle est tenue d'envoyer tous les mois au Conseil Général.
Pour elle, le GIR ne reflète pas véritablement la charge de travail générée par le patient. Certains résidents évalués GIR 5 ou 6, qui font chuter le GMP, sont évalués valides et cohérents selon les critères AGGIR, alors qu'ils peuvent être alcooliques ou psychotiques, agresser les autres résidents, faire des chutes graves, et de toute façon requérir un suivi constant de la part du personnel.

Elle regrette que le GIR ne prenne pas assez en compte les démences : les items « cohérence », « orientation » et « communication », même s'ils sont notés « C », ont très peu d'impact sur le calcul du GIR, contrairement aux items « toilette » ou « élimination ». Cela s'explique peut être par le fait que le GIR a été conçu à une époque (il y a 10 ans) ou les démences n'étaient pas encore le problème de santé publique qu'elles sont devenues.

Par ailleurs, le poids des patients n'est pas pris en compte dans le GIR, alors qu'il pose des problèmes spécifiques. Un patient « lourd » nécessite une équipe complète pour les transferts lit fauteuil, voire l'acquisition d'un « lève malades ».

Malgré tout, le GIR est toutefois un outil qui sert au quotidien, en interne. Il est utilisé pour construire les plannings, en particulier ceux des aides soignantes, qui s'occupent des toilettes et des repas.

L'évaluation des besoins vécue par la psychologue de l'établissement

Elle justifie le choix de recevoir les familles en même temps que les futurs résidents lors de la pré admission par la nécessité, pour les parents, d'entendre leurs enfants exprimer leur sentiment de culpabilité face à « l'abandon » qu'ils croient commettre en « plaçant » leurs parents en institution, et d'entendre leurs enfants dire toutes les solutions qu'ils ont envisagées avant d'en arriver là. Les parents doivent accepter que leurs enfants ont une vie à mener.

Lors du premier entretien, la psychologue est également chargée d'évaluer le degré de motivation du futur résident. Si celui ci est opposé à son institutionnalisation, l'admission ne se fera pas.

Le test MMS n'est pas pris en compte dans le GIR, mais il est tout de même réalisé systématiquement à l'entrée dans l'établissement, et refait en principe tous les ans, sauf pour les patients « *indemnes* ». Il permet de justifier la prescription de traitements « *anti-Alzheimer* », d'orienter les résidents vers l'une ou l'autre aile de l'établissement, et de constituer des groupes homogènes pour les ateliers mémoire.

En ce qui concerne le GIR, la psychologue pense que « les outils des organismes financeurs sont peu précis », en ce sens que la grille AGGIR ne prend en compte que les besoins liés à l'autonomie physique. Les items « orientation » et « cohérence » ne sont pas assez précis...et les psychotiques, et les « *opposants* » ne sont pas pris en compte... « *le psychotique, s'il tient bien sur ses jambes, il a un GIR 6* ». Les opposants, eux, peuvent désorganiser un service.

Par ailleurs, au niveau physique, alors que les obèses sont très « pesants » au niveau de l'hygiène, l'IMC n'est pas pris en compte dans le GIR.

La psychologue participe aux évaluations GIR plusieurs fois par an, lors des réévaluations de service, en compagnie des infirmières et aides soignantes. Elle apporte son expertise pour les items de sa compétence, elle s'est également fixée pour mission d'écouter et de valoriser la parole des aides soignantes et des femmes de ménage qui y participent parfois, dans le but de renforcer le sentiment de cohésion des équipes.

L'évaluation des besoins vécue par le médecin coordonnateur de l'établissement

Le GIRage est pour elle un exercice « *très difficile et très chronophage* », malgré sa formation en gérontologie, et malgré la formation spécifique qu'elle a reçue du Conseil Général. Elle avoue devoir souvent se « reporter à la notice ».

En dehors des visites de pré admission, au cours desquelles elle établit un premier GIR seule, avec le candidat et sa famille, « *parce qu'il faut bien girer les gens* » au moment de leur entrée, elle participe à la réévaluation régulière des GIR des résidents. Un service de 40 résidents est passé en revue en une à deux heures.

Pour elle, la grille AGGIR rend bien compte de la dépendance des personnes, mais pas du temps par résident, autrement dit du « temps psychologique », du temps de

présence, qui réclame beaucoup de disponibilité à un personnel formé / payé pour prodiguer des soins.

Autant le GIR a du sens quand il est effectué quelques temps après l'admission, en équipe, autant il apparaît être « un mauvais test » quand il est effectué « en 10 ou 15 minutes » lors du pré accueil. Mais l'évaluation globale qui est faite des patients lors du pré accueil, par elle même et par la psychologue, au delà du simple GIR, lui semble tout à fait légitime et indispensable, car, « pour protéger les gens, il est important de ne pas se tromper, et de bien les orienter », c'est à dire dans le bon établissement, et au sein de cet établissement, dans le bon service.

Pour le médecin coordonnateur, la grille AGGIR est un pis aller, une obligation, mal vécue parce que prenant du temps sur son temps de médecin. Elle est à rapprocher de la grille « pathos », qui sera bientôt en vigueur dans l'établissement, comme dans toutes les maisons de retraite. Cette grille, « *un nouveau truc qu'on nous demande de faire* », doit permettre d'établir, par patient, un score pour les soins techniques. Pour elle, cette grille sera une « *perte de temps* », car tous les résidents sont poly-pathologiques.

L'évaluation des besoins vécue par la responsable de l'animation de l'établissement

« *Le GIR ne me sert pas à grand chose* », dit elle. « *Il met des étiquettes sur des personnes, il met en avant le handicap physique, alors que cela importe peu pour l'animation* ». « *Il lui manque une partie sociale, ce que les gens aiment faire ou ne pas faire, et ceci on ne peut pas le leur demander quand ils arrivent, car ils sont désorientés, et une partie psychologique* ».

Pour elle, le GIR ne rend pas compte du temps passé à faire du relationnel. « *Il y a des gens qui viennent vous voir 10 fois par jour, que l'on passe son temps à rassurer, et à raccompagner, et ce travail n'est noté nulle part. Ce n'est pas logique, il faudrait des mains pour les accompagner, et ce n'est noté nulle part. C'est très lourd, cet accompagnement* »

« *L'Alzheimer, c'est autre chose. On peut faire du super boulot en animation avec les Alzheimer. On ne se sert pas du GIR, ni du MMS, on fait des groupes en fonction des affinités* »

« Il y a des choses à améliorer. On devrait avoir un ergothérapeute, mais on n'a pas les sous pour. C'est ça qui manque le plus : on n'a pas de mobilier adapté, de fauteuils, de chaises adaptées ».

L'évaluation des besoins vécue par une infirmière de l'établissement

Pour elle, l'évaluation AGGIR, qu'elle accomplit avec une Aide Soignante et une troisième personne (cadre infirmier, médecin ou la psychologue) est toujours une tâche difficile, même si la grille a été simplifiée, la nouvelle version est plus simple et plus rapide que la précédente, chaque item n'étant plus apprécié sur trois critères (spontanément, totalement, correctement) mais par une seule note (A = fait seul les actes quotidiens, B = fait partiellement, C = ne fait pas).

La difficulté est autant :

- une difficulté technique (malgré dix ans de pratique, et une formation, Anne-Marie dit avoir encore besoin de se référer au « mode d'emploi », qui n'est « pas très bien expliqué »)

- une difficulté à « *noter de l'humain* », en particulier les variables de « cohérence » et « d'orientation », et avec des résidents dont le comportement peut changer d'un jour sur l'autre

- une difficulté liée aux enjeux, (« *c'est ce qui nous finance, qui décide du nombre de postes dans l'établissement*»)

L'évaluation des patients du service prend deux heures, deux fois par an, et il arrive souvent que les trois parties prenantes de l'évaluation ne soient pas d'accord... Les cas les plus simples à régler sont ceux des personnes « très dépendantes », qui ont des C partout

Pour elle, le GIR prend en compte la dépendance physique, mais pas les problèmes psychiatriques. Les bipolaires, les personnes atteintes de schizophrénie et autres psychotiques sont nombreux. « *ils peuvent avoir des GIR super [= élevés] et faire baisser la moyenne, mais être très demandeurs, et bouffer du temps* ».

Par ailleurs selon elle, les personnes en GIR 1 prennent moins de temps que celles en GIR 2 ou 3, car « *un GIR 1, on lui donne à manger, mais un GIR 2 ou 3 qui veut manger toute seule, elle n'y arrive pas bien, elle en fout partout, on est obligé de la surveiller pendant qu'elle mange, de la changer après, et de nettoyer* ».

Mais de toute façon, quel que soit le GIR, le temps passé à « être humain » avec les résidents n'est pas comptabilisé par les organismes payeurs comme du temps de travail, alors qu'il est essentiel.

Pour elle, le rendez vous de pré-admission, avec le médecin coordonnateur et la psychologue est une bonne chose, car il n'est pas possible de se faire une idée de la personne, et donc de prendre une décision d'admission uniquement au vu de son dossier. Les GIR faits par les médecins généralistes : « *ils ne savent pas trop le faire, on n'en tient pas trop compte* ». La visite de pré-admission permet de savoir dans quel service, avec quels voisins on va pouvoir mettre la personne.

Elle a un mauvais souvenir d'une visite de contrôle du Conseil Général dans le service. « *ils étaient venus à deux, un médecin et un salarié, pour nous tester sur la grille, comme un jury, une interro écrite, plutôt que de nous aider. Ils n'étaient pas sympas du tout...* »

L'évaluation des besoins vécue par une aide soignante de l'établissement

Elle pense que le GIR sert à apprécier l'autonomie d'un résident, et son évolution dans le temps, mais aussi que cette autonomie détermine le prix de journée qui sera à payer par le résident ou sa famille (pour elle, plus l'autonomie est importante, moins le prix sera élevé).

Elle n'a jamais été formée de façon formelle à la grille AGGIR - un cadre infirmier lui a juste « expliqué » ce que c'était - mais elle n'exprime pas de désir particulier d'être mieux formée au GIR puisque de toute façon elle sait et elle sent qu'on ne lui en confie pas la responsabilité : on l'interroge, mais ce n'est pas elle qui remplit la grille.

Les séances collectives de girage, dans son établissement précédent, s'apparentaient plutôt à des corvées (« *ça durait des heures* »). Sur son lieu de travail actuel, elle ne participe pas aux girages, sans qu'elle sache précisément pourquoi (« *peut être qu'on ne me fait pas confiance ?* ») Ses collègues AS qui elles y participent, elle croit savoir que « *ça les gonfle* »

Mal informée, peu impliquée par sa hiérarchie en matière d'évaluation des besoins, elle est également peu ou pas utilisatrice du GIR au quotidien : elle ne connait pas le GIR des personnes dont elle s'occupe. De toute façon, ce GIR ne lui serait que d'une faible utilité puisque en matière de soins et de handicap, il serait en grande partie basé sur ses observations à elle.

Ce qui lui est utile, en revanche, c'est un support appelé « ma vie », mis en place dans son établissement actuel : une feuille par résident, qui récapitule ce que chacun aime faire ou entendre, ce qu'il déteste, et la façon dont il convient de lui faire sa toilette : debout, assis ou couché.

Elle regrette que son établissement actuel n'ait pas mis en place de « plan de soin », comme c'était le cas dans son établissement précédent : une liste des choses à faire pour chaque résident au moment de la toilette et des repas, qui facilite selon elle à la fois la vie des aides soignantes et celle des résidents. De plus, dans son ancien établissement, l'actualisation du plan de soin était dévolu à l'équipe des AS, qui pouvaient le modifier en fonction de ce qu'elles avaient pu observer. C'était une « responsabilité » qu'elle appréciait.

Pour elle, le GIR est globalement « *bien fait, bien détaillé* », mais elle estime qu'il devrait constituer un support pour déterminer un « plan de soin », c'est à dire

Pour elle, le rôle des aides soignantes est capital dans la détermination du degré d'autonomie, parce que les médecins ne font que « *prescrire et ausculter* », et les infirmières ne s'occupent que « *des pansements, des perfusions, de la tension et des médicaments* » (« *Parfois les infirmières nous demandent : Mme Machin, est ce qu'elle se lève pour la toilette ?* »). Elle a le sentiment néanmoins que l'importance du rôle des AS a été pris en compte par les établissements depuis la signature des conventions tripartites : on les écoute davantage, leur expérience est mieux reconnue, puisqu'elles participent à l'évaluation de l'autonomie

Elle se perçoit comme plus proche des résidents que les autres membres du personnel ne peuvent l'être. Elle tient d'ailleurs à propos de Mme G un discours différent de celui du fils de Mme G (et différent de celui des membres du personnel de l'institution). Mme G. ne serait « *pas heureuse d'être là* », en partie parce que certains résidents se « moquent » ouvertement de son poids, et de son handicap.

L'évaluation des besoins vécue par un kinésithérapeute en vacations libérales dans l'établissement

Il dit ne pas bien connaître le GIR. Il ne participe pas (pour l'instant dit-il) aux évaluations GIR des résidents, mais il aimerait bien y être invité. Il remplit en revanche le « dossier kiné » de chacun des patients dont il s'occupe. Il cote la force musculaire, il note l'amplitude articulaire, et le périmètre de marche (en trois mois, grâce aux exercices, celui de Maryse est passé de zéro à 15 mètres avec déambulateur), et il évalue la douleur par la prise d'antalgiques. Pour lui, l'état orthopédique et physique des patients, y compris celui de Maryse, est très lié à leur humeur, elle même liée à la participation aux activités. Inversement, « *le moindre gain en kiné apporte quelque chose d'extraordinaire au moral des patients* »

Il a découvert ici une autre forme de relation avec les patients : le dialogue, l'écoute, le toucher sont aussi importants, sinon plus, que les actes techniques pour leur bien être. Il découvre également le plaisir du travail en équipe, avec tous les salariés de l'institution. Il dit qu'il a trouvé ici quelque chose « qui lui ressemble », que la méthode humanitude est « magnifique ».

SYNTHESE DES PERCEPTIONS DE L'EVALUATION

L'évaluation n'est pas perçue comme telle par les patients ou par sa famille, parce qu'elle est englobée dans l'accueil du futur résident. Le GIRage n'occupe que 10 à 15 minutes dans les deux heures d'entretien de pré-admission. Le moment de l'accueil représente un bouleversement émotionnel pour le futur résident : son existence, son cadre de vie, ses repères sont sur le point de basculer.

De plus, du point de vue de la personne et de son entourage, l'enjeu de cette évaluation est presque nul :

- quelque soit le GIR, le prix à payer (ou non) par la famille sera le même – et la famille connaît déjà ce prix au moment où son parent est reçu en « pré accueil ».
- quelque soit le GIR, la personne sera totalement prise en charge par l'établissement.

Au mieux, ce qui reste en mémoire, pour la famille, ce sont les questions qui servent à établir le MMS. Probablement parce que ce sont 30 questions qui doivent être posées dans un ordre précis, avec un phrasé précis, et qui apparaissent donc en décalage avec le ton de « neutralité bienveillante », et le niveau de langage - adapté au profil du patient – utilisés par les professionnels dans leur pratique de l'entretien.

Les GIR suivants sont établis hors de la présence du patient, en équipe, par des professionnels qui le connaissent bien, et qui sont donc en mesure d'évaluer finement son niveau de dépendance.

Du côté des soignants, le GIRage apparaît avant tout comme une obligation. Le GIR de chacun des résidents, depuis le jour de son entrée jusqu'au jour de sa « sortie », doit être transmis tous les mois au Conseil Général.

Les soignants s'y consacrent donc, même si pour certains, il est vécu, en particulier le GIR de pré-admission, comme une « perte de temps », parce que c'est un GIR « provisoire », qui sera réévalué quelques semaines plus tard dans de meilleures conditions.

Le GIRage génère un certain stress de la part des équipes qui en ont la charge,

- car on sait que de ce GIR dépend le nombre de postes financés par les tutelles
- car les items « cohérence » et « orientation » sont difficiles à renseigner avec certitude
- car l'établissement peut être contrôlé par la DDASS et le Conseil Général. Ces visites sont particulièrement mal vécues, car effectuées par des professionnels qui ne vivent pas avec les résidents au jour le jour, et qui peuvent donc avoir une interprétation erronée. De plus, les visites sont perçues par le personnel soignant comme particulièrement humiliantes : des gens travaillant dans des bureaux, loin des résidents, viennent « apprendre leur métier à des professionnel « de terrain »

Le GIR est perçu comme imparfait, car ne prenant pas suffisamment en compte les démences, et pas du tout les pathologies psychiatriques, les addictions et les comportements « à risque » pour le patient et pour son entourage.

Il reste complexe à établir, il est souvent nécessaire de se référer au « manuel » qui l'accompagne, même si la deuxième version du GIR a constitué une simplification aux yeux des équipes.
Sensé refléter le temps à consacrer aux patients, il ne donne une image, imparfaite, que du temps de soin, et non pas du temps de présence, de disponibilité, d'accompagnement qu'il est pourtant nécessaire de leur accorder pour favoriser leur bien être.

V. Les critères d'influence sur l'évaluation

Les critères qui font consensus

- L'évaluation en groupe de travail pluridisciplinaire,

  Il est nécessaire que plusieurs professionnels apportent leur vision particulière du patient : une aide soignante peut remarquer des détails dont une infirmière ou un médecin n'auront pas connaissance, et qui peuvent faire varier l'appréciation d'un critère. Un médecin ou une psychologue seront plus à même, de par leur formation spécifique, à apprécier plus finement les items « orientation » et « cohérence ».

- l'évaluation par des professionnels qui fréquentent la personne évaluée

  Seuls des professionnels vivant au quotidien aux côtés de la personne évaluée, et sur le long terme, peuvent apprécier son degré de dépendance. Pour les professionnels rencontrés, les évaluations faites par les médecins généralistes, comme les contrôles pratiqués par les tutelles, sont de ce fait biaisées.

- l'évaluation en dehors de la présence de l'usager

  Si les deux conditions précédentes sont réunies, le GIRage peut être effectué en dehors de la présence de l'usager. Ceci permet une libre discussion entre les membres de l'équipe sur des points litigieux, qui ne serait peut être pas possible en présence de l'usager.

- l'évaluation quelques semaines après l'admission dans l'établissement

  Le jour de son arrivée, personne ne connaît encore suffisamment bien le nouveau résident pour pouvoir l'évaluer de façon satisfaisante. De plus, les premières semaines sont pour lui une période d'adaptation à une nouvelle vie. Il faut attendre qu'il ait trouvé une partie de ses repères pour que son comportement se stabilise, et que l'évaluation qui en est faite ait une valeur plus pérenne.

- L'évaluation est trop centrée sur la dépendance physique du patient

  La seule présence de démence de type Alzheimer n'influe que peu sur le GIR. Or si un dément invalide génère globalement le même temps de travail qu'un invalide indemne de démence, un dément valide, en bonne santé physique, peut mobiliser un temps de travail très important de la part du personnel. De même pour les patients « agités », souffrant de

pathologies psychiatriques graves ou d'addictions : ces troubles influent peu ou pas sur le GIR, alors qu'ils créent une charge de travail importante.

Le poids des patients est également un critère important au regard de la charge de travail des personnels, mais il n'entre pas non plus dans les critères AGGIR

Les critères en débat

- L'évaluation en visite de préadmission

  Elle peut aider l'institution à orienter le futur résident vers un environnement adapté à ses besoins au sein de l'établissement. Mais elle est forcément biaisée, parce qu'elle est réalisée par une seule personne, et surtout par une personne qui ne connaît pas encore le résident.

  Faut – il la supprimer ? En ce cas, comment faire pour fournir aux tutelles un GIR pour ce nouvel arrivant ? Faut il se contenter du GIR établi par le médecin généraliste?

- Les visites de contrôle des autorités de tutelle

  Du point de vue du personnel de l'institution, elles ne peuvent donner une image exacte de la dépendance du résident. Et elles sont perçues comme coercitives.

  Pourtant, comment contrôler le GMP ? Faut il se contenter d'avaliser les données envoyées par les institutions, au risque de fournir plus de dotations à certaines que ce qui leur est dû ?

VI. Synthèse de la monographie et enseignements

✓ Besoins et dépendance

Contrairement à l'évaluation faite à domicile, qui est véritablement une évaluation des besoins, parce qu'elle fait suite à une demande de services de la part du patient, l'évaluation qui est pratiquée en EHPAD apparaît davantage comme une évaluation de la dépendance. Le patient et sa famille ne demandent rien, ne formulent pas de besoins spécifiques, individuels, sinon une admission en institution.

En institution, le GIR de chacun détermine un GMP, qui détermine une dotation globale.

Les besoins de la personne s'ajoutent aux besoins des autres résidents, et seront pris en charge globalement par l'institution.

Deux logiques :

- à domicile, l'évaluation qualitative des besoins de services
- en établissement, l'évaluation quantitative de la dépendance

✓ Une refonte de la grille attendue par les professionnels

Pour qu'un score puisse refléter plus fidèlement le niveau de dépendance des résidents, et donc affecter des moyens mieux proportionnés à la charge de travail réelle des personnels d'institutions, il semble judicieux :

- d'introduire dans la grille d'évaluation des critères psychiatriques, ou en tout cas comportementaux (agressivité / déambulation), et de leur affecter des « coefficients de dépendance » conséquents
- d'affecter des coefficients de dépendance plus importants aux critères cohérence et orientation

✓ La pédagogie du girage

Il semble opportun de faire en sorte que tous les acteurs impliqués dans l'évaluation des personnes âgées en institutions (y compris, et en particulier les aides soignantes)

- soient correctement formés à la technique du girage (à la grille AGGIR et à la façon de la remplir)

- soient responsabilisés dans la pratique de cette évaluation, et en connaissent précisément les enjeux, notamment en matière de financement public

Ceci ne pourrait que contribuer à :

- limiter les éventuels « surgirages » provenant de la hiérarchie

- mieux faire accepter les « contrôles » de GIR au sein des établissements

Analyser les représentations des différents acteurs de la notion et de la fonction d'évaluation et les expériences vécues par les professionnels et les usagers.

Monographie Personne Handicapée
MDPH des Ardennes

Septembre 2008

Sommaire

I. Fiche technique 1

II. Présentation de la situation 2

III. Profil des personnes rencontrées 4
Le père de l'enfant.....4
L'ergothérapeute de la MDPH 4
L'assistante sociale de la MDPH.....4
La référente éducation de la MDPH 4
L'ergothérapeute du Centre de rééducation fonctionnelle.....5
L'ergothérapeute de la consultation spécialisée de l'hôpital de Reims.....5
La technicienne d'insertion de l'Association Française des Myopathies (AFM) 5
L'assistante sociale de la SNCF 5

IV. Les perceptions des évaluations 6
Le schéma de l'évaluation : l'unité d'étude et la circulation de l'information 6
L'évaluation vécue par le père de l'enfant.....7
L'évaluation des besoins en aménagement de logement et du véhicule par l'ergothérapeute de la MDPH.....7
L'évaluation sociale de la famille par l'assistante sociale de la MDPH.....8
L'évaluation des besoins en auxiliaire de vie scolaire (AVS) par la référente éducation de la MDPH 9
L'évaluation des besoins en matériel par l'ergothérapeute du centre de rééducation fonctionnelle.....9
L'évaluation des besoins par la technicienne d'insertion de l'AFM.....10
L'évaluation financière par l'assistante sociale de la SNCF.....11
SYNTHESE DES PERCEPTIONS DE L'EVALUATION 11

V. Les critères d'influence sur l'évaluation 12
Les critères qui font consensus.....12
Les critères qui divergent.....13
Les critères en débat 14

VI. Synthèse de la monographie et enseignement 14

I. Fiche technique

Unité d'étude : 7 personnes impliquées dans l'évaluation des besoins d'un enfant handicapé + le père de l'enfant

- l'ergothérapeute de la MDPH
- l'assistante sociale de la MDPH
- la référente éducation de la MDPH
- l'ergothérapeute du centre de rééducation fonctionnelle
- l'ergothérapeute de la consultation spécialisée de l'hôpital de Reims
- la technicienne d'insertion de l'Association Française des Myopathies (AFM)
- l'assistante sociale de la SNCF

Lieu d'étude : Maison Départementale des Personnes Handicapés (MDPH) de Charleville Mézières dans les Ardennes (08). Les personnes ont été rencontrées à la MDPH des Ardennes.

Particularités du Département des Ardennes : Département assez bien équipé en structures de prise en charge du handicap (Centre de rééducation fonctionnelle, Centre hospitalier spécialisé dans la maladie psychiatrique, Centre spécialisé dans le handicap sensoriel)

II. Présentation de la situation

L'usager est un enfant de 3 ans souffrant d'une maladie neuromusculaire génétique appelée « amyotrophie spinale infantile » découverte à l'âge de 8 mois.
Le diagnostic a été posé à l'hôpital de Reims, qui est le centre de référence des maladies neuromusculaires de la Région Champagne-Ardenne.
La maladie est bien connue des médecins. C'est une maladie grave et évolutive qui entraîne des troubles moteurs majeurs. L'enfant n'a aucune autonomie de mouvement. Il a en revanche toutes ses capacités intellectuelles et cognitives. Les médecins savent que l'état de l'enfant nécessite une aide technique et une aide humaine au quotidien.

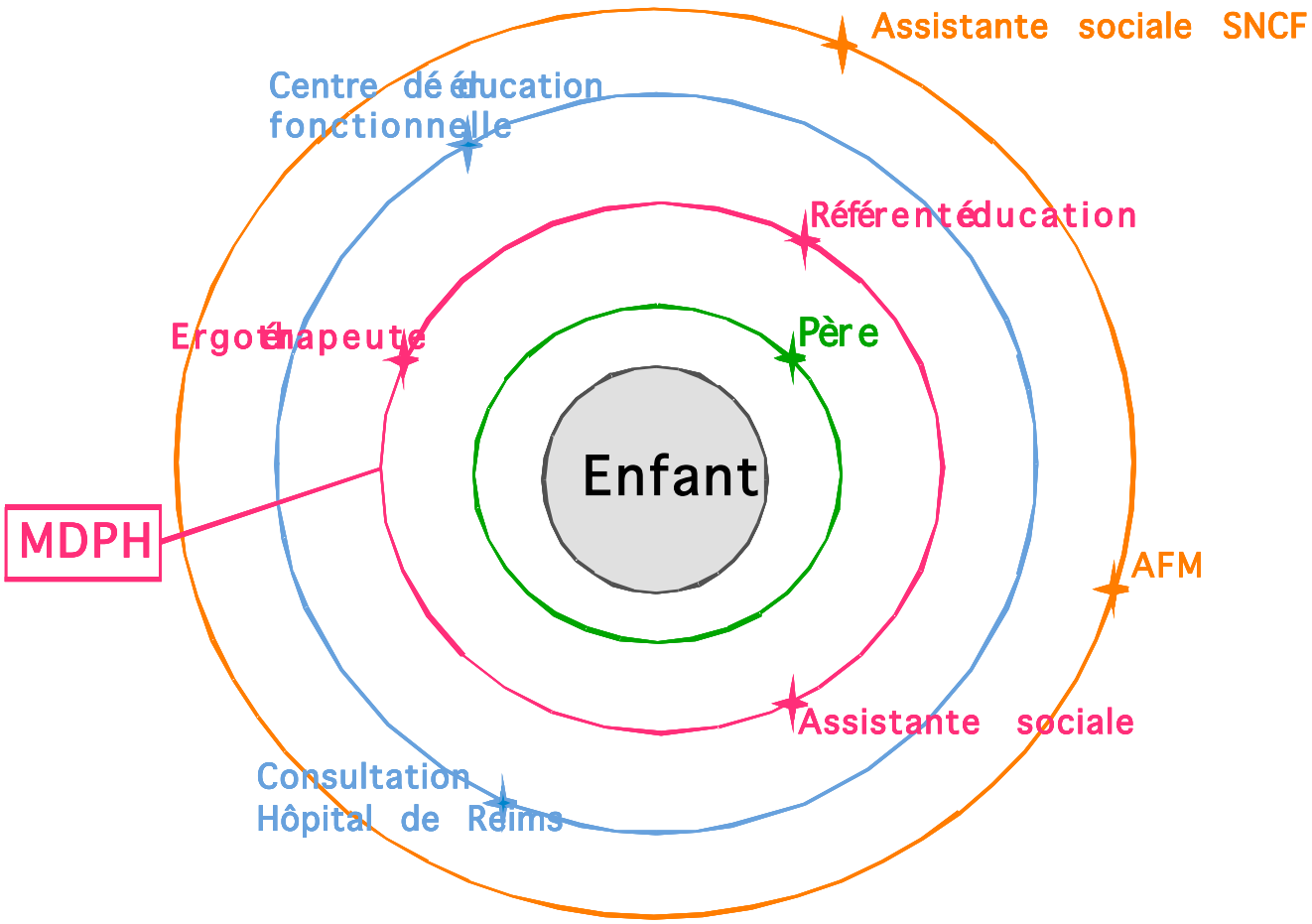
Lors du diagnostic l'hôpital, une technicienne d'insertion de l'Association Française des Myopathies (AFM) a proposé d'aider les parents : orientation vers les différents acteurs de la prise en charge, accompagnement dans les démarches à entreprendre, soutien psychologique, écoute. Elle connaît bien la maladie de l'enfant, le type de handicap et ses principaux retentissements ainsi que l'évolutivité de la maladie. La famille a d'emblée accepté l'aide proposée par l'AFM.
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, l'aménagement du logement et celui du véhicule pour le transporter.
Ils envisagent de scolariser leur enfant à la rentrée (septembre 2008) dans l'école de leur quartier. Ils attendent beaucoup de cette scolarisation pour leur enfant *« il a l'âge de rentrer à l'école comme les autres »*
Un dossier de demande d'aide a été constitué avec l'aide de la technicienne de l'AFM et adressé à la MDPH.

Les aides suivantes ont été demandées :

- Une demande de prestation de compensation du handicap (PCH, en novembre 2006) pour aménager le domicile et le véhicule (rampe d'accès pour rentrer le fauteuil et l'enfant dans le véhicule)
- Une demande de fauteuil électrique adapté à un enfant de 3 ans
- Une demande d'auxiliaire de vie scolaire (AVS) pour accompagner l'enfant dans la vie scolaire

Le dossier a été jugé éligible par le médecin de la MDPH. En conséquence des procédures d'évaluation des besoins de l'enfant ont été enclenchées. Différents partenaires évaluateurs sont intervenus, chacun dans un champ spécifique (médical, social, technique, accompagnement) afin de constituer un dossier complet des besoins de l'enfant.
De nombreuses personnes sont intervenues auprès de la famille sans qu'initialement aucune personne ne centralise le dossier. A la suite d'un dysfonctionnement dans le processus, l'ergothérapeute de la MDPH a pris le dossier en main et fait avancer les choses. En effet, les besoins en aide technique de l'enfant avaient été évalués par deux professionnels, ne travaillant pas en complément mais en doublon. Ce point est important car il a interféré dans le bon déroulement du dossier de l'enfant.
Lors de l'enquête en Juillet 2008, les aménagements du domicile et du véhicule étaient réalisés. En revanche, les parents étaient toujours en attente du fauteuil pour leur enfant. Ils étaient anxieux à l'idée que leur enfant ne puisse pas faire sa rentrée à l'école.

L'unité d'étude



III. Profil des personnes rencontrées

Le père de l'enfant

Le père a 34 ans. Il est agent de maîtrise à la SNCF. Son poste, qui nécessitait des déplacements fréquents a été revu en raison de sa situation familiale. Désormais, il s'occupe de la formation des jeunes recrues à la SNCF. La mère travaille aussi. Ils sont mariés et c'est leur premier et seul enfant. Le couple habite une maison à Charleville Mézières, ils ont de la famille proche dans la région.
Les parents sont en contact avec la MDPH pour suivre l'avancement du dossier.

L'ergothérapeute de la MDPH

Elle a 30 ans. Elle travaille à la MDPH des Ardennes depuis septembre 2007 et exerce depuis 9 ans.
Elle a une formation initiale d'ergothérapeute. Elle n'a pas reçu de formation spécifique pour faire de l'évaluation et considère que cela fait partie de sa formation d'ergothérapeute *« c'est la base du métier, on ne peut pas intervenir si on n'a pas bien évalué avant »*
Elle s'occupe le plus souvent de personnes atteintes de troubles moteurs pour lesquels elle est chargée d'évaluer les besoins d'aménagement de logement ou de véhicule. Elle se déplace au domicile des usagers et est en contact le plus souvent avec une tierce personne, parent ou conjoint. Elle est le plus souvent seule pour faire ses évaluations.
Elle fait partie du comité pluridisciplinaire de la MDPH au cours duquel les dossiers de demande d'aide et les droits des personnes sont étudiés. Elle fait des préconisations pour chaque dossier, lesquels passent ensuite en Commission (CDA).

L'assistante sociale de la MDPH

Elle a 50 ans. Elle a une formation d'assistante sociale et exerce depuis 23 ans dans le champ de l'aide à la personne.
Elle est chargée de recevoir les personnes à la MDPH pour les aider à faire leur demande et constituer un dossier. Elle se déplace aussi sur le terrain pour faire de l'évaluation sociale des familles. Elle se forme progressivement à l'évaluation des besoins d'aménagement de logement.

La référente éducation de la MDPH

Elle a 58 ans. Elle exerce depuis 36 ans. C'est une enseignante spécialisée dans le handicap et mise à la disposition de la MDPH par l'Education Nationale. Elle n'a pas reçu de formation spécifique à l'évaluation mais fait valoir sa très grande expérience.
Elle prend en charge tout ce qui touche à la scolarisation et aux allocations des enfants handicapés.
Elle réunit tous les éléments en faveur d'une scolarisation des enfants et s'occupe par la suite de leur orientation. Elle présente ces éléments en comité pluridisciplinaire de la MDPH.

L'ergothérapeute du Centre de rééducation fonctionnelle

Elle a 50 ans. Elle a une formation initiale d'ergothérapeute et exerce depuis 31 ans. Elle estime que l'évaluation fait partie intégrante de la rééducation. A titre personnel, elle a suivi une formation sur « l'ergonomie et l'écologie humaine ».
Elle est chargée d'évaluer les besoins en aide technique des enfants handicapés à la demande de la MDPH des Ardennes. En effet, la MDPH délègue l'évaluation en matériel (fauteuil…) aux Equipes Techniques Labellisées (ETEL) du Centre de rééducation fonctionnelle.
C'est un centre qui accueille environ 120 enfants (pensionnaires ou non). Elle prend en charge les enfants en séance de rééducation. Elle s'occupe aussi du suivi du matériel ; elle est la référente du matériel d'une partie des enfants.

L'ergothérapeute de la consultation spécialisée de l'hôpital de Reims

Il a 27 ans. Il est ergothérapeute et est rattaché à plein temps à la consultation de référence sur les maladies neuromusculaires de l'hôpital de Reims. Il exerce depuis 5 ans. Il n'a pas reçu de formation spécifique à l'évaluation et pense que cela fait partie de sa formation. Il s'occupe le plus souvent de jeunes avec des handicaps moteurs.
Il réalise l'évaluation de leurs besoins. Il couvre le champ de l'évaluation médicale et celui de l'aide technique.

La technicienne d'insertion de l'Association Française des Myopathies (AFM)

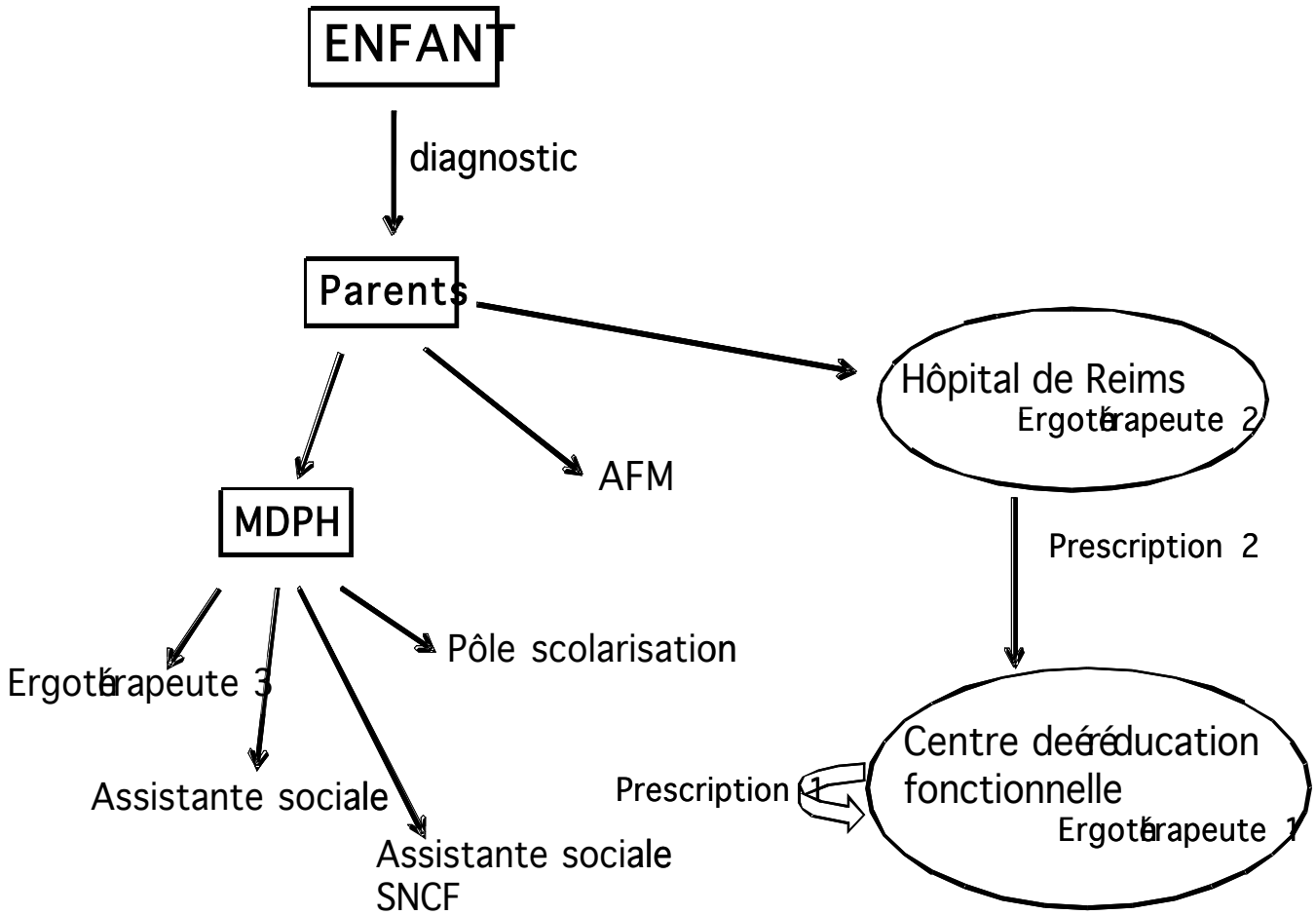
Elle est éducatrice spécialisée avec une formation sociale. Elle travaille à l'AFM depuis 2ans ½. Elle a reçu une formation par l'AFM sur les maladies neuromusculaires (aspects médicaux, psychologiques, évolution de la maladie). Elle intervient à la demande des familles pour donner des informations, répondre aux questions, aider à l'orientation aider à la constitution d'un dossier auprès de la MDPH. Elle fait le lien entre les familles et la MDPH. Elle accompagne les familles au quotidien.

L'assistante sociale de la SNCF

Elle a 55 ans. Elle est assistante sociale à la SNCF depuis 35 ans. Elle réalise des évaluations du personnel et des familles des personnels. Elle a suivi des formations à l'évaluation en interne à la SNCF.
Elle dispose d'outils propres au service social de la SNCF pour faire ses évaluations.

IV. Les perceptions des évaluations

Le schéma de l'évaluation : l'unité d'étude et la circulation de l'information



Les parents ont déposé un dossier de demande d'aide à la MDPH.

- La MDPH a délégué l'évaluation de l'aide technique au centre de rééducation fonctionnelle
- La MDPH s'est occupé elle-même de l'évaluation des besoins en aménagement de logement et de véhicule
- La référente éducation de la MDPH a apporté des éléments au dossier en faveur de la scolarisation de l'enfant
- L'assistante sociale de la MDPH a réalisé une évaluation financière de la famille.
- La MDPH a aussi sollicité la SNCF pour obtenir des fonds supplémentaires

Les parents ont accepté l'aide de l'AFM pour les accompagner dans leurs démarches.
L'enfant se rend tous les 6 mois à l'hôpital de Reims pour un suivi médical. A cette occasion, il est vu par l'ergothérapeute de l'hôpital qui le suit sur un versant médical et technique.

L'évaluation vécue par le père de l'enfant

Lors de l'entretien, le père évoque son désarroi face à l'annonce de la maladie de son enfant. Les jeunes parents ne se sont pas aperçus de suite que leur enfant présentait des symptômes d'une maladie neuromusculaire, n'ayant pas d'autre référence que leur enfant. Il cite d'emblée l'AFM qui les a aiguillé dans un monde qu'ils ne connaissaient pas et qui leur paraissait très compliqué *« si on ne sait pas faire un courrier, on est perdu ».*

Le père ne peut pas dire combien de personnes ont été impliquées dans l'évaluation des besoins de son enfant, il n'a pas une vision très claire de la situation et du rôle de chacun des intervenants « *il y en a juste eu beaucoup* ».

Au départ, il avait beaucoup de questions et il avait du mal à joindre la MDPH ; il a ressenti la désagréable impression « *d'être un dossier et non une personne* ». Plus le temps passait et plus il avait l'impression qu'on ne s'occupait pas d'eux.

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 perçue le risque que l'enfant n'ait pas son fauteuil à temps et ne puisse faire sa rentrée des classes. Depuis, elle est devenue l'interlocutrice principale de la famille. Un véritable échange s'est instauré entre eux ; désormais la famille sait où en est son dossier « *on sait où on va, on est informé par courrier de l'avancement du dossier »* ; ils se sentent soutenus « *c'est indispensable d'avoir un référent, une personne à laquelle on peut se raccrocher* ».

Le père estime que du temps a été perdu dans l'évaluation des besoins en aide technique de son enfant. Deux ergothérapeutes sont intervenus, non pas en complément mais en doublon alors que, selon lui, un seul aurait suffit *« on a perdu un an à cause des 2 évaluations ».*

En revanche, l'évaluation des besoins en aménagement du logement a été correctement faite. Il était d'accord avec l'évaluatrice. Mais les travaux ont été très longs à obtenir.

Selon lui, il y a eu trop d'intervenants dans le processus d'évaluation, ce qui a contribué à faire prendre du retard. Seuls les besoins médicaux ont été comblés très vite.

Par ailleurs, le père a été choqué par l'évaluation sociale de sa situation. Il n'a pas compris pourquoi on épluchait ses comptes à ce point « *on juge vos dépenses* ». En plus, il ne comprend pas pourquoi une partie de l'aménagement du véhicule est restée à la charge de la famille.

Dans l'ensemble, il estime néanmoins que l'évaluation globale de son enfant s'est bien déroulée avec chaque évaluateur individuellement : il les a trouvé à l'écoute, à l'écoute de leur expérience de parents, de leurs compétences, ils ont posé beaucoup de questions, ont apporté des réponses, la communication a été bonne.

L'évaluation des besoins en aménagement de logement et du véhicule par l'ergothérapeute de la MDPH

Elle s'est occupée de l'évaluation des besoins de l'enfant pour la partie aménagement du logement et aménagement du véhicule. C'est pour elle, une responsabilité importante *« l'évaluation de l'aménagement de logement implique de ne pas se tromper car elle engage le futur de l'usager et des fonds importants ».*

Lors de sa visite à la famille, elle a abordé l'évaluation avec une logique sous jacente : elle s'est d'abord présentée *« on recadre toujours notre intervention par rapport à leur demande de PCH. On dit qu'on vient pour évaluer leurs besoins, évaluer si leur projet de vie est le mieux adapté et le plus pérenne pour eux ».*

Ensuite, elle a cherché à détecter les besoins réels de l'enfant afin de caler au mieux les apports au projet de vie : elle a fait le point sur les capacités de l'enfant / ses difficultés dans son environnement, elle a observé ce qui lui semblait facilitateur ou non dans l'environnement. Son objectif était d'amener le maximum d'indépendance et d'autonomie à l'enfant.

Les relations avec les parents se sont bien passées, elle a le sentiment d'avoir été perçue comme un soutien pour la famille.
Elle est allée au-delà de sa mission lorsqu'elle a vu que le dossier prenait du retard et qu'une double évaluation de l'aide technique avait été faite avec des préconisations de fauteuil différentes. Elle s'est renseigné auprès d'un expert sur le meilleur choix pour l'enfant et a tranché entre les 2 fauteuils. Elle a fait refaire la prescription et suivi personnellement le dossier.
Une fois le dossier complet, elle a actionné le fond social de la SNCF (employeur du père) pour trouver des fonds supplémentaires pour les travaux de logement qui dépassait le montant de la PCH. Puis, elle a refait le point avec la famille, vérifié la cohérence du projet, avalisé le dossier et fait des préconisations.
Elle a spontanément joué le rôle de maître d'œuvre du dossier. Elle s'est impliquée personnellement, parce qu'elle voulait que l'enfant ait son fauteuil pour qu'il puisse faire sa rentrée scolaire. Elle a compris l'enjeu pour l'avenir de l'enfant.

Elle apprécie ce rôle central dans le réseau de partenaires parce qu'elle le trouve valorisant. A l'inverse, elle récupère aussi les problèmes liés au dossier.
Elle apprécie les apports de la loi de 2005, en particulier de la PCH qui est « *une aide concrète avec des implications directes dans la vie quotidienne* ». Elle estime en revanche, qu'elle est injuste pour certains, car les critères d'accès sont fermés.

L'évaluation sociale de la famille par l'assistante sociale de la MDPH

L'assistante sociale s'est rendue au domicile des parents, pour faire l'évaluation sociale de la famille (revenus, charges, dépenses…). Il s'agissait de voir, compte tenu du coût important lié aux travaux d'aménagement du domicile et au fait que la PCH ne pouvait couvrir l'ensemble des travaux, si le fond de compensation pouvait éventuellement compléter les aides.
Elle s'est présentée comme assistante sociale travaillant sur la PCH *« cela a une grande importance de se présenter et de présenter sa fonction ».*

Elle se perçoit comme un des rouages d'un processus. Elle ne vit pas très bien l'exercice de sa profession car elle n'adhère pas trop au consensus de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Elle reproche à cette équipe d'avoir un esprit trop « *maison avec un même regard lié à une même institution* » et pense qu'il faudrait des représentants extérieurs (des gens de terrain).
Elle ressent une différence entre sa 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, ne faut pas être trop large (dans les aides) et rester dans une moyenne ».*
Elle ressent comme une contrainte la nécessité d'être en adéquation avec ce que demande la MDPH *« il y a des besoins qui ne sont pas satisfaits en raison du budget et de la mentalités des gens ».* Elle aimerait un plus grand respect de la diversité d'appréciation des évaluateurs.
Par ailleurs, elle aimerait avoir un retour d'information sur la globalité du travail réalisé à la MDPH (rapport d'activité avec données quantitatives).
Elle s'investit beaucoup émotionnellement dans son travail :
« L'évaluation peut être facile si on prend son travail comme une routine, si on évalue sur dossier, si on ne s'implique pas émotionnellement, cela peut être confortable et rassurant ».
Elle préfère privilégier la rencontre car *« les dossiers, ils sont tous pareils mais quand on approfondie ils sont tous différents ».*
Elle a du mal à apprécier le temps accordé à une évaluation et à faire rentrer des critères de rationalité et d'efficacité dans le processus d'évaluation. La loi de 2005 lui semble aussi manquer d'humanité : elle apporte davantage de compensation financière pour l'aménagement du logement et l'aide matérielle, mais elle ne retient pas de temps consacré à l'aide humaine.

L'évaluation des besoins en auxiliaire de vie scolaire (AVS) par la référente éducation de la MDPH

Elle a reçu le dossier pour une demande d'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) pour la rentrée scolaire 2008. Elle s'est forgée un avis rapidement sur la situation compte tenu de son expérience. Elle sait qu'une aide humaine est indispensable dans le cas d'un enfant atteint de maladie neuromusculaire.
Une fois l'enfant scolarisé, elle sera amenée à demander à l'école et à des experts, une évaluation des performances de l'enfant, de ses possibilités afin de définir le meilleur environnement possible pour l'enfant et étudier son orientation.

Elle se perçoit comme un élément parmi d'autres qui exerce dans le champ de l'aide à la personne.
Elle travaille sur dossiers en raison de la charge importante de travail liée au grand nombre d'enfants handicapés (beaucoup de handicap mental) qu'il faut orienter. Elle se base sur les nombreux bilans qu'elle demande pour avoir une vision la plus large possible des enfants. Par ailleurs, elle perd beaucoup de temps à répondre à des demandes d'inscription scolaire d'enfants handicapés alors que cela ne relève pas de la MDPH. Par suite, elle doit rassurer les familles qui sont déboussolées si elles sont ballottées.
Elle aimerait être plus disponible pour les usagers et leurs familles mais n'a pas assez de temps. Elle a rencontré les parents mais pas l'enfant ; elle a fait part de l'accord du médecin de la MDPH pour une préconisation d'AVS dans le dossier de l'enfant.

L'évaluation des besoins en matériel par l'ergothérapeute du centre de rééducation fonctionnelle

Elle a reçu l'enfant au centre de rééducation fonctionnelle et procédé à l'évaluation des besoins en aide technique de l'enfant à la demande de la MDPH.
La première rencontre avec l'enfant s'est déroulée dans un climat tendu car l'enfant ne voulait pas s'asseoir sur le fauteuil. Il n'avait jamais vu cette interlocutrice. Les parents quand à eux ne comprenaient pas pourquoi leur enfant devait avoir une seconde évaluation avec un ergothérapeute alors qu'une évaluation avait déjà été faite à l'hôpital de Reims. Ce dysfonctionnement vient du fait que l'hôpital de Reims, centre de référence des maladies neuromusculaires, dispose d'un ergothérapeute et est habilité à faire des prescriptions de matériel. Le centre de rééducation fonctionnelle l'est aussi et a pour mission de faire les prescriptions pour le département des Ardennes. L'hôpital (situé dans la Marne) a donc envoyé sa prescription au centre de rééducation.
L'ergothérapeute du centre de rééducation a mal vécu ce qu'elle a considéré comme une non reconnaissance de son travail *« c'est peut être bête mais je n'ai pas bien réagit ».*
Elle a réalisé un bilan des capacités de l'enfant en s'appuyant sur des tests étalonnés et a constitué un dossier avec un argumentaire et des préconisations pour un type de fauteuil électrique. Elle a transmis son dossier à la MDPH. Finalement, le fauteuil n'était pas bien adapté à l'enfant et une prescription a du être refaite.

Les compétences requises pour faire de l'évaluation sont selon elle, en partie subjective « *l'expérience, le feeling, la connaissance du handicap, le bon sens, la logique, le sens de l'observation »*.
Elle pense que le mieux pour aider une personne handicapée est de partir du fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne, de ses activités et d'adapter l'environnement aux besoins et non d'adapter la personne à un environnement *« sinon on crée de la fatigue supplémentaire »*
Elle estime que le temps d'évaluation d'un dossier par la MDPH est dans l'ensemble trop long *« Certains se contentent d'un fauteuil basique parce que la réponse de la MDPH est trop longue »*.

L'évaluation médicale et matérielle par l'ergothérapeute de Reims

Il a vu l'enfant à la consultation de l'hôpital et le revoie régulièrement pour le suivi de sa maladie.
Il a évalué les capacités / incapacités de l'enfant, l'environnement dans lequel il évolue *« le contexte environnemental, le lieu de vie, influe beaucoup sur les capacités de l'enfant »*, le matériel dont il avait besoin et son adaptation à la vie de l'enfant. Au delà de l'évaluation des besoins, il a cherché à faire émerger d'autres besoins et a guidé la famille vers la recherche de solutions adaptées (humaines ou techniques).
Lors de la première rencontre avec les parents et l'enfant, il s'est présenté, a expliqué pourquoi il était là, en quoi consistait sa profession, et il a fait un point avec les parents sur le domicile, l'école, le matériel.
Son objectif était de comprendre, d'appréhender la situation globalement et faire émerger les premières demandes. Puis de répondre aux besoins exprimés et créer un lien avec la famille.

Selon lui, la pratique de l'évaluation fait appel à des qualités d'écoute, *« il faut poser des questions pertinentes pour faire émerger les besoins, avoir une bonne connaissance du handicap et de ses répercutions pour pouvoir mieux cibler les situations difficiles ».*
Il s'aide d'une grille d'évaluation disponible à l'hôpital pour cibler l'ensemble des domaines.
Il a perçu l'évaluation de l'enfant comme assez complexe car il s'agit d'une maladie neuromusculaire dégénérative *« il y a beaucoup de deuils à faire, d'obstacles administratifs, une évolution de la maladie qui va vers la perte de l'autonomie »*.
Lors de sa prise de fonction à l'hôpital, l'enfant avait déjà été évalué par le centre de rééducation fonctionnelle. Il a donc été évalué une seconde fois.
Il évalue seul mais essaie toujours de travailler en équipe, avec les médecins, l'AFM (source d'information très riche, information sur les schémas familiaux, les fonctionnements familiaux), partage l'information avec la MDPH, avec les acteurs de terrain s'il le faut.

Il se voit comme un maillon de la chaîne des intervenants. Il est satisfait de la façon dont se passe l'évaluation et pense que l'évaluation satisfait les familles. Il pense que c'est rassurant pour les familles d'avoir un interlocuteur si la situation évolue rapidement.
Selon lui, l'évaluation est facilitée sur une unité de lieu et de temps (famille vue sur une journée complète)
Ses relations avec la famille sont bonnes quoique la situation reste toujours difficile *« on est dans l'adaptation de perte de quelque chose : il faut y aller doucement dans les mots, les propositions. Les familles sont bien accompagnées, on respecte le rythme des familles »*.
L'évaluation est difficile quand la famille n'est pas dans l'acceptation du handicap et ne veut pas suivre les propositions. Mais ce n'est pas le cas de la famille.
C'est aussi difficile quand il y a beaucoup d'intervenants, à la fois pour lui et pour les familles qui sont perdues.
Dans le cas de l'enfant, il y a beaucoup d'intervenants et la communication n'est pas très aisée entre le centre de rééducation fonctionnelle et l'hôpital de Reims. La famille est tiraillée entre les deux. Les évaluations faites de chaque côté n'ont pas abouti à la même préconisation (choix d'un joystick différent par les deux ergothérapeutes).

L'évaluation des besoins par la technicienne d'insertion de l'AFM

Elle était présente à la consultation de l'hôpital de Reims, là où le diagnostic de maladie neuromusculaire a été posé. Elle s'est présentée aux parents en tant que membre d'une association, a fait référence au Téléthon pour aider les parents à mieux la situer. Elle leur a dit qu'elle était là pour leur rendre service, pour les accompagner dans leurs demandes et qu'elle travaillait avec les partenaires en lien avec le handicap.

S'en est suivi une première visite au domicile des parents avec le Directeur de l'AFM. Là, elle a écouté les demandes des parents, les a aidé dans l'expression de leurs besoins *« sans les forcer pour respecter leur rythme et leur progression dans l'acceptation de la maladie »* afin que *« les besoins de l'enfant soit cernés le plus finement possible »*. Elle leur a fourni des informations utiles : le dispositif MDPH, où elle se situait puis a aidé à la constitution du dossier.

Elle fait l'interface entre la MDPH et la famille. Elle aide aussi la famille à décoder le vocabulaire professionnel non accessible aux familles, les notifications administratives « *j'ai des gens qui abandonnent parce qu'ils ne comprennent pas les courriers* ».
Au vu du retard pris dans l'obtention du fauteuil, elle a obtenu de l'AFM un fauteuil de remplacement et a suivi avec la famille la familiarisation de l'enfant avec l'aide technique. Son objectif est de suivre l'évolution des parents face au handicap et de les accompagner dans leurs démarches.
Face aux plaintes de la famille qui trouve que les choses n'avancent pas assez vite, elle tente de faire comprendre que d'autres handicaps sont aussi urgents que le leur.

L'évaluation financière par l'assistante sociale de la SNCF

L'assistante sociale de la SNCF a été sollicitée par la MDPH par rapport à la recherche de financement complémentaire pour les travaux de logement.
Elle s'est rendue au domicile des parents et a refait sa propre évaluation budgétaire avec les outils de la SNCF (alors qu'une évaluation sociale avait déjà été faite par la MDPH). Elle a refait le point sur les ressources, les charges de la famille, les dépenses, voir si la famille pouvait supporter une charge de crédit. Elle a constitué un dossier SNCF qui a été soumis aux instances supérieures de la SNCF et a obtenu un accord pour le déblocage de fonds.
Sa priorité est de permettre à la famille de fonctionner normalement sans problème financier, pour avoir un agent SNCF qui soit le mieux possible dans son travail.
Elle a beaucoup écouté les parents, observé le contexte de vie, la capacité des parents à prendre en compte le handicap.
Elle pense que la famille l'a perçue comme une aide *« ils font bien la part des choses par rapport aux intervenants (intervenant sur le plan médical, sur le plan social, l'accompagnement, la SNCF qui fait l'interface entre le champ familial et professionnel) ».*
Elle se perçoit comme venant en complément des autres partenaires de l'évaluation *« plus on se concerte et plus l'évaluation est fine et bien ciblée, c'est vraiment du partenariat ».*
La création des MDPH a beaucoup facilité sa tâche *« un seul établissement gère le dossier dans sa globalité, j'ai eu un interlocuteur central »*

SYNTHESE DES PERCEPTIONS DE L'EVALUATION

L'étude de cas montre un dysfonctionnement dans le processus d'évaluation. En effet l'enfant a été évalué par deux ergothérapeutes pour le même besoin en aide technique. Cela a donné lieu à deux prescriptions différentes. Selon le père, ce problème a fait perdre une année et deux ans après le dépôt du dossier de PCH, l'enfant n'a toujours pas son fauteuil.
Entre les deux ergothérapeutes, la communication n'est pas aisée car ils n'ont pas travaillé en complément. L'enfant a été réévalué complètement deux fois du fait de la non circulation de l'information entre les intervenants. Un des ergothérapeutes s'est senti vexé par cette situation, considérant qu'on ne prenait pas en considération son travail. La famille, quant à elle a été tiraillée entre les deux évaluations avec une préférence pour l'un des deux contacts. L'enfant a ressenti cette tension, sa première prise de contact avec un fauteuil ne s'est pas déroulée dans de bonnes conditions. Il pleurait. Les parents en ont été affectés. Ils ont ressenti la lourdeur du processus, le nombre d'intervenants

élevé, l'absence de communication, les évaluations répétées (2 évaluations en aide technique, 2 évaluations sociales).
Face à ce dysfonctionnement et au retard pris, une personne de la MDPH a pris le dossier en main personnellement. Elle est devenue décisionnaire sur le dossier et l'interlocutrice privilégiée de la famille.

V. Les critères d'influence sur l'évaluation

Les critères qui font consensus

- L'évaluation sur rencontre plutôt que sur dossier

➥ L'évaluation sur rencontre est beaucoup plus riche et pertinente que l'évaluation sur dossier. Souvent, l'évaluation sur dossier donne une image qui ne correspond pas à la personne qu'on voit.
➥ Pour l'évalué, la rencontre permet aussi de mieux rendre compte de sa situation.

« on se rend mieux compte de la situation en la voyant »
« l'évaluation sur dossier n'est pas très représentative de ce que vit la personne au quotidien, une même pathologie peut donner lieu à des projets de vie différents »
« la rencontre, c'est l'idéal »
« je n'imagine pas une évaluation sur dossier, la rencontre est impérative sinon, on peut le faire mais c'est n'importe quoi »
« je n'évalue jamais sur dossier car cela n'a rien à voir avec une rencontre. On perd tout un champ sur dossier. La rencontre de la personne dans le lieu où elle vit a une grande importance »

- La circulation de l'information entre partenaires

➥ Les différents intervenants doivent se concerter avant d'intervenir ; il faut que chacun des partenaires puisse se positionner avant.
➥ L'absence de circulation entre les acteurs a un impact négatif sur le vécu de l'évalué.

« un partenariat « idéal » est celui qui réunit des compétences qui se complètent »
« si l'information passe mal entre partenaires, le dossier prend du retard »
« c'est mieux quand on connaît nos partenaires »
« chacun doit avoir un rôle défini mais il ne faut pas que cela s'apparente à du taylorisme non plus »
« le partenariat favorise les échanges, les confrontations, les concertations, le bénéficiaire qui est au centre de ce partenariat en tire forcément des bénéfices »
« un partenariat doit être bien ciblé pour être efficace. Plus on se connaît plus on est dans l'efficacité, s'il y a un respect mutuel des uns et des autres dans leur fonction »
« il faut que l'information circule pour éviter que les évaluations se superposent pour une plus grande efficacité, pas de discours différents sur une situation donnée »
« si on discute, on a d'autres informations et cela permet d'adapter son évaluation »

- L'implication de chacun dans son travail

➥ L'implication de tous les partenaires est un élément facilitateur
➥ L'évalué se dirige plus spontanément vers les personnes impliquées dans leur travail

« la reconnaissance dans son travail favorise une meilleure implication »
« chacun doit assumer la partie qui lui revient »

- L'existence d'un référent par dossier

➥ C'est le chef d'orchestre du partenariat
➥ L'existence d'un référent est un élément rassurant pour l'usager

« il faut qu'il y ait un référent ou un maître d'œuvre dans un partenariat. Ici c'est l'ergothérapeute de la MDPH, elle a activé les différents partenaires et on n'a pas eu à se réunir à 10 »
« maintenant quand on téléphone on demande toujours Mme X, on sait où on va »

- La formation initiale de chacun

➥ Les travailleurs sociaux sont plus proches des besoins, ont une approche plus large, plus liée à l'écoute
➥ Les administratifs sont plus proches des coûts
➥ Les ergothérapeutes ont une approche plus technique, ils pensent plus en solution
➥ Les associatifs voient les besoins de la personne mais pas les coûts
➥ Les psychologues ou ceux qui ont une dimension psychologique dans leur cursus voient plus l'intérêt de l'enfant et l'enfant dans sa globalité

- La présence d'un tiers au cours de l'évaluation

➥ Elle peut faciliter ou à l'inverse compliquer l'évaluation
- la présence d'une tierce personne dans les cas de déficience mentale ou bien d'un usager qui ne s'exprime pas bien peut permettre de mieux recueillir les besoins
- la présence d'un membre de la famille peut gêner l'usager
- la présence d'une association peut être plus ou moins bien perçue

« tout dépend du rôle du tiers dans l'entretien, ça peut faciliter le questionnaire »
« si ce n'est pas notre langue, il faut adapter notre discours encore plus »
« si c'est un membre de la famille, il y a de l'affectif qui s'ajoute »
« cela peut aider, cela peut gêner l'usager surtout si le tiers fait partie de la famille »
« l'usager peut avoir l'impression que l'Association c'est les gentils et la MDPH les méchants ».

Les critères qui divergent

- La personnalité de l'évaluateur

➥ Capacité à prendre du recul par rapport à une situation

« on nous apprend à prendre du recul mais il y a des situations qui affectent où l'empathie s'installe. Le partenariat permet de se protéger un peu de cela »
« si on choisit de s'impliquer, c'est une charge émotionnelle »

- L'utilisation des Associations comme partenaire

➥ Certaines MDPH s'appuient sur les associations (font appel aux ressources possibles), d'autres non.

- La façon d'aider au mieux le handicap

➥ 2 attitudes : adapter l'environnement au handicap (surtout le point de vue des ergothérapeutes) ou adapter le handicap à l'environnement

« tous les départements n'ont pas les mêmes structures sur le terrain. On oriente l'évaluation vers les structures d'accueil »
« on essaie de caser des jeunes dans des institutions puisqu'on a les institutions » (un nombre élevé d'institutions n'est pas toujours un critère qui influence positivement l'évaluation)
« la politique du Département oriente trop les enfants vers ce qui existe au lieu de partir des besoins de chacun »

Les critères en débat

- L'évaluation globale versus l'évaluation suite à une demande initiale

➥ Le département de la Marne fait du préventif : les évaluations sont globales, complètes mais l'inconvénient est que cela retarde les évaluations et c'est parfois perçu comme intrusif par les familles
➥ Le département des Ardennes fait du coup par coup : ils s'attachent d'abord à la demande initiale et, ressaisit les données en cas de nouvelle demande

VI. Synthèse de la monographie et enseignements

- ✓ Retard pris dans le dossier du fait d'une mauvaise communication entre les partenaires
- ✓ Manque d'un référent initialement sur le dossier qui aurait permis d'éviter une double évaluation
- ✓ Nécessité d'expliquer le fonctionnement de la MDPH aux usagers
- ✓ Problème du langage administratif peu accessible aux familles
- ✓ Attention au côté intrusif de l'évaluation sociale